

CERES MARIA PINHEIRO RIBEIRO

**DE ESTUDANTE DE MEDICINA A
MÉDICO NO INTERIOR**

Formação e vida profissional isolada em
pequenas cidades de vinte e dois médicos
egressos da Universidade Federal de Minas
Gerais, de 1978 a 1985

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Educação
1991

BC 9110940

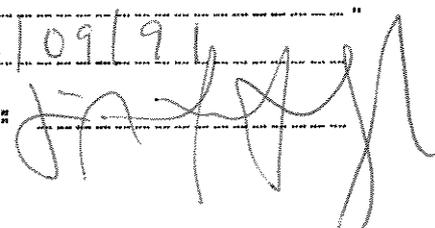
CERES MARIA PINHEIRO RIBEIRO

**DE ESTUDANTE DE MEDICINA A
MÉDICO NO INTERIOR**

Formação e vida profissional isolada em
pequenas cidades de vinte e dois médicos
egressos da Universidade Federal de Minas
Gerais, de 1978 a 1985

Este exemplar corresponde à
redação final da Tese
defendida por CERES MARIA
PINHEIRO RIBEIRO e aprovada
pela Comissão Julgadora em

-----"
Data: 12/09/91

Assinatura: 

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Educação

1991

Tese apresentada como exigência parcial
para obtenção do Título de DOUTOR EM
EDUCAÇÃO na Área de Concentração:
METODOLOGIA DE ENSINO à Comissão
Julgadora da Faculdade de Educação da
Universidade Estadual de Campinas, sob
orientação do Prof. Dr. JOÃO AMILCAR
SALGADO..

Comissão Julgadora

M. M. M. M. M.
M. M. M. M. M.

AGRADECIMENTOS

A realização de um trabalho desta natureza significou a colaboração de muitas pessoas, de minha família, de amigos, colegas e alunos, e a disponibilidade de numerosas outras em diferentes momentos e instituições. A todas essas pessoas sou grata.

De maneira especial quero expressar três agradecimentos:

- aos **MÉDICOS**, a quem entrevistei, cuja prestimosidade foi condição para que eu obtivesse o material de pesquisa;
- à **EMELY VIEIRA SALAZAR**, amiga fraterna, que, no convívio diário, me incentivou a prosseguir este trabalho;
- ao **PROF. JOÃO AMILCAR SALGADO**, orientador deste trabalho, médico e pedagogo, pelo respeito e admiração ao incansável pesquisador dedicado à educação médica, que contribuiu, decisivamente, para a realização desta proposta.

Aos que trabalham no dia a dia pela saúde
do povo e aos que se dedicam à
formação dos profissionais da saúde.

RESUMO

Os relatos sobre a formação e a vida profissional isolada, em pequenas cidades, de vinte e dois médicos egressos da Universidade Federal de Minas Gerais, entre 1978 e 1985, foram obtidos por meio de entrevistas abertas e analisadas com base em dados da proposta curricular pela qual se graduaram e da literatura pertinente. Em virtude da ausência de grupo controle, não se pode concluir sobre o mérito desse currículo em relação a outros. Observa-se que o médico tende a ser compelido a exercer cumulativamente, no mesmo local de trabalho, papéis e funções exercidos de modo sucessivo na história da profissão, sendo alguns contraditórios entre si. Comprova-se o efeito homogeneizador da realidade profissional sobre as diversas competências individuais, niveladas por fatores econômico-sociais e políticos; comprova-se o equívoco tanto da oposição conceitual entre a medicina preventiva e a curativa (dissociadas por aqueles fatores), quanto da equipamento-dependência; e, ainda, comprova-se a importância da retro-alimentação de informações como estas para se verificar e redirecionar, se for o caso, a aprendizagem de fato ocorrida entre os estudantes. Nessa aprendizagem adquire realce a experiência precoce com problemas comunitários e políticos e com o trabalho organizado (inclusive, desde o início, em equipe inter-profissional, com funções docente e administrativa atribuídas aos estudantes), o qual percorra os sucessivos níveis de atenção à saúde e que inclua a absorção apropriada da tecnologia emergente. Os relatos comprovam o potencial pedagógico do internato rural e a relevância para análises como esta dos conceitos de imagem do médico, de escolha *versus* preferência, de currículo real *versus* informal e de resolubilidade *versus* pseudo-resolubilidade. Os dados e a análise apontam para a eficácia da relação direta entre o controle decisório da comunidade e os profissionais a seu serviço. Propõem-se a institucionalização e a sistematização do estudo de egressos (até agora negligenciados), com suficiência de recursos e com metodologia diversificada e integrada, para melhor atender à realidade e às necessidades de saúde, bem como para o sincero e real aprimoramento do ensino em geral e na área da saúde em particular.

"A medicina é uma ciência social e a política não é outra coisa do que medicina em larga escala".

RUDOLF VIRCHOW

(1821-1902) (apud 159)

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	VII
LISTA DE TABELAS	IX
1.0. INTRODUÇÃO	1
<hr/>	
2.0. MÉTODO	
2.1. Critério para identificar os profissionais	6
2.2. Identificação e localização dos profissionais	6
2.3. Condições e sequência da entrevista ...	7
2.4. Roteiro da entrevistadora	7
2.5. Transcrição e análise	9
2.6. Referências bibliográficas	10
3.0. RESULTADOS	
3.1. Identificação e localização dos profissionais	12
3.2. Dados sobre os profissionais excluídos.	12
3.3. Dados sobre os profissionais estudados.	12
3.4. Condições das entrevistas	17
3.5. Relato das entrevistas	17
3.5.1. Biografia sumária dos profissionais	18
3.5.2. Decisão de estudar medicina	28
3.5.3. Formação profissional	33
3.5.4. Vida profissional	53

4.0. COMENTÁRIOS

4.1. Objetivo	119
4.2. Método	127
4.3. Resultados	134
4.3.1. A decisão de estudar medicina	134
4.3.2. Formação profissional	145
4.3.3. A decisão de ir para o interior	195
4.3.4. Vida profissional	216

5.0. CONCLUSÕES 261**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 264

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
2.2.1.	Mapa das Regiões de Saúde de Minas Gerais com as cidades onde se localizam os respectivos Centros (1984) 8
3.3.1.	Mapa do Estado de Minas Gerais com a localização das cidades onde trabalham ou trabalharam os médicos identificados para estudo 16
4.2.1.	Objetivo e âmbito, desejáveis e tendenciosos, do estudo de egressos, bem como sua relação com os dados censitários e biográficos e com a educação contínua .. 130
4.2.2.	Gráfico demonstrativo da necessidade de o estudo de egressos estar relacionado à formação profissional e ao contexto de progressivos degraus da realidade 131
4.3.2.1.	Interação entre os três fatores que podem explicar a origem da surdez aos egressos, no mercado liberal tradicional 146
4.3.2.2.	Evolução dos indicadores de qualidade que contornamos fatos fundamentais e por isso resvalam facilmente para a tentação de substituir a qualidade verdadeira pelo "marketing" institucional 149
4.3.2.3.	Principais elementos da evolução de currículos de biocêntricos a sociocêntricos 154
4.3.2.4.	Minas Gerais como sudeste (I, III e IV) e como nordeste do Brasil - a Bel-Índia mineira 163
4.3.2.5.	Distribuição de alunos, em porcentagem, de acordo com sua origem, pelas zonas fisiográficas do Estado de Minas Gerais .. 165
4.3.2.6.	Distribuição dos residentes, em porcentagem, de acordo com sua origem, pelas zonas fisiográficas do Estado de Minas Gerais 166
4.3.2.7.	Distribuição dos docentes, em porcentagem, de acordo com sua origem, pelas zonas fisiográficas do Estado de Minas Gerais .. 167
4.3.2.8.	Evolução do número total e por sexo dos candidatos ao curso médico da Universidade Federal de Minas Gerais, de 1918 a 1991 .. 170
4.3.2.9.	Evolução do número de alunos, por sexo,

	aprovados e matriculados no curso médico da Universidade Federal de Minas Gerais, de 1970 a 1991	171
4.3.2.10.	Localização das escolas médicas em Minas Gerais, 1989	181
4.3.2.11.	Quadro das alternativas profissionais relativas à resolubilidade ligadas à sonegação curricular - no caso do médico que atua isolado em pequenas cidades - e que levam à homogeneização da vida profissional independentemente da formação	183
4.3.2.12.	Exemplo de equipe mínima de três médicos, inclusive encontrada espontaneamente em pequenas cidades, com alta resolubilidade e sem competição	186
4.3.3.1.	Respostas de médicos dos EUA sobre a importância de fatores que tendem a influenciar os médicos em geral, para que se localizem em pequenas comunidades .	201
4.3.3.2.	Características gerais da medicina de consumo desde a II Guerra Mundial e perfil do novo médico exigido por ela para ser agente de consumo	204
4.3.3.3.	Levantamento de fatores gerais e ideológicos determinantes ou influenciadores da localização do médico em pequenas cidades	205
4.3.3.4.	Modelo do sistema regionalizado que foi referência ao PIASS	212
4.3.4.1.	Distribuição da população mundial quanto ao Produto Nacional Bruto per-capita e ao suprimento diário de calorias alimentares per-capita , segundo o Banco Mundial	218
4.3.4.2.	Expansão do emprego em saúde no Brasil de 1960 a 1980, do total de um milhão, 82% são pessoal de nível médio e elementar	225
4.3.4.3.	Localização em relação a Minas Gerais e ao Brasil das duas principais áreas iniciais do internato rural do curso médico da UFMG, 1978	228
4.3.4.4.	Fatores que influenciam a vida profissional do médico mineiro e sua interiorização....	243

Lista de Tabelas

Tabela	Página
3.3.1.	Dados pessoais e sobre o local de trabalho de 22 médicos com vida profissional isolada em pequenas cidades, egressos da Universidade Federal de Minas Gerais, de 1978a 1985..... 14
3.3.2.	Dados sobre o vestibular e a residência médica de 22 médicos com vida profissional isolada em pequenas cidades, egressos da Universidade Federal de Minas Gerais, de 1978 a 1985 15
4.1.1.	Classificações feitas anualmente pela versão brasileira (Editora Abril) da revista Playboy , dos EUA, dos dez melhores cursos de medicina do Brasil, desde a primeira, em 1982, até 1991, sumariadas para intervalo de dois anos ... 125
4.3.1.1.	Idades em anos das etapas da decisão de ser médico e de início do curso, referente a estudantes da América Latina e do Brasil, segundo três estudos publicados entre 1967 e 1976 135
4.3.1.2.	Valores ligados à imagem da profissão médica e do médico, entre estudantes de medicina da América Latina e do Brasil, em três estudos publicados de 1967 a 1976. 136
4.3.2.1.	Avaliação crítica comparativa dos currículos de ponta nas três Américas 155
4.3.2.2.	Comparação das inovações curriculares em medicina experimentadas na UnB (1966), USP (1968) e UFMG (1975), segundo orientação comunitária 156
4.3.2.3.	Relação internacional de experiências com currículo médico centrado-em-problemas, com apoio da Organização Mundial de Saúde (da crise dos anos 60 até a Conferência Mundial de Edimburgo, 1988) 158
4.3.2.4.	Comparação das idades dos alunos de graduação e residentes em 1972 e dos médicos estudados na presente investigação referentes ao curso médico da UFMG 164
4.3.2.5.	Local de nascimento de docentes, residentes e alunos da UFMG, em 1972 169
4.3.2.6.	Comparação entre a procedência de estudantes de medicina em 1972 e o local

	de nascimento de 22 egressos no presente estudo	169
4.3.2.7.	A formação do médico policlínico, generalista ou prático geral (capaz de, trabalhando isoladamente, tratar da maioria dos casos clínicos e cirúrgicos de adultos e crianças) deve ser o objetivo do curso de medicina da UFMG, em nível de graduação? .	173
4.3.2.8.	Todos os alunos devem fazer estágio obrigatório no interior do estado	174
4.3.2.9.	Principais diferenças entre as reformas usuais e o processo curricular em educação médica na UFMG	175
4.3.2.10.	Referencial histórico da educação médica e da atenção à saúde no Brasil, da década de 50 a 90	180
4.3.2.11.	A formação de pequenas equipes de médicos destinadas a trabalhar no interior deve ser objetivo do curso de medicina da UFMG, em nível de graduação?	185
4.3.2.12.	Percentual de mulheres sexualmente ativas, de 15 a 44 anos, em uso de anticoncepção e segundo o método, no Brasil e por região, em 1986	189
4.3.3.1.	Municípios brasileiros sem médico e sem agência bancária, segundo regiões selecionadas, 1973	199
4.3.3.2.	Características do módulo básico do PIASS (com remanescentes referidos pelos entrevistados)	211
4.3.4.1.	Indicadores do Banco Mundial necessários como referência para se avaliar a grave situação da distribuição de renda no Brasil	219
4.3.4.2.	Tendência dos gastos totais com assistência médica, segundo a porcentagem do PNB, em alguns países, em 1950, 1975 e 1982	219
4.3.4.3.	Taxas de mortalidade, por 100 mil habitantes segundo as principais causas externas em quatro países, em 1980	220
4.3.4.4.	Taxa de fecundidade total nas regiões nordeste e sudeste e todo o Brasil, de 1940 a 1980	220
4.3.4.5.	Percentual de população ocupada no setor terciário e referente à força de trabalho em saúde no Brasil, em 1970 e 1980	220
4.3.4.6.	Mercados farmacêuticos mais importantes,	

	no mundo, pelo volume de vendas, 1973	221
4.3.4.7.	Participação das vinte maiores empresas farmacêuticas nas vendas em 1976, Brasil .	221
4.3.4.8.	Distribuição dos médicos nas capitais e no interior, segundo o estado/território, Brasil, 1987	222
4.3.4.9.	População nacional de médicos, dentistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem com a respectiva porcentagem em relação ao total de profissionais de saúde do Brasil, em 1970 e 1980	223
4.3.4.10.	Percentual da população de médicos nas regiões sudeste e nordeste do Brasil, em 1970 e 1980	223
4.3.4.11.	Percentual urbano e rural da população nacional e percentual, em relação ao total do estado, da população de médicos e de habitantes concentrados nas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte, Brasil, em 1970 e 1980	223
4.3.4.12.	Indicadores econômico-sociais e de saúde dos oito estados mais ricos do Brasil, segundo dados disponíveis entre 1970 e 1990	224
4.3.4.13.	Relação médico/habitante em Minas Gerais, no período 1970-1990	229
4.3.4.14.	Correspondência entre fatos econômicos relacionados com a exploração estável de minérios e datas da interiorização da medicina no Brasil, de 1907 a 1911	236
4.3.4.15.	Algumas referências históricas para situar a formação e a vida profissional dos egressos do curso médico da UFMG de 1978 a 1985	239

A separação entre educação médica e trabalho médico "se originou com a divisão do trabalho em manual e intelectual, o qual transforma o discípulo-ajudante em uma categoria social cuja tarefa fundamental é a aprendizagem, sem nenhuma intervenção na solução dos problemas de saúde da população. A prática que o estudante realiza nesta situação é vista como uma experiência pedagógica e não como uma contribuição à transformação da realidade no setor saúde."

JUAN CESAR GARCIA (93)

1.0. INTRODUÇÃO

Em cada época o critério de valor, qualidade ou competência de um profissional parece depender do modo pelo qual sua profissão está estruturada em termos econômico-sociais (93, 177, 178, 217).

Na antiguidade o valor ou qualidade dos médicos resultava de critérios similares à determinação do valor ou qualidade dos sacerdotes e dos líderes políticos, de quem são antropologicamente muito próximos. Quando a medicina se estabeleceu como profissão liberal era, pois, coerente que o valor do médico fosse determinado pela demanda quantitativa e qualitativa de que era alvo, no âmbito da livre escolha feita pela clientela. Mas, como o estabelecimento da medicina liberal coincidiu finalmente com o advento da medicina científica (ambas filhas do iluminismo), houve necessidade de um critério mais positivo e menos manipulável do que reputação ou fama. O novo critério não poderia, entretanto, chocar-se com o caráter liberal hegemônico, não podendo, por isso, referir-se diretamente ao médico, uma vez que não era aceitável constranger o profissional livremente demandado. Assim, a conciliação surgiu quando o critério se deslocou do produto, o médico, para o aparelho produtor, a escola médica, ou seja, fazendo-se a ela uma exigência aceitável: que fosse científica - sendo na época exigível e até próprio da universidade ser científica. Esta resolução da contradição entre o liberalismo e o cientificismo encerra todo o significado e consequências do Relatório Flexner (76, 248).

Após as duas guerras mundiais, o médico liberal vem sendo substituído pelo médico assalariado, quer por imposição da sociedade de consumo, quer pela adoção de sistemas públicos estatizados, para cobertura universal da população, embora seja possível o sistema público unificado com preservação liberal (142, 218, 248). Historicamente, o assalariamento corresponde a mudança tão drástica na

estrutura da profissão que implica modificações desde na imagem que as culturas e subculturas têm do médico até no extrato social de onde se passa a recrutar o novo doutor. Tais mudanças passam, então, a influir no desempenho técnico e nas relações do profissional com a comunidade e com o sistema de poder em vigor na sociedade onde trabalha. Diante disso fica ridículo limitar o estudo de egressos a verificar se estão sendo aparentemente aceitos e incorporados ao mercado de trabalho aberto em determinada conjuntura (217, 221).

Ultimamente, mudanças no xadrez competitivo internacional fez ressurgir a questão da qualidade do produto, tratada, de um lado, em termos de retórica da qualidade, e, de outro, em termos de sincero controle do produto, em ambos os casos, visando a conquistar o consumidor ou, no segundo caso, visando também a proteger o consumidor (21, 32, 115).

A apressada transferência dessas questões da área industrial para as áreas da educação e da saúde facilmente resvalou para a vertente retórica e mercadológica, em virtude inclusive da complexidade própria das áreas sociais (4, 40, 45, 221, 241). O estudo de egressos de cursos na área da saúde parece oportuno por juntar as áreas da educação e da saúde, de modo a verificar a possibilidade de critérios sérios e objetivos de análise e ainda de propostas para esse fim (248).

A Universidade Federal de Minas Gerais dispõe de condição favorável a este estudo por ter tido um currículo médico bem documentado, quer em termos de estudos diagnósticos antes de sua implantação, inclusive entrevistas com egressos, quer em termos de implementação. Além disso, esta graduação inclui um internato rural obrigatório que veio localizar-se em áreas do Estado onde ocorreu experiência

pioneira de unificação de serviços e recursos, bem como de organização comunitária (140, 141, 198, 264).

Por contingência de recursos, o estudo ora apresentado se limita a surpreender o egresso numa situação crítica, e provavelmente reveladora, de experiência profissional, ou seja, clinicando isolado em pequenas cidades. Ao mesmo tempo, propõe relacionar esta experiência com sua opção vocacional, sua formação profissional e sua decisão de clinicar no interior (92, 176, 217).

Do ponto de vista dos clientes desses egressos, esta investigação parece também oportuna, porque o médico que clinica isolado em pequenas cidades está colocado, da maneira mais íntima e constante, frente a frente com virtuais respostas a problemas da mais alta relevância para o mundo em geral e mais ainda para países do terceiro mundo, como o Brasil. Trata-se de questões da cidadania, relativas aos direitos sociais, especialmente à saúde e à educação (261). Tanto é que decorre daí a possibilidade de "saúde para todos no ano 2000" (275, 277), propiciada não só por progressos organizacionais e tecnológicos, mas pela experiência acumulada nos últimos oitenta anos, com êxitos (248, 277, 278), ilusões (9, 40, 219) e perversidades (74, 112, 120, 121, 122, 123, 124, 262, 269), a qual, enfim, tem permitido a consolidação de vitoriosos sistemas unificados de saúde, sob diversas condições econômicas e políticas (53, 116, 169, 181, 187, 193, 201, 202, 218, 221, 276).

Ora, tal passo adiante no âmbito da cidadania universal só será realmente possível se se realizar no universo mínimo da pessoa, do domicílio e do município - exatamente o âmbito do médico que atua isolado no interior (56, 232). Muito se tem a descobrir junto com quem atua nessa singular trincheira avançada da luta pelo avanço igualitário: no justo ponto extremo onde se enfrentam o mar das necessidades sociais e o rochedo do sistema de poder - local,

regional e nacional. Sendo assim, a municipalização da saúde, da educação e de outros bens umbilicais da cidadania, deixa de ser mera mágica administrativa e passa a ser penosa mas gratificante aprendizagem.

"... desenvolver análises objetivas, independentemente do recurso a técnicas quantitativa... depende da cautela... na seleção dos casos individuais ou do rigor com que aproveitar os resultados da análise, principalmente na abstração dos caracteres que parecem gerais ou generalizáveis."

FLORESTAN FERNANDES (67)

2.0. MÉTODO

Utilizou-se a entrevista aberta, com roteiro, como instrumento para levantamento dos dados de formação e da vida profissional dos médicos (67, 90, 194).

2.1. Critérios para identificar os profissionais

As entrevistas foram realizadas com médicos egressos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), diplomados entre 1978 e 1987, período que acumula adequada documentação curricular. Esses médicos exercem ou exerceram a profissão em pequenos municípios ou distritos, no interior de Minas Gerais ou de outro estado. Estabeleceu-se que esses profissionais deveriam estar residindo ou ter residido pelo menos seis meses no município ou distrito e estar clinicando ou ter clinicado ali isoladamente, sem a colaboração de outro colega. Tentar-se-ia identificar um grupo de não mais que trinta profissionais que preenchessem tais critérios, em virtude dos recursos disponíveis para o estudo.

2.2. Identificação e localização dos profissionais

A identificação e a localização do grupo foram feitas a partir dos registros profissionais no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais e, posteriormente, por meio de indicações de colegas de turma e contemporâneos de curso, chegando-se à seleção preliminar de trinta e quatro profissionais. Cada um dos profissionais era comunicado por carta e/ou telefone e a entrevista era realizada diretamente pela autora no local de trabalho ou na residência do entrevistado, com o auxílio de gravador e de roteiro, sendo que treze entrevistas foram feitas na própria Faculdade de Medicina da UFMG, nos casos em que os entrevistados já não mais residiam na cidade referida pelo estudo. As entrevistas foram realizadas de maio de 1988 a setembro de 1989, tendo a entrevistadora percorrido seis mil e duzentos quilômetros de

deslocamentos em Minas Gerais e totalizado cinquenta e oito horas de gravação (Figura 2.2.1).

2.3. Condições e sequência da entrevista

Ao ser acertada a entrevista, o profissional era informado sobre o objetivo e o método do estudo. No início da entrevista esta informação era pormenorizada e era obtido o seu consentimento para gravação e uso posterior dos dados para análise e publicação. O entrevistado era informado que sua identidade não seria exposta na divulgação dos resultados.

A maioria das entrevistas foi realizada após a jornada de um dia de trabalho, ou ao término de um expediente. De início o entrevistado era convidado a relatar sua experiência de vida como estudante de medicina e como médico, desde a fase da escolha do curso de medicina até o cotidiano do exercício profissional, incluindo atividades paralelas ao curso, não previstas para cumprimento curricular, em hospitais ou clínicas de Belo Horizonte e/ou cidades próximas, bem como a opção pelo interior, a escolha da cidade, o caminho percorrido até lá e o exercício profissional.

2.4. Roteiro da entrevistadora

Data e local da entrevista.

Nome do entrevistado.

2.4.1. Relato sobre a opção pela medicina e sobre a experiência acadêmica: a experiência como estudante dentro e fora da faculdade; atividades relacionadas com o movimento estudantil e com a pesquisa; situações significativas que marcaram sua formação.

2.4.2. Relato sobre a opção pelo trabalho em cidade do interior e as atividades como médico da cidade.

2.4.3. Opção pela cidade.

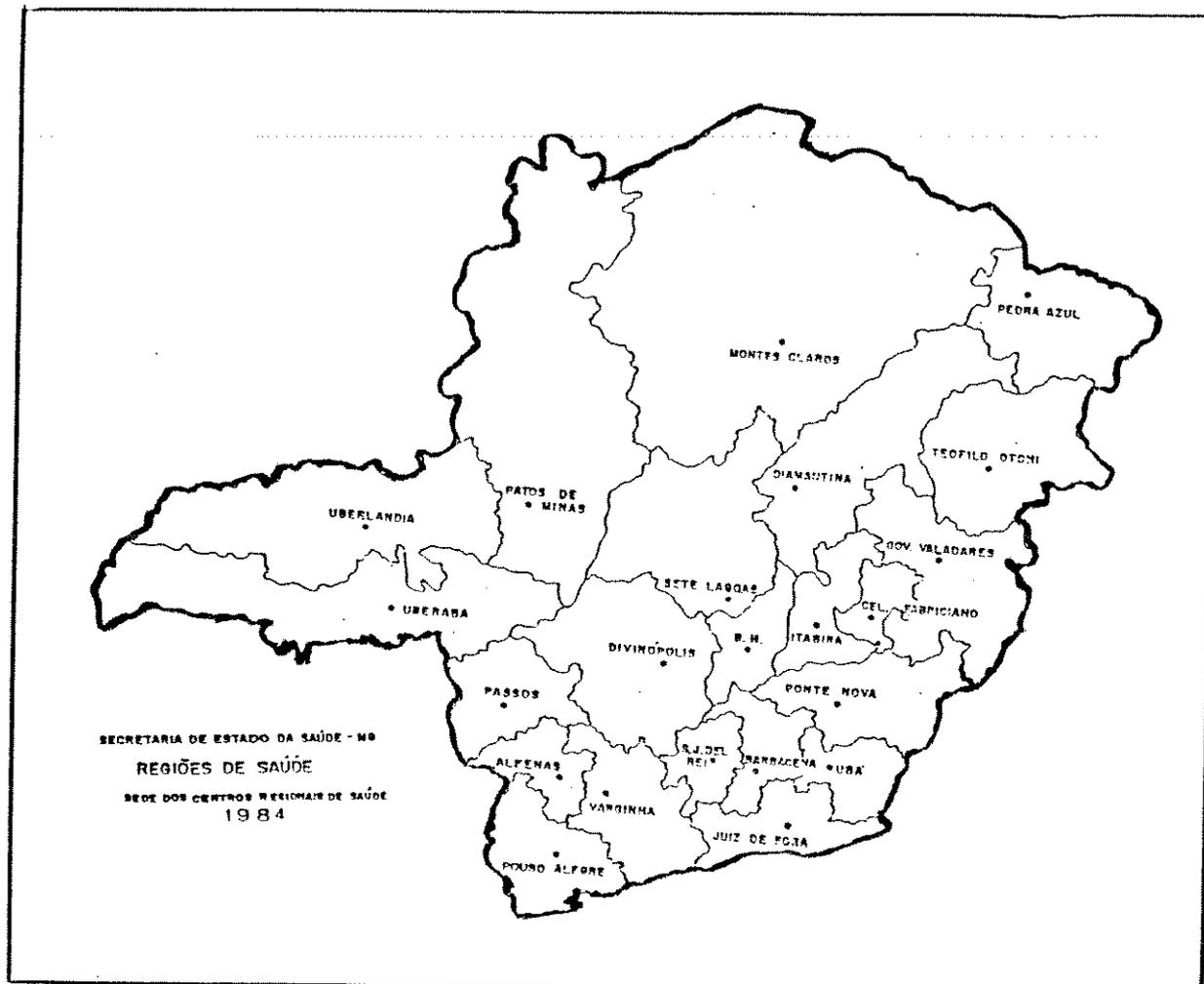


Figura 2.2.1 – Mapa das Regiões de Saúde de Minas Gerais com as cidades onde se localizam os respectivos Centros (1984). Na época do estudo a regionalização de saúde em Minas Gerais não coincidia com a regionalização político-administrativa e nem com a regionalização da Previdência Social.

2.4.4. Descrição da rotina de trabalho nas diferentes práticas ambulatorial, hospitalar, comunitária e de consultório particular.

2.4.5. Exames complementares, prescrições e encaminhamentos.

2.4.6. Condições de trabalho, vínculos de emprego e remuneração.

2.4.7. Atualização profissional.

2.4.8. Dificuldades encontradas na prática médica no interior.

2.4.9. Fatores que verificou terem sido importantes em sua formação médica.

2.4.10. Papel do médico na cidade do interior.

2.4.11. Itinerário profissional percorrido de Belo Horizonte ao interior.

2.4.12. Sugestões para a formação de futuros colegas.

Ao final de cada entrevista, o profissional era solicitado a complementar seu depoimento respondendo a questionário fechado, semiquantitativo, devolvido a seguir ou posteriormente, e que será objeto de outro estudo.

2.5. Transcrição e análise

Ao término das entrevistas o material gravado foi todo transcrito, manualmente, em parte com auxílio de bolsistas ou pessoas especialmente treinadas. As transcrições foram conferidas mediante audição de todas as fitas, pela autora. Após a conferência, o material era encaminhado à datilografia e novamente conferido com o material manuscrito. Este trabalho contou com a colaboração de estudantes do curso médico* e de bolsistas do Núcleo de Assessoramento Pedagógico da Faculdade de Medicina da UFMG.**

* Janine Valéria Silva Tenório, Ilene Maria Guimarães Siqueira.

** Daniel Vieira Dias, Maria Silvana Maia e Miriam Maria de Souza.

A análise para o presente relato se limitou aos aspectos qualitativos de entrevista aberta.

2.6. Referências bibliográficas

Do preparo do projeto até a redação dos comentários observou-se grande dificuldade em garantir referências bibliográficas de estudos semelhantes no Brasil e no exterior, bem como sobre a situação da saúde e da atenção à saúde na área de atuação dos profissionais, no Brasil e no mundo em geral - razão pela qual se procurou incluir no estudo a relação mais completa possível de publicações pertinentes.

"... o anel simbólico faz-nos sonhar com uma leva de 'Cavaleiros da Ordem da Esmeralda', que recebem a investidura ante mágica frontaria gótica, fenestrada de ogivas e ventanas e toda colorida de vitraes."

GUIMARÃES ROSA

(Em seu discurso de doutorando, em 1930, apud (205)).

3.0. RESULTADOS

3.1. Identificação e localização dos profissionais

Inicialmente foram identificados e localizados trinta e quatro médicos formados entre 1978 e 1987, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, os quais à primeira vista preenchiam as condições do estudo.

3.2. Dados sobre os profissionais excluídos

Desse total foram eliminados doze profissionais sendo oito do sexo masculino e quatro do sexo feminino, cujas idades variavam de vinte e nove a trinta e sete anos. Todos eram brasileiros natos, seis casados, dois solteiros, quatro desquitados, assim distribuídos por ano de formatura: um em 1980, dois em 1981, dois em 1982, cinco em 1983, um em 1984 e um em 1987.

Esses profissionais foram eliminados por motivos diversos: um havia clinicado durante período inferior a seis meses; três porque os depoimentos foram obtidos em condições precárias; oito por constituírem quatro casais, representando, portanto, experiência diversa daqueles que clinicaram individualmente. Desses excluídos, cinco ainda continuavam residindo e clinicando no interior, enquanto sete estavam residindo em Belo Horizonte.

As entrevistas com os casais serão objeto de estudo posterior.

3.3. Dados sobre os profissionais estudados

O grupo estudado é composto de vinte e um profissionais do sexo masculino e um do sexo feminino, com idades entre vinte e sete e quarenta e dois anos. Vinte e um são brasileiros natos (sendo quinze nascidos em cidades do interior de Minas Gerais e seis em Belo Horizonte) e um

brasileiro naturalizado, dezessete são casados, quatro são solteiros e um é viúvo. Todos formados pela Universidade Federal de Minas Gerais, estão assim distribuídos por ano de formatura: três em 1978, dois em 1979, sete em 1980, três em 1982, três em 1983, três em 1984 e um em 1985 (Tabelas 3.3.1 e 3.3.2).

O mapa da Figura 3.3.1 indica a distribuição das localidades onde esses profissionais trabalham ou trabalharam, isoladamente, sem auxílio de outro médico, pelo menos por seis meses. Um dos profissionais trabalhou em cidade do interior de outro estado (o mapa inclui ainda os municípios ou distritos onde trabalham ou trabalharam os doze profissionais não incluídos neste estudo; dois destes exerceram a medicina em município de outro estado).

Dos vinte e dois profissionais que fazem parte deste estudo, dezessete ainda permanecem no interior, sendo onze em sua cidade de origem, ou em região próxima, um está no interior por missão evangélica e cinco fizeram opção pelo trabalho médico em cidades do interior. Dois escolheram retornar à cidade onde estiveram como estagiários do internato rural. Um profissional ainda permanece como único médico da cidade, os demais já atuam em dupla, ou em equipe com outros profissionais da saúde e outro exerce medicina somente em consultório particular. Dos vinte e dois médicos cinco residiam em Belo Horizonte por ocasião da entrevista.

Tabela 3.3.1 — Dados pessoais e sobre o local de trabalho de 22 médicos com vida profissional isolada em pequenas cidades, egressos da Universidade Federal de Minas Gerais, de 1978 a 1985

Nº de ordem das entrevistas	Sexo	Idade	Estado Civil	Local de Nascimento (*)	Ano de Formatura	Nº de cidade(s) onde clinicou antes de referir ao estudo	Centro Regional de Saúde onde se localiza a cidade referente ao estudo	Nº de cidade(s) onde clinicou após a cidade referida ao estudo
01	M	29	Casado	Int.	1984		Teófilo Otoni	2
02	M	27	Casado	Int.	1985		Varginha	2
03	M	29	Casado	Int.	1983		Teófilo Otoni	2
04	M	40	Casado	Int.	1979		Montes Claros	
05	M	30	Solteiro	Int.	1980		Pedra Azul	2
06	M	34	Casado	Cap.	1978	1	Pedra Azul	
07	M	31	Casado	Int.	1983	1	Gov. Valadares	1
08	M	36	Casado	Cap.	1980		Sete Lagoas	2
09	M	29	Solteiro	Cap.	1984	1	Teófilo Otoni	2
10	M	42	Casado	Int.	1980		Divinópolis	1
11	M	29	Casado	Int.	1983		Patos de Minas	
12	M	32	Casado	Cap.	1982		Divinópolis	
13	M	35	Casado	Int.	1980		Divinópolis	
14	M	31	Casado	Int.	1982	1	Patos de Minas	
15	M	37	Solteiro	Cap.	1978		Diamantina	1
16	M	36	Casado	Int.	1980		Sete Lagoas	
17	M	34	Casado	Int.	1982		Divinópolis	
18	M	30	Solteiro	Int.	1984		(**)	3
19	M	37	Viúvo	Int.	1980		Divinópolis	
20	M	36	Casado	Cap.	1980		Itabira	
21	M	37	Casado	Am.Lat.	1978		Itabira	
22	F	33	Casada	Int.	1979		Montes Claros	1

(*) Capital (Cap.), Interior (Int.), País da América Latina (Am.Lat.)

(**) Município de outro Estado da Federação.

Tabela 3.3.2 - Dados sobre o vestibular e a residência médica de 22 médicos com vida profissional isolada em pequenas cidades, egressos da Universidade Federal de Minas Gerais, de 1978 a 1985.

MÉDICOS	Nº-DE VESTIBULARES FEITOS PARA		CONCURSO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA			APROVADO		LOCAL DA RESIDÊNCIA MÉDICA	DURAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA (EM MESES)
	MEDICINA	OUTRAS ÁREAS	SIM	NÃO	DENOMINAÇÃO	SIM	NÃO		
01	1			X					
02	1		X		Medicina social		X		
03	1		X		Obstetrícia		X		
04	2			X					
05	1	Engenharia		X					
06	2		X		Medicina social	X		Grão Mogol	24
07	1			X					
08	2			X					
09	1		X		Med. Geral Comunit.		X		
10	5	Odontologia		X					
11	2		X		Clínica Médica	X		BH(Hosp.part.)	3
12	2		X		Obstetrícia		X		
13	2		X		Obstetrícia		X		
14	2			X					
15	2			X					
16	2	Engenharia	X		Cardiologia	X		BH(Sta. Casa)	18
17	3		X		Cirurgia	X		BH(Hosp.part.)	24
18	1			X					
19	2	Fisioterapia	X		Obstetrícia		X		
20	2	Ciência.Biológ.	X		Obstetrícia	X		BH(Hosp.part.)	66
21	2	Engenharia		X					
22	1			X					

Obs.: BH - Belo Horizonte; Sta. Casa - Santa Casa; Hosp. part. - Hospital particular; Med. Geral Comunit. - Medicina Geral Comunitária.

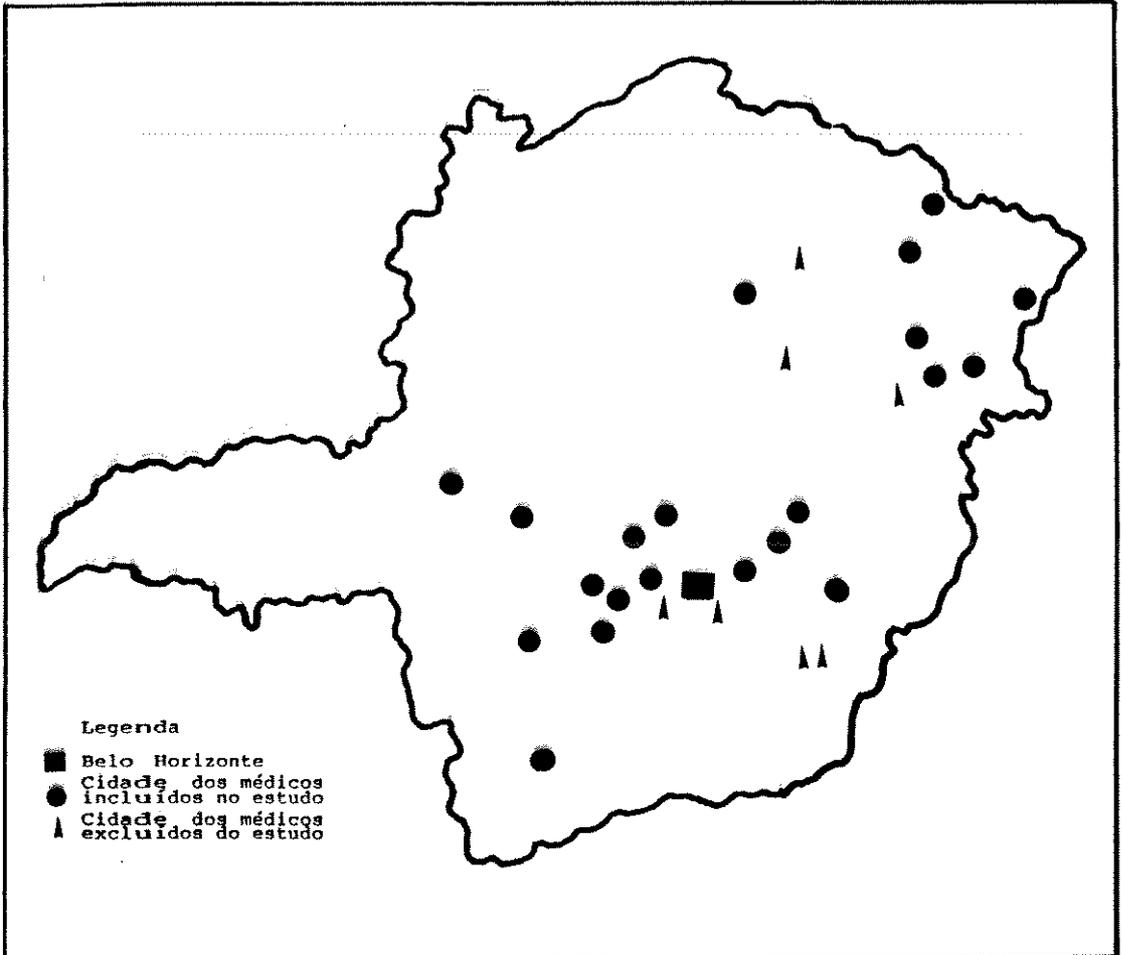


Figura 3.3.1 - Mapa do Estado de Minas Gerais com a localização das cidades onde trabalham ou trabalharam os médicos identificados para o estudo.

3.4. Condições das entrevistas

Algumas entrevistas foram longas, minuciosas, relatadas com entusiasmo, desde os caminhos percorridos ainda na escola de segundo grau até a descrição da prestação de serviço, especialmente, da solução encontrada em casos considerados difíceis. Outras foram lacônicas, com relatos parciais, interrompidos e, em seguida, retomados. Algumas vezes as narrativas converteram-se em confidências muito pessoais (cujo conteúdo não foi gravado), ou foram tomadas pela emoção, quando o entrevistado chegava às lágrimas, ao reportar passagens difíceis de sua vida.

Quatro dos profissionais entrevistados se interessaram pela pesquisa e demonstraram surpresa não só pela disposição da autora em localizá-los, como também pelo fato de se deslocar até o interior para entrevistar ex-alunos, e oito deles forneceram informações sobre colegas que também tiveram experiência como médicos em cidades pequenas. Um dos entrevistados declarou-se interessado em conhecer os resultados do estudo; outro, ao término da entrevista, agradeceu a oportunidade de relembrar a faculdade e o passado.

3.5. Relato das entrevistas

Por critério subjetivo da autora, foram selecionados os trechos considerados mais expressivos das entrevistas, montados a seguir, mantendo-se, inclusive, tanto quanto possível, a linguagem registrada.

Os trechos selecionados aparecem, na ordem em que os profissionais foram entrevistados, cada qual separado do outro por um sinal (.) e na ordem do roteiro utilizado, de modo a que se possa ler o relato por assunto e por profissional.

De acordo com o método, não houve qualquer preocupação com aspectos quantitativos dos relatos obtidos.

3.5.1 - Biografia sumária dos profissionais

MÉDICO 01 - Nasceu no interior em cidade muito próxima à capital. Ainda no curso de segundo grau, já em Belo Horizonte, envolveu-se com o movimento estudantil junto aos metalúrgicos e mudou de opção de ciências exatas para medicina, mais ligada à comunidade, sendo aprovado logo no primeiro vestibular. Pensou em deixar o curso porque não tolerava mais o ciclo básico e teve de trabalhar durante todo o curso médico, durante o qual se preparou para o interior. Considerou o internato rural "o céu", porque era a "pré-ida" para o interior, fazendo gratificante trabalho comunitário em cidade atípica do interior, por localizar-se às margens de rodovia federal, ponto de caminhoneiros, prostitutas e drogados. Após formar-se, voltou para lá, onde cessara o internato rural, e logo organizou o centro de saúde e criou o "dia da saúde pública" semanal, mas recusou-se a fazer atendimento diferenciado para as pessoas importantes, por isso recebendo ameaças. Diante disso e da falta de perspectiva para melhorar o atendimento da comunidade, especialmente a ausência de recursos locais e de retaguarda de referência/contra-referência - retornou a Belo Horizonte para recomeçar como pediatra ou sanitarista.

MÉDICO 02 - Nasceu no interior, no sul de Minas, onde estudou e concluiu o segundo grau. Decidiu-se pela medicina, pretendendo ser pesquisador, sob influência de irmão estudante do mesmo curso, o qual não concluiu, e que era contrário à medicina liberal. Fez o curso de medicina acompanhando os serviços e estágios curricularmente previstos e somente no penúltimo ano trabalhou em hospital público de Belo Horizonte. Fez internato rural no vale do Jequitinhonha. Reprovado na entrevista para residência em medicina preventiva, foi clinicar em cidade de três mil habitantes indicada por parentes, perto da cidade natal, onde foi contratado para impedir o contrato de outro médico local. Permaneceu nessa cidade um ano e meio onde procurou exercer a prática clínica como aquela que aprendera na faculdade. Fez atendimento escolar rural e de adultos, apenas ambulatorial. Não se entendeu com o outro médico, por receitar o mínimo necessário, nem com o prático, dono da farmácia, prejudicado por seu receituário. Marcou tais divergências num livreto "Algumas informações sobre saúde", surgido de experiência no internato rural, com base no trabalho de uma religiosa, que o deixara na cidade, e no livro "Onde não há médicos" - mas a população preferiu o consumo de medicamentos. Após um ano e meio de conflitos, teve de mudar-se para cidade no vale do Jequitinhonha, indicada pelo sindicato dos médicos, onde predomina o florestamento e carvoaria industriais, em péssimas condições sanitárias, agravadas por doença de Chagas. A sobrecarga de atendimentos, inclusive partos e cirurgia ambulatorial, com boa resolubilidade clínica e nenhuma resolubilidade social, sem tempo para trabalho comunitário, trouxeram-no de volta a Belo Horizonte para tornar-se sanitarista, interessado em medicina do trabalho.

MÉDICO 03 - Nasceu no interior, no nordeste de Minas, fez o colégio técnico da UFMG, onde, por gostar de biologia, fez opção profissionalizante para laboratório clínico, já decidido pela medicina. No ciclo básico pouco estudou, pois já tivera tudo, inclusive com ensino prático, no referido colégio. Militou no diretório acadêmico e acha que isso o levou a ser "barrado" na residência de obstetria. Desde o terceiro ano do curso já acompanhava com um grupo de colegas experiência clínica e comunitária em cidade próxima a sua cidade natal e nesta última foi fazer o internato rural. Antes de se formar trancou a matrícula e foi "clínica" na mesma área, para ajudar a campanha política do médico cuja experiência de medicina no interior vinha acompanhando. Este perdeu a eleição, mas foi nomeado diretor do centro regional. No semestre seguinte se formou, foi reprovado

na citada residência, ficou dois meses estagiando no pronto socorro, e foi contratado médico do estado na cidade em que perdera as eleições, onde ficou um ano e meio com prefeito adverso mas com apoio da comunidade pelo intenso trabalho anterior, através das comunidades de base. Fez medicina geral, de que gosta, inclusive parto e cirurgia ambulatorial, e atendendo clientes privados no próprio posto público, em horário extra, autorizado pela secretaria estadual. Com a troca do diretor do centro regional mudou-se para cidade em região próxima, como médico do estado e da prefeitura, onde se ligou ao prefeito, dono de destilaria de álcool. Casou-se, deixou de fazer trabalho comunitário, passou a atender ambulatório. Após dois anos de trabalho tentou voltar para a cidade onde estivera anteriormente, mas foi bloqueado pelo poder local, decidiu vir então para uma cidade próxima a sua terra natal, onde clinica como médico do estado e da prefeitura, atuando no hospital, remunerado pelas ações integradas de saúde. Passou a dar aula semanal de medicina legal no curso de direito em sua terra natal. Foi atraído também para essa cidade por causa do convênio para o internato rural, mas logo depois este convênio foi extinto.

MÉDICO 04 - Nasceu no interior, no nordeste de Minas, próximo à Bahia, para onde retornou para clinica logo após a formatura. Veio para Belo Horizonte prestar o vestibular, mas só foi aprovado no segundo concurso. Insiste que durante os estudos e o exercício profissional sofre consequências dos conflitos entre o pai humilde e a mãe herdeira de terras. Estudou com dificuldade econômica e humilhado por favores alheios. Teve de trabalhar durante o curso e ficou chocado quando soube dos professores que a profissão não lhe traria sucesso econômico. Por isso voltou logo ao se formar para sua terra onde se envolveu na política local na luta para garantir emprego. Faz clínica de adulto e criança, não faz partos e tem enormes dificuldades para encaminhamentos dos clientes. Teve de dividir a atividade profissional com a de fazendeiro até conseguir sair de condições precárias de habitação e trabalho, passando a ter apenas clínica privada, onde não atende mais a domicílio e é procurado por clientes de cidades vizinhas. Não pretende voltar para a capital.

MÉDICO 05 - Nasceu no interior, no nordeste de Minas. Fez o segundo grau em Belo Horizonte, passando logo no vestibular para medicina e engenharia mecânica, optando pela primeira porque teria de pagar a segunda. Gostava de matemática e física e hoje se pudesse faria informática médica. O curso apenas teórico do ciclo básico quase o fez desistir. Na fase clínica concluiu que o ensino mesmo prático era insuficiente para dar terminalidade à graduação e, no internato rural, que fez perto de Montes Claros, passou três meses na praia do rio local. Aprendeu mais nos atendimentos extra-curriculares do que na faculdade, os quais procurou mais pelo salário. Ao se formar, em vez de residência queria fazer estágios curtos para reparar lacunas do curso e ir para o interior, mas pela oferta salarial que recebeu acabou indo sem fazê-los. Foi para pequena cidade perto de sua terra natal e ficou três anos e meio atendendo ambulatorialmente, deixando os partos às parteiras leigas e encaminhando casos de internação a cidades maiores. Acabou resolvendo a quase totalidade dos casos ambulatoriais, mas muita coisa aprendeu por conta própria. Não tinha clínica privada, não atendia fora do horário, não desenvolvia atividade comunitária e nas férias deixava a cidade sem médico. Na cidade não havia hospital e sempre encontrou dificuldades para encaminhamentos de pacientes para realização de exames, atendimento de casos mais complexos, clínicos e cirúrgicos. Por ter reclamado ao novo prefeito o atraso do salário foi demitido. Foi para outra cidade próxima onde atuou de modo semelhante, ficou dois anos e meio, e de onde saiu por namorar a filha do adversário político do prefeito. Veio recentemente para esta terceira cidade, onde há mais dois médicos e onde espera o término do hospital construído com o apoio do governador do estado, o qual possui grande fazenda no município. Espera poder fazer estágios curtos de anestesia e/ou obstetria para atuar nesse hospital.

MÉDICO 06 - Nascido e criado em Belo Horizonte, formou-se técnico em análises clínicas no colégio técnico da UFMG, chegando a fazer estágio de virologia, e não pensava fazer medicina no início, e, mesmo quando o fez, queria ser psiquiatra. Teve de fazer um segundo vestibular por estar trabalhando. No curso médico, ao participar da semana de saúde comunitária é que se voltou para a medicina social no interior, decidindo ir para lá quando fez três meses de internato rural e o repetiu. Durante o curso foi plantonista remunerado de clínicas privadas, uma psiquiátrica e outra de bairro, e também no pronto socorro do estado. Foi da primeira turma de residentes em medicina social, época em que parte do curso era prolongamento do internato rural, ficando na mesma cidade onde fizera o segundo trimestre deste. Por seu trabalho junto aos "bóias-frias do reflorestamento" foi denunciado à polícia federal e teve de sair do norte de Minas. Com a ajuda da pastoral da terra foi contratado para pequena cidade do nordeste de Minas. Com um mês, o prefeito o demitiu por razão política, mas a comunidade exigiu que ficasse, passando a ser assalariado por organização católica da Áustria. Foi proibido de atender no posto de saúde e suas prescrições não podiam ser aviadas no posto farmacêutico. Atendia apenas na periferia e comunidades rurais com amostras-grátis e sem exames laboratoriais elementares. Por suspeitarem que seria candidato a prefeito pelo PT e, provavelmente imbatível, ia ser demitido por exigência do PMDB, mas, por pressão da comunidade, foi transferido para a cidade vizinha, onde já fazia trabalho comunitário mensal. Além deste, atendeu, nas duas cidades, adultos, crianças, partos normais e pouca cirurgia ambulatorial, encaminhando apenas poucos casos para hospitalização. Apesar de técnico em análises clínicas não teve oportunidade de usar esta qualificação até agora.

MÉDICO 07 - Nasceu no interior, na região do vale do Rio Doce. Filho de marceneiro, formou-se normalista (professor rural) e logo a seguir passou no vestibular de medicina da UFMG não por querer "salvar vidas", mas por achar a profissão bonita e meio mais fácil que a marcenaria de ganhar dinheiro. Decepcionou-se com as condições de ensino do ciclo básico e da escassez de oportunidade de prática clínica. Ao procurar plantões extracurriculares, por necessidade econômica, começou a ter intensa vivência de emergências e obstetrícia, chegando a fazer anestesia e cirurgia antes de se formar. Ficou um ano após a formatura nestas atividades, apesar de desde o vestibular pretender voltar ao interior. Foi convidado pelo prefeito de cidadezinha próxima à sua natal e ficou lá um ano, atendendo apenas ambulatório com competência e eficiência, encaminhando, com dificuldade, casos que exigiam procedimentos mais complexos e hospitalização, mas deixando de praticar o que fizera já como estudante. Não fez qualquer trabalho comunitário apesar de ocioso e normalista, para não descontentar o prefeito. Mudou-se para cidade maior onde com vários colegas, inaugurou hospital filantrópico e desempenha papel de generalista no ambulatório e no setor de internação, mas tendo interesse apenas em administração, temeroso como na cidade anterior de que qualquer trabalho comunitário ou social desestabilize sua permanência no local. Está satisfeito com a experiência de trabalhar com alunos da UFMG, que fazem estágio de internato em cirurgia no hospital da cidade.

MÉDICO 08 - Nascido na capital mas, por ser arrimo de família, fez muitas viagens pelo interior para ensinar taquigrafia. Parente de advogados e taquígrafo de tribunal, optou por medicina por influência de primo médico e por doença da irmã mais jovem. Passou na segunda tentativa de exame vestibular e logo ficou decepcionado com a desorganização do ciclo básico que cursou sob o impacto da repressão política de 1974. Dividiu o trabalho de taquígrafo com o estudo médico, a que atribui falhas em sua formação, compensadas por estreito contato com vários professores que o marcaram. Fez atendimento extracurricular em hospital privado e no pronto socorro do estado. Mais que o atendimento ambulatorial curricular, o grande divisor de águas em sua formação foi o internato rural, no norte de Minas, onde fez gratificante trabalho comunitário. Após a formatura, estava se preparando para estágio em transporte de emergência, em Glasgow na Escócia, mas o diretor do hospital do pronto socorro negou-se a apoiá-lo. Após casar-se foi convidado e aceitou ir para

cidade sem médico, próxima a Sete Lagoas, onde existe pequeno hospital, no qual sua esposa passou a ser laboratorista. Ali aprendeu muito de obstetrícia com as irmãs de caridade. Quem o precedeu era falso-médico. Restabeleceu a credibilidade profissional, inclusive fazendo seu carro particular de ambulância para trazer cada sexta-feira os casos não resolvidos para Belo Horizonte. Implantou trabalho comunitário no materno-infantil, para tuberculose, hanseníase e saúde mental. Recolheu evidências para relacionar a prevalência local de litíase com a estrutura calcária da região. Conseguiu que a UFMG levasse para lá o internato rural. Sua popularidade levou-o a chocar-se com o prefeito e o bispo de Sete Lagoas, culminando com sua saída. Foi para Rondônia, onde foi médico em Ji-Paraná, e depois secretário adjunto de saúde do estado, mas, ao criar um programa de integração com universidades de Minas e de São Paulo, entrou em divergência com o novo secretário de saúde e interesses locais. Regressou a Belo Horizonte onde abriu consultório na periferia e é médico do tribunal onde era taquígrafo.

MÉDICO 09 - Nascido em Belo Horizonte, pensou em fazer medicina tão cedo que não se lembra e por isso fez opção no segundo grau para curso profissionalizante de análises clínicas. Sendo de família pobre, teria de trabalhar, caso não passasse no primeiro vestibular. Entrou no segundo semestre e passou o primeiro estudando sociologia, porque já queria se especializar, precocemente, em psiquiatria comunitária. Fez estágio extracurricular em psiquiatria alternativa e passou a dar plantões em clínicas psiquiátricas já no ciclo básico, mas dava também plantões em banco de sangue. Compareceu a três encontros de movimento estudantil de medicina e para se manter com seus próprios recursos foi monitor da assessoria pedagógica do curso médico da UFMG e estagiário da Caixa Econômica Federal. No oitavo período semestral do curso desiste da psiquiatria e tenta tornar-se um clínico geral, trabalhando paralelamente na santa casa e em hospital da cidade de Betim. Fez três trimestres de internato rural. No primeiro, em Ouro Verde, enfrentou epidemia na qual fez até necrópsia. No segundo, em Belo Oriente, a prefeitura cortou convênio com a UFMG, ameaçou de morte os estagiários, mas a comunidade sustentou o programa. Optou depois por mais um estágio em cidade do vale do Mucuri. Após a formatura permaneceu oito meses como residente informal numa cidade perto de Belo Horizonte, mesmo tendo sido reprovado na prova teórica para residência em medicina geral comunitária naquela cidade. Escolheu então uma cidade no vale do Mucuri para trabalhar, onde fez medicina geral, inclusive hospitalar. Fez pela primeira vez, sem treino prévio, cesariana com raquianestesia. Trabalhava sete dias por semana, vinte e quatro horas por dia, sem ter tempo para trabalho comunitário. Mesmo quando foram mais dois colegas para auxiliá-lo entrou em estafa, por isso mudou-se para outra cidade, onde montou uma equipe de médicos para atuar em programa público, municipalizado e planejado de saúde. Nunca exerceu a clínica privada e deseja voltar para Belo Horizonte como especialista, mas não decidiu em que área.

MÉDICO 10 - Nascido em cidade do interior, ingressou no curso médico mais velho por ter interrompido os estudos prévios e por ter tentado cinco vezes o vestibular, sempre em medicina, exceto uma em odontologia em que perdeu também. Trabalhou desde a infância com tio farmacêutico, de onde vem a insistência na opção por medicina. Desde o início do curso já fazia estágio extracurricular em hospital em cidade próxima à capital, aproveitando sua idade e seus relacionamentos e se preparando para o interior. No terceiro ano já fazia partos de rotina e no final do curso estava seguro em cesariana. Procurou na faculdade mais o aspecto teórico. Fez o internato rural anômalo por ter sido sua dupla rejeitada pelo prefeito numa cidade perto de Montes Claros, tendo de se incorporar a outra dupla em cidade vizinha. Quis ir para cidade perto de Belo Horizonte, onde fizera estágio extracurricular, mas não houve "espaço" e se dirigiu a pequena cidade de dez mil habitantes, próxima a sua terra natal, onde clinicou por seis anos, com oposição do prefeito, atendendo no posto estadual e convênios com fábricas locais em seu consultório privado. Durante esse tempo não teve prazo para trabalho comunitário, chegando a fazer de seu carro ambulância. Lá não havia hospital e tinha muitas dificuldades para o encaminhamento de pacientes. Para melhorar suas

condições de trabalho decidiu entrar na política de oposição, mas em troca foi demitido do emprego estadual. Mudou-se para sua terra natal onde divide o trabalho com outros médicos locais, mas mesmo assim se candidatou a vice-prefeito da cidade onde morava, ganhou por sua popularidade e hoje procura implantar o que não conseguira antes.

MÉDICO 11 - Nasceu no interior, onde estudou e, por gostar de desenho, a família julgou-o futuro engenheiro, quando foi surpreendida com seu vestibular de medicina, no qual só passou na segunda tentativa. Nunca se adaptou à vida na capital e se decepcionou com o ciclo básico. Desde o início formou com três colegas grupo voltado para o interior e à clínica geral, dos quais só dois se mantiveram fiéis a isto. Participou das muitas greves estudantis de sua época até que se afastou delas para atividades extracurriculares no pronto socorro do estado e em hospital de Betim. No internato rural em São Romão teve intensa atividade, inclusive parto a luz de velas, casos de desidratação grave em crianças, e também trabalho comunitário. O internato rural mudou sua cabeça e reforçou sua idéia de ir para o interior. Foi convidado para residência de clínica médica, em hospital privado de Belo Horizonte, que frequentou três meses, acompanhando anestesia e atendendo também em sua terra natal. Desistiu desta pela competição dos médicos locais e abandonou a residência por estar sendo exageradamente exigido, tão logo soube da vaga na pequena cidade no oeste de Minas, onde se encontra há seis anos. Nesta, onde não tem muita miséria, ativou um hospital que estava fechado, criou um sistema de referência com a cidade maior vizinha, onde os médicos são seus amigos, reduziu a zero a incidência de sarampo e poliomielite e controla os escassos sete hansenianos locais com auxílio de visitadoras sanitárias. Teve problemas com receituário de leigos, com a farmácia local e com uso de narcóticos, os quais superou com habilidade e hoje enfrenta a taxa de suicídio de jovens surpreendentemente alta. Faz reuniões de quinze em quinze dias com os médicos da cidade vizinha, não frequenta congressos, mas acompanha bem a literatura médica. Ultimamente trouxe mais um colega para dividir o trabalho e gostaria de ter mais um colega cirurgião, mas talvez a cidade não comporte outro médico.

MÉDICO 12 - Nasceu em Belo Horizonte mas residiu em várias cidades do interior. Fez o segundo grau em Belo Horizonte, passou no vestibular na segunda tentativa. Na infância já brincava de ser médico e reconhece que medicina para ele é paixão muito grande. Fez o curso preocupado em ser o primeiro aluno em notas. Desde o primeiro ano do curso frequentava, nas férias, o hospital da cidade, para onde seu pai se mudou. Ainda no ciclo básico já era estagiário voluntário do pronto socorro do estado. Fez estágio extra-curricular de obstetrícia no hospital Sara Kubitschek, disciplinas optativas de medicina psicossomática e eletrocardiografia. Teve sorte de ir para onde queria no internato rural, em cidade que não tinha médico, para testar sua competência. Lá fez todo o atendimento, inclusive partos, e trabalho comunitário sobre verminose e com as parteiras leigas, com as quais muito aprendeu. A dupla ficou muito querida na cidade e até hoje recebe cartas dessa pequena cidade próximo a Montes Claros. Pretendia fazer residência de obstetrícia e ir para o interior; passou na prova escrita e recebeu zero na entrevista. Foi contratado como médico de uma clínica-maternidade de pré-pagamento de Contagem, onde fora estagiário remunerado através da Fundação Mendes Pimentel (de auxílio ao estudante carente), mas logo decidiu procurar cidade do interior onde não tivesse médico. Entre seis alternativas escolheu uma pequena cidade próxima à residência de seus pais, no sudoeste do estado, para onde se mudou no mesmo ano da formatura e onde foi morar com o velho pároco. Jovem e solteiro, conquistou credibilidade atendendo a uma senhora atropelada e atendendo todos os casos com alta resolubilidade, inclusive levando suas clientes de pré-natal para fazer-lhes o parto no hospital da cidade vizinha. Depois reativou o hospital abandonado da cidade, agora em ampliação. Criou uma associação filantrópica para fazer convênio federal, trouxe dois colegas, fez vacinação de casa em casa, reduziu a zero o sarampo e o tétano, diminuindo a desnutrição. Para contornar dependência da prefeitura entrou na política, hoje é vereador, vice-

presidente da câmara, militando também na associação médica regional. Construiu e mantém uma clínica particular.

MÉDICO 13 - Nasceu no interior, de origem muito pobre, e estava no início do segundo grau quando seu patrão sugeriu-lhe ser médico. Fez dois vestibulares e custou a acreditar que passou. Decepcionou-se com o ciclo básico, mas foi aluno aplicado. Retomou o entusiasmo no ciclo clínico, no contato com pacientes, mas sua principal aprendizagem foi extracurricular em maternidade de pequena cidade próxima à capital. Esteve na maternidade Odete Valadares em Belo Horizonte e no pronto socorro onde "fugia" das aulas para acompanhar o setor de ortopedia. Foi reprovado na residência de ginecologia-obstetrícia. Antes do vestibular já participava de trabalho comunitário, no movimento católico de jovens, o que o já atraía para o interior, apesar de tentar residência, inclusive porque não se adaptou à cidade grande. Continuou no movimento de jovens, mas não participou do movimento estudantil universitário. Fez internato rural em São João da Ponte onde fez apenas trabalho de assistência social, porque não tinha sequer acesso ao hospital local, por razões políticas. Ao sair da faculdade já tinha convite para dois empregos numa cidade grande no interior, onde ficou como médico da prefeitura e do sindicato rural, por dois anos. Em 1982 foi contratado pela secretaria de estado da saúde para pequena cidade vizinha sem médico, clinicando seis anos sozinho, hoje com mais dois médicos. Fez atendimento ambulatorial, com resolubilidade de 80 a 90% e encaminhando, com dificuldade de referência e contra-referência, para a cidade maior, onde trabalha até hoje. Tem ótimo relacionamento com a comunidade, mas está desanimado na ação comunitária por dificuldades com falta de esgoto, falta de dentistas, criação de porcos, pouco apoio da prefeitura e má remuneração. Não tem problema com medicamentos e considera que as ações integradas de saúde melhoraram o apoio de exames laboratoriais elementares. Hoje é vereador da cidade.

MÉDICO 14 - Nasceu no interior e apesar de facilidade para ciências exatas sempre quis ser médico, no que foi reforçado por forte influência de seu tio médico. Tentou vestibular em Brasília e Belo Horizonte e só passou na UFMG, quando se mudou para a capital e fez cursinho. Não podia pagar estudos e dava aula particular para se manter. No ciclo básico, após se sentir no paraíso, viu que as matérias não eram de medicina e se desinteressou, mas no ciclo clínico voltou a se entusiasmar com o relacionamento interpessoal em geral e médico-paciente, coerente com a influência do tio médico. Desde o primeiro semestre do curso ia, nas férias, para a cidade onde o tio morava e aproveitava para treinar no hospital. Desde o início do curso queria clinicar em cidade na qual atuasse sozinho. Sabe que se seguisse outra profissão ganharia mais dinheiro, mas não teria a mesma satisfação. No terceiro ano passou a trabalhar em maternidade vizinha a Belo Horizonte para ter "mais de duas calças e duas camisas" e por isso não quis ir ao internato rural; substituiu-o por estágio no bairro Floramar, acrescido de dois trimestres de pediatria e um de neurologia, pois sabia que no interior teria 50 a 60% de pediatria. No curso o que mais o marcou foi olhar o paciente como um todo, o que não ocorre com colegas formados em outros cursos. Achava o movimento estudantil válido, mas não participou dele. Nem pensou em fazer residência médica. Ao se formar casou-se e aguardou surgir uma cidade adequada. Não quis ficar na cidade onde morava sua mãe, mas aceitou fazer experiência de trabalhar num hospital lá, como pediatra, em um ano e meio, quando divergiu do colega proprietário, para residir em pequena cidade no oeste de Minas, sem médico, onde não parava médicos por conflitos com o antigo prático de farmácia local. Logo procurou levar um farmacêutico/bioquímico com farmácia e laboratório. Sendo o primeiro médico residindo no local, inspirou confiança na população, resolvendo a maioria dos casos e encaminhando adequadamente os demais às cidades maiores próximas, onde tem bom relacionamento. Fez trabalho comunitário, está conseguindo rede de água e esgoto, apoiou a creche, vacinou a população, reduzindo radicalmente as doenças preveníveis, fez levantamento escolar antes e após a adoção de merenda, com redução total da desnutrição de terceiro grau antes existente, e melhorou as péssimas condições odontológicas levando dois dentistas, um deles escolar. Não pretende especializar-se e nem mudar-se de cidade, mas deseja levar colega que divida a

sobrecarga de trabalho. Participou ativamente junto ao prefeito da construção de unidade mista de atendimento.

MÉDICO 15 - Nasceu em Belo Horizonte, gostava de ciências humanas e sempre pretendeu cursar medicina, sem influência de médico na família, a qual era pobre e por isso necessitava de universidade gratuita. Repetiu o vestibular uma vez e foi da primeira turma com o novo curso de seis anos, o que foi bom, pois vinham tendo só teoria e passaram a ter ambulatório. Só fez estágio extracurricular no pronto socorro do estado, desde o terceiro ano, onde perdeu o medo de doente grave. Fez internato rural em Joaquim Felício, onde havia um médico solitário mais idoso, que reforçou a idéia que vinha tendo de ir para o interior. Foi ser o único médico de pequeno município de cinco mil habitantes, sem hospital, e com dois auxiliares de saúde, próximo a Itabira. Atendia no posto pela manhã e aí mesmo à tarde recebia clientes privados, saindo até a cavalo para atendimento rural. Fazia cirurgia ambulatorial e partos normais, resolvia a maioria dos casos, encaminhando os demais a cidade vizinha ou a Belo Horizonte, sem dificuldades. Lá fez vacinação, palestras sobre alimentação e prevenção de doenças, adquiriu confiança da população, mas como não saía o hospital prometido, e estava se sentindo limitado em sua aspiração profissional, apenas fazendo triagem, voltou a Belo Horizonte, onde é plantonista em maternidade, faz cirurgia ginecológica, pré-natal e está inscrito em curso de colposcopia. Mesmo assim está disposto a retornar a cidade do interior que comporta especialista, onde pretende fazer ginecologia-obstetrícia. Tem voltado à cidade onde clinicou para festas e rever amigos, de lá recebe clientes e apelos para retornar.

MÉDICO 16 - Nasceu no interior para onde retornou para clinicar. Quis ser médico por influência do avô, antigo boticário formado em Ouro Preto e por estímulo do pai que desejava um filho médico. Tentou o vestibular duas vezes, na segunda fez também para eletrônica, mas sem significar dúvida na escolha da medicina. Não se decepcionou com o curso, pois tinha informações prévias sobre o mesmo e nele julga ter tido ótima formação. A partir do terceiro ano deu plantões extracurriculares que julga úteis para sair da "superproteção" da escola. Apesar de pretender ir para o interior considera o internato rural o pior período em seu curso, pois foi para cidadezinha precária, Santa Fé, próximo a São Romão, onde atendia duas ou três pessoas por dia, num posto, sem programa e sem supervisão. Depois foi fazer internato de clínica médica em hospital privado credenciado pela universidade, onde ficou dois trimestres e onde continuou como médico após formar-se, cumulativamente fazendo residência de cardiologia na santa casa e curso de medicina do trabalho. Na metade do segundo ano de residência, os próprios preceptores lhe sugeriram ir clinicar em sua cidade, onde passou a ter dois vínculos empregatícios com o estado, complementação da prefeitura e ainda clínica privada através de convênios. Seu trabalho é ambulatorial, raramente domiciliar, inclusive os partos que não consegue encaminhar. Resolve a maioria dos casos, os demais encaminha a médicos de duas cidades vizinhas, com os quais tem bom relacionamento. Passou a receber alunos do internato rural da UFMG e, contrariamente à sua própria experiência, os estagiários ficaram muito satisfeitos, até que foi suspenso por mudança de modelo de estágio. Neste, o trabalho junto à comunidade foi intenso. Além disso, tinha muito a ensinar e aprendia muito e se atualizava na discussão com os estagiários. Aguarda a inauguração do hospital e a vinda de outros médicos para encaminhar menos casos às cidades maiores, restringindo-se à cardiologia.

MÉDICO 17 - Nasceu no interior de Minas. Estudou em colégio onde foi monitor de laboratório de biologia, principal determinante da opção por medicina. De família pobre, fez três vestibulares e só passou por ajuda financeira de uma tia, que custeou seu curso pré-vestibular e estada na capital. No curso médico dependeu também da Fundação Mendes Pimentel, inclusive com bolsas desde o primeiro ano. Decepcionou-se com a falta de prática no curso médico, fez

estágio voluntário no pronto socorro do estado e em maternidade privada, onde fez e ajudou cesariana. Considera que os ambulatórios, a cirurgia ambulatorial e as matérias cirúrgicas lhe deram sólida formação para seu atual sucesso profissional. Considera o internato rural outra peça-chave em sua formação, indo para Belo Oriente a cem quilômetros de Teófilo Otoni, no vale do Mucuri, onde se envolveu de tal modo com a comunidade, que prolongou seu estágio para além de dois meses. Sua motivação para trabalho comunitário, de tendência mais assistencial que social, é ligada a sua militância evangélica, inclusive dentro de programa internacional de sua igreja para "campi" avançados, razão de sua divergência com o preceptor do internato, ligado às comunidades católicas de base. Fez residência de cirurgia no hospital evangélico de Belo Horizonte, onde fez também clínica e CII, atendendo também plantões na cidade de Neves e implantando postos de atendimento médico em igrejas evangélicas nas favelas de Belo Horizonte, quando também se casou. Passou a atender em escola agrícola de pequena cidade próxima à capital, mas lhe foi exigido morar lá. Mudou-se com esposa e filhos e a resolubilidade que desenvolveu transformou sua casa em consultório privado. Passou então a atender a demanda de consultas em consultório particular na cidade, onde faz todo atendimento ambulatorial, inclusive pré-natal (encaminha os casos de trabalho de parto), exceto fraturas que exijam raio-X. Enfrentou epidemia de rubéola, com sucesso. Faz vacinações e medicina do trabalho na escola agrícola. Mantém o controle de doença de Chagas, mas não está conseguindo impedir a expansão da esquistossomose, que está ficando crítica em função de balneário na cidade. Continua atraído pela cirurgia.

MÉDICO 18 - Nasceu no interior e fez o segundo grau em Belo Horizonte.

Desde criança quis ser médico, decisão reforçada talvez por influência de um tio pediatra. Fez um só vestibular e desde o início do curso pensava em vir para o interior sem se especializar. Fez estágios extracurriculares visando tal objetivo no pronto socorro do estado desde o sétimo semestre e também de obstetrícia desde o nono semestre em hospital privado, com cunhado obstetra, em estágio remunerado. Participou de encontros estudantis no Rio e Recife, foi representante estudantil e fez curso de história da medicina - oportunidades que lhe alargaram a visão dos aspectos globais e sociais da saúde. Fez internato rural no noroeste de Minas, em São Romão, com apoio do médico e equipe de saúde local, fez atendimento médico e trabalho comunitário, especialmente cadastro de tuberculosos. Ao retornar, fez dois trimestres de clínica médica no hospital das clínicas e Júlia Kubitschek. Logo após a formatura, foi para o Mato Grosso do Sul e escolheu pequena cidade para onde nenhum médico queria ir e passou a ser médico também de um assentamento de brasileiros expulsos do Paraguai, onde cuidava de vários surtos de infecções e desnutrição, num "trailer". De lá foi para o Mato Grosso e ficou um ano em uma cidade pequena. Voltou para Belo Horizonte onde trabalhou dois meses como clínico e seguiu para pequena cidade no nordeste de Minas, onde havia hospital e um colega. Foi para lá para fazer obstetrícia e clínica geral. Logo a seguir a cidade entrou no sistema de internato rural da UFMG. O hospital recebia medicamentos enviados da Itália, os quais eram trocados por outros mais baratos e mais adequados às prescrições feitas. Acompanhou três duplas de estagiários. Em todas as cidades teve alto grau de resolubilidade inclusive cesária. Nesta última foi trabalhar em empresa multinacional e de lá retornou a Belo Horizonte para fazer residência em psiquiatria.

MÉDICO 19 - Nasceu no interior e lembra ter escolhido medicina por desejo paterno de ter um filho médico e também por gostar de ciências biológicas. Passou no vestibular de fisioterapia e no ano seguinte no de medicina, interrompendo o outro curso. Sua turma se decepcionou com o ciclo básico, alguns abandonaram o curso. Voltou a se entusiasmar no ciclo clínico, mesmo se decepcionando com o desinteresse de alguns professores. Melhor proveito obteve no internato rural e no internato hospitalar de clínica. Fez o internato rural em pequena cidade na divisa entre Minas e Bahia, e, sendo obrigado a resolver, sem ajuda, os problemas clínicos, sentiu-se reforçado no desejo inicial de ir para o interior, mesmo porque jamais gostou de cidade grande. Ainda

assim fez prova de residência de ginecologia-obstetrícia no hospital das clínicas e não passou na entrevista porque o examinador julgou criminosa sua atividade extra-curricular. Esta começou como fiscal de transporte, foi demitido por estar sempre ausente, e passou a dar plantões remunerados em maternidade de cidade próxima e a seguir no setor de hemodiálise, na época anexo ao CTI, do hospital Felício Rocho de Belo Horizonte. Embora trabalhando por necessidade econômica, aprendeu muito nesses serviços, mas seu sucesso no interior credita ao internato rural que o libertou de dependência de exames complementares, em vigor nos centros maiores. Após formar-se, passou a atender cidades vizinhas a sua cidade natal e numa delas acabou permanecendo após casar-se. Lá está há oito anos e hoje é seu prefeito. Recebe da prefeitura, do estado e de dois convênios, exceto agora que recebe como prefeito, mas continua atendendo, apesar de ter trazido neste último ano outro médico para dividir o trabalho. Inaugurou pequeno hospital de nove leitos, mas não faz partos, exceto raros normais, restringindo-se a pré-natal. Fez trabalho assistencial inclusive rural, com o que se tornou querido e chegou a prefeito, mas não está conseguindo sua principal promessa que é a rede de esgoto. Criou grupo de alcoólicos anônimos. Como prefeito não se tem atualizado como antes. Enquanto prefeito da cidade não se interessa em receber alunos do internato rural, porque o município não pode arcar com as despesas de alojamento e alimentação dos estudantes.

MÉDICO 20 - Nascido e criado em Belo Horizonte, de família humilde, desde criança quis ser médico, sem ter médico na família. Foi escriturário durante os estudos noturnos de segundo grau e para o vestibular fez cursinho durante o dia e trabalhava à noite. Reprovado na primeira tentativa de medicina, fez ciências biológicas. Passou e começou a dar aulas em colégios. Após um ano, passou em medicina e aproveitou as matérias comuns já frequentadas. Pensando desde o início em fazer obstetrícia para ir para o interior, desde o terceiro ano passou a dar plantões remunerados extracurriculares em maternidades periféricas e em serviço de hemodiálise no hospital Santa Mônica (hoje hospital Belo Horizonte). Em vez do internato rural, por já ter-se casado, fez estágio equivalente na localidade metropolitana de Sarzedo, onde não teve qualquer supervisão. No currículo, valoriza o atendimento ambulatorial central e o ambulatório periférico de pediatria, no bairro Pompéia. Não participou de pesquisa e nem de movimento estudantil. Após a formatura começou residência sem bolsa de ginecologia e obstetrícia na maternidade Ernesto Gazolli e continuou com plantões remunerados. Não pretendia vir logo para o interior, mas um colega insistiu para substituí-lo no compromisso de pelo menos visitar esta cidade que necessitava de médico. Acabou deixando os seis meses de residência e se mudou para o interior, onde teve de obter dois vínculos empregatícios na cidade e complementar com plantões em hospitais e postos de cidades vizinhas. O farmacêutico prático local era ex-prefeito e chefe político antigo e não deixava parar médico ali, mas, logo que chegou, um novo partido ganhou a eleição e os novos chefes políticos o apoiaram para organizar o posto, criar pequeno laboratório e atender o tempo todo a maioria dos casos, encaminhando bem os poucos não resolvidos. Com a morte acidental do prefeito teve de se candidatar para que o poder político não voltasse ao farmacêutico-prático, mas, por suposta fraude, não foi eleito, foi demitido da prefeitura e está sofrendo no momento forte perseguição.

MÉDICO 21 - Nascido numa cidade do interior de um país vizinho (hoje naturalizado brasileiro), filho de família de médicos e matemáticos, optou pelo curso de medicina e quis vir para o Brasil (mesmo tendo cursado, em 1972, um ano de engenharia civil), por sugestão de amigo da sua família, que aqui estivera. Veio para Belo Horizonte porque não se adaptou a Brasília. Pretendia voltar a seu país e trabalhar no interior, por não gostar de cidade grande. Fez estágios extracurriculares na capital e em cidades próximas, inclusive partos. Fez o internato rural na região do Alto do São Francisco. Ao concluir o curso casou-se com brasileira e aí "acabou o sonho" de voltar ao país de origem. Decidiu clinicar numa cidade pequena, perto de Itabira, onde nunca tinha morado um médico, mesmo sem ter feito residência médica, porque julgava-se preparado em medicina geral. Está ali há dez anos, de onde pretende, em breve, transferir-se para cidade de outra região. No início

tudo era precário, ~~S~~ em hospital e o posto de saúde era uma casa velha, onde fazia partos, curetagem e todos os atendimentos. Trabalhou simultaneamente em duas cidades próximas em atendimentos ambulatorial e comunitário, semanais ou quinzenais. Os casos que não resolve encaminhava com facilidade para Itabira e Belo Horizonte. Entusiasmado com a medicina social foi ajudado pelo programa MG2 (de apoio ao produtor rural), financiado pelo Banco Mundial, conseguindo reduzir bastante as doenças infecto-contagiosas. Seu entusiasmo acabou por falta de condições mínimas pela prefeitura e pelo estado para prosseguir o trabalho comunitário. Passou a atuar apenas no hospital e no posto, tendo conflitos com o prefeito, quando foi forçado a deixar o hospital, e voltando após novos entendimentos políticos. Nos casos de afastamento conta com um "enfermeiro" prático. Sempre quis estagiários do internato rural mas nunca conseguiu.

MÉDICO 22 - Nasceu no interior, no sul de Minas, não tendo médicos na família, sendo os pais odontólogos. Amadureceu a idéia de estudar medicina no curso do segundo grau, já em Belo Horizonte, e passou no primeiro vestibular, sem fazer cursinho. Não se decepcionou com o ciclo básico, onde foi monitora de embriologia, mas sim com a monotonia do atendimento ambulatorial e mais ainda com a inacessibilidade do hospital das clínicas. Não tendo necessidade de ganhar dinheiro, não teve atividade extracurricular remunerada, mas teve sua melhor aprendizagem acompanhando, desde o terceiro ano, três a quatro docentes do curso, em suas clínicas fora do hospital universitário, com ênfase na cirurgia cardiovascular. Fez o internato rural em pequena cidade do norte de Minas onde afirmou sua segurança clínica e se tornou querida da comunidade, tanto que, por pressão do pai, que a queria empregada e não fazendo residência, aceitou convite e foi ser a única médica dessa cidade durante cinco anos. Ali, junto a uma religiosa, enfermeira qualificada, pôs o pequeno hospital para funcionar com rara organização administrativa e alta resolubilidade. Os exames complementares eram realizados na cidade vizinha em laboratório conveniado com a prefeitura. Não teve consultório privado e quando o novo prefeito, à sua revelia, começou a usar o hospital como alojamento e refeitório de protegidos, mudou-se para a cidade maior próxima, inclusive porque se casou com fazendeiro da região, mas não esconde o desejo de voltar à primeira experiência bem sucedida e gratificante. Durante o tempo em que morou sozinha como médica na cidade recebeu alunos do internato rural, experiência essa que julga excelente.

3.5.2 - Decisão de estudar medicina

"Minha vinda para a escola começa lá em pai e mãe. ... No segundo grau, no colégio técnico da ufmg, se fosse uma tendência lógica, faria análises clínicas para fazer medicina, mas não. Fiz instrumentação industrial. ... Tinha um grupo que me aproximou do movimento de base... ir lá na favela... daí a questão da medicina, e ir para o interior depois. Foi o nascimento dessa questão de trabalhar pela modificação da sociedade. E isso casou bem com aquela formação anterior, de pai e mãe, de uma coisa humanista."

"A decisão de estudar medicina, tinha idéia vaga desde o primeiro grau. ... No início do segundo grau fechei mais e no terceiro ano decidi. ... Um irmão que fazia medicina influenciou muito, gostava muito dele, me identificava muito com ele."

"No colégio técnico da ufmg fiz o curso de análises clínicas. Gostava muito de biologia e dentro dessa área me liguei mais à medicina."

"Meu pai era das caatingas, um barbeiro, de família rústica. ... Eu não queria fazer medicina, não. Sempre pensava em ser agrônomo, mexer com a terra. Um colega rico do segundo grau lembrou que eu deveria fazer medicina, me mostrava hospitais, quando saía com ele: oh! você deve fazer medicina, médico ganha muito dinheiro, tem muito conforto. Achei aquilo interessante e falei: vou fazer medicina mesmo."

"Na época do terceiro ano do segundo grau ainda estava muito indeciso. Então fiz o vestibular na federal prá medicina e na católica para engenharia mecânica. Passei nos dois. Fiquei em dúvida. O que mais pesou foi que na federal era sem pagar nada. Não tinha muita certeza se era medicina

que realmente queria fazer. Gostava de medicina, mas gosto até hoje de outras profissões... engenharia, computação... gosto muito de matemática, de física."

"Na oitava série pensava em fazer um curso técnico. No colégio técnico da ufmg me formei em análises clínicas. A idéia de fazer medicina foi amadurecendo no final. Queria fazer medicina no início, porque queria me especializar em psiquiatria, mas não tinha idéia de que viria para o interior."

"Meu pai era marceneiro... fiz o curso de normalista, me formei professor. Simplesmente tive a intenção de fazer medicina, não muito por idealismo, talvez por admirar alguns médicos, e também era condição de uma vida melhor do que sendo um marceneiro igual a meu pai. Na realidade idealismo de vou salvar vida, isso realmente nunca tive, não."

"Minha família tem muito advogado. Todos achavam que eu seria advogado, inclusive eu. Dois motivos me fizeram optar por medicina: a admiração por um parente médico e o fato de ver um dia, à tarde, sozinho em casa, minha irmã mais nova ter crise convulsiva e não poder fazer absolutamente nada por ela."

"A idéia de estudar medicina começou bem antes de eu entender o que era medicina. Começou muito cedo, meio inconsciente, talvez através de minha própria história de paciente. Meu interesse com relação a doenças é tão precoce que não me lembro. No segundo grau procurei a área de ciências humanas e no colégio estadual central fiz análises clínicas."

"Meu tio tinha farmácia, ainda era criança e comecei aos poucos a trabalhar com ele. Só na quinta vez

consegui passar no vestibular de medicina. Só uma vez tentei odontologia e perdi por um ponto. Depois achei que queria medicina mesmo.”

“Desde o primeiro grau minha opção foi medicina, gostava da idéia, achava que ia me dar bem. Minha família achava que eu ia fazer engenharia, porque gostava muito de desenho. Quando me inscrevi para medicina, foi um susto para eles.”

“Meu pai era gerente de cadeia de lojas. Vivia igual cigano. Morei em várias cidades. Um tio pagou os estudos do segundo grau pra mim em Belo Horizonte. Sempre tive uma queda por medicina. Quando criança brincava de ser doutor. Minha escolha foi medicina.”

“Era lavador de ônibus. Cheguei a pensar em entrar para a polícia militar. Meu patrão, que era meu amigo, colocou na minha cabeça: você vai ser médico, e me incentivou a fazer o vestibular de medicina, desde a primeira série do segundo grau. De família muito humilde, ser médico era muito distante da minha realidade. Passei na segunda vez. Foi um sonho, uma coisa inacreditável, fizeram uma festa pra mim.”

“Sempre quis ser médico desde criança. Minha mãe era professora de matemática e sempre me dei bem com os números, mas vocação mesmo foi medicina, baseado na convivência com meu tio médico, na experiência de vida que ele me transmitiu. Dúvida nunca tive e não abria horizonte para outros campos.”

“Sempre gostei de medicina, gostava de mexer na parte humana, de tentar fazer alguma coisa para ajudar o semelhante.”

"Quando criança não sei se gostava de medicina ou do mito do doutor no interior. Meu avô era farmacêutico formado em Ouro Preto. Naqueles tempos era o médico e me marcou muito. Outro fator foi meu pai: um de meus filhos vai ser doutor. Ele sonhava, me estimulava a estudar e fazia o possível. Não passei da primeira vez. Na segunda vez fiquei com medo e fiz vestibular para medicina e engenharia eletrônica, mas passei em medicina."

"Fui muito influenciado pelo colégio de padres holandeses, muito bom, de minha cidade. Sempre estava dentro do laboratório de biologia, tipo monitor de turma. Então sempre fui motivado para as ciências biológicas. Vim para Belo Horizonte e tentar medicina, mas só passei no ano seguinte quando meus tios custearam as despesas do cursinho pré-vestibular."

"Desde criança tinha essa determinação de ser médico, reforçada por contato com meu tio pediatra. Estava sempre lá em casa. A gente trocava idéias."

"Meu pai achava bonito um médico na família e durante o segundo grau eu tinha mais tendência, gostava mais da área biológica. E tinha o fator familiar: lá em casa são sete, quatro se dedicaram a essa área. São dois médicos, duas fisioterapeutas, dois engenheiros e um economista. Fiz um ano de fisioterapia na Ciências Médicas e abandonei quando passei em medicina na ufmg."

"Cresci com a idéia de fazer medicina. Fiz o segundo grau à noite. Tinha que trabalhar em escritório. Fiz vestibular de medicina e não passei. Tive de fazer cursinho pré-vestibular, optei pelo curso de ciências biológicas e passei. Um ano depois passei em medicina."

"Decidi fazer medicina desde a segunda série do segundo grau. Médicos e matemáticos são os dois ramos da família: tio, primo, cunhada, três estão nos Estados Unidos. Sou de país vizinho, não consegui passar na universidade de lá. Sempre ficava numa colocação limite e ninguém desistia. Um amigo que hoje é arquiteto no Brasil me disse: você poderia fazer prova na embaixada do Brasil. Fiz as provas, sobrei. Com as desistências vim para Belo Horizonte."

"Fui amadurecendo aos poucos a idéia de fazer medicina. Saíu de mim, sem influência alheia. Tinha vontade e procurei acompanhar amigos que já estavam fazendo o curso. Acabei fazendo também."

3.5.3. Formação profissional

"Minha medicina já nasceu voltada para a comunidade carente. O ciclo básico foi um período muito difícil, aquele e lugar em que você fica estudando pedaço, rato ou sapo, farmacologia e patologia. Você não vê o homem que você foi caçar na medicina, você veio procurar uma pessoa humana. No final já estava desesperado, minha grande crise foi no quarto semestre, querendo largar medicina, não aguentava mais. No ciclo clínico o que a escola me deu? Um curso de pediatria, que me deu muita segurança. Sempre achei pediatria muito o estetoscópio e olho, o menino não simula, não fica dando uma de fortão. Fiz o internato de último ano inteirinho de clínica de adulto para suprir a deficiência que tinha tido: o que não tinha aparecido durante o ambulatório nunca vi nem em estudo dirigido. Meu curso era feito fundamentalmente para ir para o interior pequeno, lugar de pessoa carente, ninguém tá a fim de ir prá lá.

Extracurricularmente, fiz bico dando plantões em laboratório de análises clínicas nos primeiros anos e, no quinto e sexto ano, plantões de pediatria e de obstetrícia nessas clínicas de canto de Belo Horizonte e ainda plantões de ortopedia no pronto socorro do estado.

Meu internato rural era o céu, a pré-ida para o interior, a pré-estréia de gala. Fui com um colega meu de colégio, amigos o tempo todo. Não estava querendo a barra pesada que é o nordeste de Minas, era conflitivo, sempre foi, região complicada, padres, políticas, movimento de base e PT. Tentamos ir para Itaobim que tinha uns padres italianos do movimento de base. Fomos sorteados prá outra cidade na beira da rio-bahia. Não tem problema a cidade ter essa fama que tem. Vamos realizar tudo que a gente tá a fim de fazer. Não é exemplo típico de interior. Prostituição, motorista de caminhão, boy, drogado, tudo tá ali, é uma síntese do mundo inteiro. Chegamos num dia e na mesma noite estávamos reunindo

a comunidade e começamos a trabalhar com grupo de hipertensos, de grávidas e no grupo escolar, para criação de comitê de saúde. A dupla anterior era de duas meninas que tinham outra perspectiva, pretendiam especialidade de medicina curativa de alto nível, tipo de pessoa que ia insatisfeita prá lá. O internato de certa maneira dava uma pressionada nesse tipo de pessoa e acabaram se envolvendo com mais coisas também. Então quando a gente chegou, a comunidade nos adotou e nós adotamos a comunidade. Havia o perigo da prefeitura romper convênio. Então teve uma proposta para que o comitê de saúde assumisse os estagiários. Um assumiu o outro realmente, por isso foi o céu. Tava todo mundo satisfeito ali. Voltamos tristíssimos porque tinha acabado o internato."

"Meu irmão já fazia o curso, falava como era, tinha visão crítica. Cheguei vacinado, mas com visão um pouco idealista de ser pesquisador. Meus colegas se frustraram muito, aquilo não era o curso que esperavam: o curso, as aulas, as crises, as greves. No ciclo clínico gostava mais do serviço da escola, achava muita ansiedade dos colegas procurar serviço fora. O ambulatório é o ponto interessante do curso: a partir da experiência você estudava, aprofundava os problemas daquelas determinadas pessoas, com o professor, um melhor, outros não. Te prepararam mesmo para um atendimento ambulatorial, inclusive os ambulatórios periféricos. Aprendi muita coisa na cirurgia ambulatorial que depois na minha prática foi utilizada. As disciplinas de medicina social não me despertavam qualquer coisa, embora não participe da opinião da maioria dos estudantes de que o décimo andar é o péssimo andar. O pessoal tentava, mas é muito vazio, disperso, nada programado, meio jogado.

Extracurricularmente não fiz estágio voluntário no pronto socorro como os outros, antes do obrigatório no

décimo semestre; já no nono e décimo fiz estágio remunerado no hospital municipal, nas enfermarias.

Meu internato rural foi no vale do Jequitinhonha, uma experiência um tanto variada. Foi lá que se completou a experiência ambulatorial, sem a presença do professor. Foi uma primeira experiência de clínica geral mesmo e a gente sentindo que tinha bastante segurança, que tinha uma base segura."

"No colégio técnico da ufmg o método é muito experimental, forçava muito a gente a pensar. Quando cheguei no ciclo básico de medicina, muitas matérias já tinha visto: histologia, parasitologia, então fui prá praia. No terceiro ano não pegamos o ambulatório, implantado depois. Estava naquele curso propedêutico fragmentado, muito teórico, continuação basicamente do ciclo básico. A medicina começou mesmo foi no ambulatório. No quarto ano a gente começou a ser médico. Mesmo assim tinha falhas. Não tínhamos nenhuma exigência, acho que é uma falha: a gente tem de ser obrigado a estudar, ter provas, ser cobrado. As patologias e o ambulatório eram viciados. A gente sai com conhecimento bom e geral de clínica de adulto, sai com bagagem excelente de pediatria. Mas meus internatos hospitalares foram feitos fora (credenciados) da escola, de adultos no hospital Júlia Kubitschek e de pediatria no hospital Cícero Ferreira. O que a gente vê no interior é o que está no Cícero Ferreira, não é o que está na escola.

Extracurricularmente o que eu fiz foi acompanhar um médico numa cidade do nordeste de Minas que mexia tanto com a comunidade quanto com a medicina curativa: eu e uma turma participamos da experiência, durante o terceiro e quarto ano. Assim antecipei o internato rural, que fiz lá perto mesmo. Faltando seis meses para terminar o curso, esse médico foi transferido politicamente e a comunidade não aceitou. Organizou a oposição que não existia,

ele se candidatou a prefeito e eu tranquei a matrícula e fui clinicar num povoadozinho para ajudar na campanha dele. Perdemos por trinta e três votos, mas conseguimos que ele fosse nomeado diretor do centro regional de saúde da área."

"Quando cheguei na universidade senti aquela perplexidade danada, senti uma coisa terrível, comecei a estudar, estudar, nunca tinha namorado, não tinha experiência nenhuma em sentido nenhum, de nada. No quarto ano comecei a ficar deprimido não com o curso, mas com um professor: vocês vão passar fome, vão isso, vão aquilo, uma concorrência danada, vão sofrer muito. Será que estou perdendo tempo aqui? Preciso ganhar dinheiro, a coisa está feia, vamos sofrer. Arranjei a primeira namorada sem experiência nenhuma e aparece uma criança: se você não se casar comigo vou suicidar. Nasce mais outro filho. Fiz o curso direto, não perdi nada, sem desgarrar da escola e sem fazer residência. A gente sai meio iludido de que está capacitado para muita coisa, mas quando cheguei aqui vi que me faltava muito conhecimento."

Extracurricularmente, comecei a ganhar uns trocados na maior aflição, num emprego de ponta de rua, seleção de pessoal, só peão, só bandido, para as obras, fazendo exames: se tinha hérnia, se podia pegar peso, se era epilético, se era doido, se tinha baço grande. Trabalhei remunerado também nos dois últimos anos num sanatório distante: cansado, cortava caminho pelo mato. Então veio aquela crise terrível de 79, só portas fechando, o nosso hospital também, duzentos pacientes, cem, cinquenta, vinte, então ficou inviável, a dona vendeu o prédio do sanatório.

Meu internato rural, perto de Montes Claros, não acrescentou muita coisa, não compensa muito, a gente fica desgarrado da escola, dos professores. Um aluno fazer estágio comigo aqui não ia trazer benefício nenhum prá ele, para o futuro dele. Lá em Belo Horizonte, ligado a algum professor

bastante competente, vai ter muito mais vantagem que penetrar nessa medicina que praticamos aqui."

"Quando eu comecei a fazer o curso de medicina eu achava que o trem era mais prático desde o primeiro ano. Estudava-se muito a parte teórica e eu comecei a achar o curso muito monótono. Teve época que eu parei para pensar se era aquilo que eu queria fazer. Mas do quarto ano prá frente começou a ter mais prática, mas comecei a ver que a prática da escola era muito pouca prá gente formar, sair de lá e ir para o interior.

Minha experiência extracurricular foi válida, boa, mais até prá parte financeira. Entrou o quarto ano, a gente começa a procurar hospitais particulares. Fui para Betim, deixavam a cargo da gente, acho até muito irresponsável, mas prá nós foi válido. Chegava emergência e os médicos lá no quarto dormindo. Quando realmente era mais complicado, a gente chamava os médicos. Aí começou realmente nossa prática de internar e acompanhar. Fui também voluntário no pronto socorro do estado desde o quinto ano. Fui remunerado também em hospital privado. Então minha experiência maior em termos práticos foi fora da escola.

Meu internato rural, perto de Montes Claros, foi mais proveitoso em termos de turismo. Eu e o colega ficamos lá três meses sem assessoria quase nenhuma, a esmo, nós dois num posto de saúde, sem médico nenhum. Começamos a atender quase sem experiência e o pessoal começou a perceber. Nossa prática lá foi mínima, fomos para passear mesmo, ir para a praia do rio. Às vezes fazia alguma coisa, passava muito aperto, mas não aprendemos quase nada."

"Querida nos primeiros anos do curso fazer medicina para ser psiquiatra. Amadureci minhas idéias do papel do médico, com meu envolvimento na semana de saúde comunitária (em 1976, em Belo Horizonte), numa visão

diferente da medicina e a idéia de trabalhar no interior. Muita coisa ~~com~~ os primeiros períodos, de embasamento teórico, a gente perde: bioquímica, biofísica, a gente não encontra muita aplicação prática prá aquilo. No ciclo clínico, quarto e quinto ~~anos~~s, aqueles ambulatórios gerais de criança e de adulto, para minha prática no interior foi o mais importante.

Extracurricularmente, fui voluntário no pronto socorro do ~~estado~~ e depois bolsista. Trabalhei também em hospital psiquiátrico privado e fui plantonista em clínica particular ~~da~~ periferia.

Fiz internato rural perto de Grão Mogol durante seis meses, no segundo trimestre como recepção, e já auxiliando a supervisão."

"A universidade é uma decepção muito grande, você acha que está entrando em outra condição de ensino, em outro mundo. Aconteceu comigo e a maioria dos colegas: a gente vê que ~~é~~ é uma escola comum, com várias deficiências. Muita teoria, nada em termos palpáveis. Estudar simplesmente com o currículo, mais o que se aprende no hospital das clínicas, sem ter pegado plantões aqui e ali, não te dá condições de assumir uma cidadezinha sozinho. Para você ter idéia, fiquei no internato de clínica no hospital das clínicas noventa dias, tinha dois pacientes, mas se não fosse lá não ia fazer diferença nenhuma, porque havia dois residentes cuidando dos pacientes e ainda o preceptor. Nunca fiz um parto na escola, vi o residente fazer um ou dois e uma professora com as bonecas. Uma coisa é ver falar, outra é fazer.

A experiência extracurricular veio mais da necessidade financeira do que de aprender. Casei logo com três anos ~~de~~ curso, morava num barracão, tinha que dar plantão. Na cidade de Santa Luzia, dava plantão de sexta a segunda, o hospital ficava por minha conta, nos dois últimos

anos do curso. Estive também em quase todos aqueles hospitais da periferia de Belo Horizonte e também na cidade de Betim. A primeira experiência fora foi muito boa, mas boa mesmo. Foi num pronto socorro privado de Belo Horizonte. Fora, a gente vê muita coisa que é totalmente contrário ao preconizado na escola, ao que você estuda nos livros, e lá seguiam a linha da escola. Não estou menosprezando os outros, porque a gente no interior é obrigado a tomar conduta contrária ao figurino, não tem outra opção. É a oportunidade de tirar a conduta da gente. Em maternidade de bairro fiquei desde o nono semestre e continuei depois de formado. Tinha convênio com os norte-americanos, mantinham a gente: pílula, DIU, diafragma, ligadura de trompa a gente fazia muito, e fiz anestesia, raqui, peridural.

Meu internato rural não foi rural, foi metropolitano, perto de Belo Horizonte, não foi interessante porque estava vindo de dois anos de Santa Luzia. O mesmo aconteceu no meu internato no pronto socorro, eu já tinha superado essa fase."

"A primeira coisa que me assustou foi a bagunça. Da mesma maneira que existem professores que boicotam tem outros comprometidos com o ensino. Os grandes momentos de aprendizagem que primeiro vivi na universidade foi no ambulatório, que um professor chamava de Vietnã, mas era no Vietnã que se podia sentir a realidade que encararia depois na vida profissional. As faculdades do Brasil formam médicos para trabalhar em grandes hospitais, tipicamente para atender a demanda, não formam para o interior, para trabalhar sozinho ou em dupla ou numa equipe de três ou quatro médicos.

Minha experiência extracurricular foi ficar amigo de alguns professores da própria escola. Um, que foi meu médico antes, andava comigo na rua apontando as possíveis doenças dos pedestres e no fim eu frequentava seu próprio consultório privado. Outro tinha um chá das cinco no seu

laboratório. Como todo bom piolho a gente tenta se ligar com pessoas que estão dando confiança prá gente. Trabalhei não remunerado no pronto socorro da cidade de Contagem, mas era questionável atender demanda rápido, sem discussão, uma espécie de ~~patrolada~~ no caso do paciente. Num hospital privado em Belo Horizonte, fui de sorte e encontrei professores da escola que trabalhavam lá e aproveitei muito.

Meu internato rural foi na região de Januária, éramos duas duplas, foi realmente uma experiência riquíssima, gratificante. O prefeito não complicou, ao contrário facilitou. Então atuamos como generalistas e justamente nessa oportunidade vi uma série de pontos que precisavam ser reavaliados. Quando retornei procurei fortalecer dermatologia, obstetrícia, toxicologia, pontos em que nosso curso foi falho."

"No vestibular queria ser psiquiatra comunitário. Peguei o currículo e pro meu espanto não havia ali psiquiatria comunitária. Nos primeiros quatro anos voltei minha formação para resolver minhas próprias ansiedades com relação à psiquiatria. O ciclo básico é muito puxado, tinha que render mais para conciliar essas coisas. No oitavo semestre rompi com a psiquiatria. Atender psicose aguda nos plantões me assustou, aquilo foi muito precoce. Fiquei meio perdido. Então peguei os últimos semestres numa prática generalista, onde a gente aprende realmente alguma coisa do profissional mesmo, então tive uma chance boa de reaver aí minha formação, de recuperar. Para mim sempre o aprendizado esteve relacionado com a prática. Por isso o ciclo básico não foi tão fundamental na minha vida. Não consigo aprender sem prática, tenho que estar vendo, fazendo, acontecendo.

Comecei a pegar plantões por causa da prática, na santa casa de Belo Horizonte e na cidade de Betim, onde tinha que me virar, me desdobrar nas deficiências. Isto me ajudou muito, porque você pegava desde edema agudo de pulmão

até queimadura de terceiro grau. Antes disso, no começo do curso, tinha sido laboratorista no hospital Sara Kubitschek e tinha estagiado em quase todos os hospitais psiquiátricos. Um que me emocionou muito foi aquele do hospital Raul Soares (de terapia ocupacional em psiquiatria).

Aí vem uma coisa a que dou muito valor até hoje, que foi o internato rural, tanto que eu fiz três trimestres. Foi perto de Teófilo Otoni e lá aconteceram coisas incríveis, para me mostrar que a realidade é outra coisa mesmo. É importante a postura acadêmica que a escola repassa, facetas tipo medicina-pesquisa, medicina-ciência, medicina-acadêmica, mas a gente tem que estar preparado para muito mais facetas do que o antigo currículo repassava. Olha para você ver como as coisas sensibilizam a gente: no primeiro internato que fiz eu e meu colega enfrentamos uma epidemia no vale do Mucuri. De repente, numa cidade de mais ou menos dezoito mil habitantes, começam a morrer pessoas numa mesma região, numa roça morre o pai, os dois filhos, a babá, depois na casa da babá morreram duas pessoas e quando cheguei haviam morrido dezesseis pessoas, sem que o estado ou nenhuma outra instituição desse conta do que tivesse acontecendo... a gente botou a boca no trombone. A gente tinha na mão pessoas morrendo que tinham tido contato com os doentes em oito dias de evolução; e nós dois lá não íamos pegar essa doença? E todos os doentes vinham para a gente. Foi super-interessante perceber como o estado está despreparado completamente para surtos como este relacionados à miséria. A gente teve até que fazer necrópsia. Não tínhamos feito isso na escola. Fizemos no cemitério à luz de velas, aquela coisa muito louca. Abria cabeça para tirar pedaço de cérebro, pedaço de perna, coração, fígado, para o pessoal da secretaria ter uma pista do que podia estar acontecendo ali. O surto regrediu, se auto-limitou; por influência do estado não foi. Foi uma experiência muito rica, assunto para os anais do internato rural, vivida dentro do internato mais do

que dentro da escola, dentro da realidade que o internato me possibilitou. No segundo trimestre de internato rural, noutra cidade por ali mesmo, a prefeitura estava cortando convênio com a ufmg, dizia-se em praça pública que o internato rural era o PT, que as ações de saúde eram políticas. O prefeito da cidade maior ficou assustado com o movimento social em torno do internato e preferiu interromper a única assistência de milhares de pessoas, mas a comunidade decidiu assumir ela mesma o internato, com o apoio das irmãs religiosas, partidárias da teologia da libertação."

"Na universidade encontrei o que esperava, curso mais teórico que prático. Estava mais idoso e sempre dizia: na escola eu pego a teoria, porque medicina não é só teoria, é muito diferente. No ciclo básico é só teoria. No profissional foi muito importante a parte ambulatorial, deu muita segurança para a gente, apesar de que é um ambulatório-escola, muito diferente do que a gente vem fazer na prática. Em quatro horas são cinco ou seis pacientes, quando chega na prática você vai atender quinze em duas horas. Lá a gente tem os exames necessários, discussão e apoio do professor. Na prática somos limitados, as normas vêm de cima.

Tinha muitas amizades e então era fácil pegar um currículo paralelo em hospitais e no terceiro ano já estava fazendo parto em uma maternidade de bairro e quando me formei entrava em cesariana sem problema. Trabalhei também em hospital geral de uma cidade perto de Belo Horizonte.

O internato rural para muitos era surpresa, para mim não, porque sou do interior. Foi tranquilidade, mas teve uma história engraçada. Era uma cidadezinha perto de Montes Claros onde ninguém queria ir, ônibus uma vez por semana. Fomos a primeira dupla a ir para lá, não tinha nada nos esperando, o prefeito não deu a mínima atenção, fomos dormir na cadeia e não tinha lugar para tomar banho. Tive que ser re-encaminhado a outra cidade, onde já havia uma dupla."

"No início do ciclo básico você sofre muito até se adaptar, não há nada daquilo que você imaginava. É obrigado a estudar tudo teórico, parece continuação do segundo grau, era sentar e decorar livro. Parece que não estava fazendo medicina, sem contato com doente, naquela vontade de assumir o doente. Sempre quis fazer clínica, coisa engraçada, se você me perguntar por que, não entendo. O curso oferecia mais opções para clínica. Tive dois dias na otorrino, uma semana de neurologia e um ano e meio de ambulatório de adulto e de criança. A minha época, 1976, foi muito conturbada, não passamos nem um semestre sem greve. No início eu e um colega nos envolvemos muito. Prenderam colegas nossos. Foi indo até nos afastarmos, chegou a um ponto que estava atrapalhando nosso estudo. Tanta greve que você não completava o curso. No final não teve greve, o pessoal se desgastou. Greves mais políticas. Na escola eu gostei muito do ambulatório de clínica, depois tivemos de pediatria e periférico. Muito bom, não era paciente manipulado.

Extracurricularmente fui estagiário voluntário do pronto socorro do estado, me ensinou bastante mas hoje não sei se me sujeitaria a passar tanta coisa. Você sofre muito correndo atrás de um preceptor, de um médico, eles não assumiam, você era obrigado, sem condições, sem autonomia, aquela contradição, não sabe o que faz. Acontecia com todos. Trabalhei também na cidade de Betim, precisava de dinheiro, ambulatório, internação, pequena cirurgia e obstetrícia, pagavam relativamente bem.

Pro internato rural eu e um cara queríamos uma cidade que fosse distante de Belo Horizonte e que tivesse um rio perto. Levei enorme quantidade de livro, para me preparar para concurso de residência. Não abri um livro. No primeiro dia o primeiro susto: foi com o médico da cidade, estava de calção pedalando uma bicicleta. No outro dia chamou a gente, estava fazendo uma curetagem de calção e chinelo. Estava lá

há vinte anos, tinha um quarto no hospital cheio de soro fisiológico, nunca tinha usado, as enfermeiras não sabiam. Quando chegamos ele largou o hospital, nós assumimos. Ficava com dó do meu colega, extremamente dedicado e eu não tinha coragem de largá-lo sozinho. Ele querendo assumir, então assumi junto com ele. Até duas horas da manhã pegando veia de criança, veia na cabeça, nunca tinha feito isso na escola. Desidratados de terceiro grau, antes usavam soro oral e morriam todos."

"Comecei o curso e fui cada vez mais me interessando, medicina prá mim era uma paixão muito grande e continua sendo. Anatomia marca demais, aquele impacto de ver defunto mexe com qualquer pessoa. Queria fazer obstetrícia. O primeiro parto que fiz foi na escola, sozinho. O menino nasceu sem cérebro, ficou vivo quatro dias, com aparelhos. Jamais gostei de movimento estudantil. Cliniquei desde o primeiro semestre.

Extracurricularmente fui estagiário do pronto socorro do estado ainda no ciclo básico, desde o terceiro semestre, e trabalhei com obstetrícia dois anos e meio no Sara Kubitschek. Trabalhei também um ano antes de me formar numa clínica de pré-pagamento, perto de Belo Horizonte. Fui encaminhado prá esse serviço pela fundação Mendes Pimentel.

No internato rural demos sorte de ir prá onde estávamos querendo, na região de Montes Claros, cidade carente, sem médico, prá ver se realmente a gente sabia alguma coisa. O médico ia lá uma vez por semana, o resto a cidade ficava nas mãos dos estagiários. Experiência muito boa. Fizemos tudo que você pensar. Não tinha hospital, nem nada. Fizemos parto em casa, trabalho de verminose de casa em casa. Realmente não fomos passear, fomos trabalhar mesmo. Orientamos as parteiras, elas ensinam muita coisa prá gente. Sem instrumentos cortam o umbigo com faca e põem sal grosso. Ficamos muito queridos na cidade, até hoje ainda recebo

correspondência de lá. O preceptor foi lá uma vez, ficamos praticamente sozinhos. O internato foi decisivo pra minha formação."

"Entrei doido para começar a mexer com paciente e achei meio cansativo aquelas primeiras matérias teóricas. Você quer logo entrar em prática. Tive um pouco de decepção com as dificuldades da escola, a coisa não era tão perfeita, chocava. Mesmo assim era caxiã. O início do curso profissional refez meu entusiasmo. Mexer com paciente fez a gente gostar mais. Não gosto muito de clínica, me entusiasmava mais com cirurgia, obstetrícia.

Extracurricularmente, sapiei na maternidade Odete Valadares de Belo Horizonte e numa maternidade da cidade de Pedro Leopoldo, uma das boas coisas que eu fiz. O movimento de jovens de minha igreja me levava muito a trabalho comunitário na periferia.

O internato rural foi uma coisa diferente no curso, mas para mim não valeu nada. Fomos para uma cidade na região de Montes Claros. Não tinha condição de trabalho, hospital muito michuruca, a política dominava, não tínhamos acesso ao hospital, nosso trabalho era mais de atendimento na zona rural em num asilo de velhos, trabalho comunitário, mais ação social do que trabalho de médico, coisa que eu já fazia."

"Achava importante apenas as coisas ligadas com a medicina. As matérias do ciclo básico achei sem importância. Fiquei um mês sem ir à aula. Uma professora me orientou, voltei, foi tudo bem. Acho interessante o curso da ufmg. Você vai pegando informação, as coisas vão-se encaixando. No quinto semestre tive o impacto do que seria a medicina. Quando você vê já está no consultório e começa a ter a visão clínica geral. Vejo falhas de percepção científica da coisa, mas a parte profissional, o traquejo que

a gente adquire de lidar com o paciente, de visualizar o indivíduo como um todo, acho assim: só quem não quis é que não viu. Não teve ênfase em nenhuma especialidade, preocupação nenhuma com minúcias, formou a gente como um clínico e um psicólogo, isso foi muito importante. Prá mim me marcou uma disciplina que ninguém valoriza muito, de treino de relacionamento interpessoal que explica que 90% do sucesso na clínica em qualquer lugar está na relação entre o médico e o paciente.

Desde o primeiro semestre todas as férias eram passadas no hospital do meu tio em Goiás, hospital de cem leitos, todas as especialidades, três sócios majoritários, vendem cotas para os outros. Recebia um carinho muito grande deles, jogava bola, um filho deles, todos queriam me ensinar. A partir do sexto semestre já dava plantão na cidade de Pedro Leopoldo.

Não quis ir ao internato rural porque dependia dos plantões. Fiquei fazendo o internato rural no bairro Floramar de Belo Horizonte (internato metropolitano para quem não podia sair)."

"Entrei na transição do curso de cinco anos para o de seis anos. Sofremos um pouco, mas foi bom, pegamos todas as novas disciplinas, deu uma base melhor do que era dada. Porque no quinto e sexto semestres a gente estava cru. Começamos a desesperar porque três a quatro anos mexendo com medicina e só teoria. Não sabia responder o que o paciente devia tomar. Você fica meio desesperado, mas depois vai entrosando, tenho uma experiência boa.

Extracurricularmente, fui voluntário do pronto socorro desde o sétimo semestre e também andei dando uns plantões sem importância.

Importante na minha formação dentro da escola foi o internato rural, apesar de só três meses, mas achei válido. Foi na região de Montes Claros, tinha um médico idoso, sozinho, atendendo só ambulatório, ele me despertou a vontade de fazer um trabalho assim."

"Entrei tranquilo, não fui com aquela expectativa muito grande. Gostava muito da escola, vínculo afetivo, um carinho até hoje com tudo que vem da escola e o hospital das clínicas é minha referência.

Extracurricularmente dei plantões depois do décimo semestre. E bom você se libertar um pouquinho daquela estrutura da escola, a gente é muito superprotegido, gera muita dependência.

O internato rural é o pior período da escola, porque me mandaram para uma cidadezinha primária, não tinha programa, supervisão, nem médico na localidade. Foi na região de Montes Claros, perto de São Romão. Atendia duas ou três pessoas por dia, achava horrível, foi um martírio."

"Fazer o curso na federal facilitou as coisas, minha família era pobre, eu dependia de terceiros, me ajudou muito, consegui estudar. A fundação Mendes Pimentel me ajudou demais em tratamento médico, odontológico, bolsas. Sempre tive bolsas e sempre soube valorizar essas coisas por vir de ambiente mais humilde. Tive frustrações. Esperava mais coisas a nível prático, técnicas médicas, isso ficou muito a desejar no curso. Até hoje tenho reflexos diretos disso. Sempre gostei de cirurgia, uma tendência natural. Fiz muito bem aquelas disciplinas de cirurgia. Pediatria no hospital Sálvio Nunes foi muito bom. Ambulatório de criança e de adulto foi o curso ideal para mim. Tudo que faço aqui, não é 100% não, a maioria aprendi na escola. As pequenas cirurgias que faço aqui aprendi na cirurgia ambulatorial da escola.

Extracurricularmente fui voluntário do pronto socorro do estado e fiquei seis meses numa maternidade de bairro de Belo Horizonte.

O internato rural foi uma das peças chaves da minha formação. Queriam estagiários em condições para enfrentar medicina curativa. Os outros escorregaram sobrando eu e dois colegas numa cidade a cem quilômetros, em estrada de terra, de Teófilo Otoni, sem médico. Vivi uma experiência tremenda e tive também grande decepção. Achei que o preceptor iria de quinze em quinze dias discutir os casos clínicos e ele ia fazer política com as comunidades eclesiais de base católicas. Mas fiquei quatro meses, um a mais por minha conta, fiquei até o natal. Tive que me virar com os colegas: partos, abortos, pequena cirurgia, a gente era um pouco afoito também. Sou evangélico, em nossa igreja fazem apelos para os profissionais de qualquer área, para campos avançados, até para outros países. O internato rural me motivou para isso, lá organizamos dois postos avançados fora da cidadezinha, tenho até fotos do mutirão de construção, de cereais, fizemos os postos de saúde."

"Desde o currículo básico direcionava minha formação, não tinha muita dificuldade. Teria a prática de um médico autônomo como eu queria ser, livre na sua profissão e no seu profissionalismo. Com o decorrer do curso fui pegando tanta experiência, com o atendimento ambulatorial e em outros atendimentos, que me senti capaz de ir para o interior sem a residência médica.

Desde o início direcionei também minha formação extracurricular para ir para o interior. Comecei desde o sétimo semestre com estágio voluntário no pronto socorro do estado, acompanhei desde o nono semestre meu cunhado obstetra na santa casa e em maternidade de bairro de Belo Horizonte e plantões remunerados de clínica médica em outro hospital de bairro.

Fiz o internato rural no norte do estado, lá tinha um hospital e um médico, muito simpático, hospitaleiro, nos recebeu muito bem, com ele a gente fez vários trabalhos lá, por exemplo: cadastramos todos os tuberculosos da região. O internato reforçou minha idéia de ir para o interior, nem pensei em fazer residência, porque eu sabia que eu sabia."

"Prá mim e colegas mais próximos a medicina foi uma decepção no início. Os professores pouco se importavam com o aluno, coisas muito corridas, muito mal explicadas, alguns professores péssimos e nós desorientados, inclusive colegas abandonaram o curso. Por persistência ou porque a gente se acomodou, levamos o curso em frente. Se preciso faria o curso novamente, mas a gente tinha outra idéia do que era medicina. Aliás, no ciclo básico a única matéria que realmente motivava era anatomia. Depois veio essa parte prática trabalhando mais com o doente e despertou interesse maior. Mesmo assim deixava muito a desejar. Ambulatório cheio demais. Alguns professores mais dedicados, outros não estavam nem aí prá isso. No final achei que ia sair não sabendo fazer nada. Na verdade depois que a gente começa a trabalhar vê que assimilou muita coisa, que sabe alguma coisa e que podia fazer alguma coisa. A grande falha da escola é a gente ser muito dependente de exames complementares.

Extracurricularmente dava plantões na cidade de Pedro Leopoldo e pegava algum bico na Odete Valadares em Belo Horizonte, depois trabalhei na hemodiálise de um grande hospital privado de Belo Horizonte, nesse tempo anexa ao cti. O residente de nefrologia não ia lá, os dois médicos donos da hemodiálise também não frequentavam lá, ficava muito por conta da gente, porque o pessoal do cti não dava nenhum apoio. Não me arrependo disso porque, além de suporte financeiro, aprendi muito.

O internato rural, na região do norte de Minas, me marcou muito, mas não foi decisivo para optar pelo

interior, porque havia uma decisão anterior. Foi decisivo pro meu sucesso no interior, porque me considero um médico realizado no interior. Foi um teste para minha competência de médico e me aprimorou muito."

"O curso teórico foi ótimo, mas achei muito fraca a anatomia. Na parte prática, aquele acompanhamento de ambulatório, principalmente pediatria, foi muito bom.

Extracurricularmente desde o terceiro ano, todo sábado acompanhava serviço de maternidade numa policlínica de bairro em Belo Horizonte e acompanhei hemodiálise em hospital privado de Belo Horizonte, porque sempre levei o curso trabalhando um pouco, sempre arqueei com minhas despesas.

Como já era casado fiz o internato rural na área metropolitana em Sarzedo, onde fomos atender perto em localidade ainda menor, sem nenhuma supervisão. Não acrescentou nada, a não ser o contato com o paciente."

"Em meu país não passei em medicina, mas engenharia, e era muito difícil. Lá os professores são muito catedráticos, cheios de títulos, são "masters". Aqui no Brasil não tem professor, tem monitores, professor não se chega a ver um. Em Belo Horizonte tem muito caxião, muita gente boa, mas as provas eram fáceis. O currículo mudou quando estávamos no quinto semestre, já no ciclo profissional. O curso passou a ser prático demais, bem montado, interessante, era o que eu queria. O contato médico-paciente foi muito importante. Estava saindo do ovo e já pegava logo o doente, preocupava com o medicamento, o exame que ia pedir, a preocupação em curá-lo. Às vezes o paciente tinha enfrentado uma fila de madrugada, para consultar e o professor só iria verificar no final da tarde o medicamento, mas para mim isso foi muito bom.

Extracurricularmente, desde o oitavo semestre fui voluntária no pronto socorro do estado. Por pouco tempo trabalhei em hospital de bairro de Belo Horizonte, mas não gostei, eu era o responsável direto. Passei para a cidade de Mariana, aí eu adorei: tinha eu, o médico residente e o chefão. Fazia isso para aprender, nunca precisei de dinheiro, meus pais me sustentavam. Ainda trabalhei em hospital privado em Belo Horizonte e na cidade de Pedro Leopoldo no último ano, inclusive cobrando consulta particular.

Fiz o internato rural na região de Montes Claros, gostei muito, fiquei lá dois trimestres, eu queria mesmo um trabalho social."

"Entramos três colegas juntos, uma turminha, acreditando que as coisas eram mais fáceis, que o mercado estava aberto, portas abertas: não seria um processo tão duro de ganhar. Você vai esperando mais de algumas disciplinas e se decepciona. A gente aguardou com muita expectativa o ambulatório de adulto e de criança e me decepcionou um pouco. Não que tivesse aquém, eu é que esperava demais. O contato com o doentes, trabalhar com o doente, parece ficar um pouco monótono quando a coisa ali não rende. O hospital das clínicas é meio inacessível ao estudante. A gente acaba se dispersando.

Extracurricularmente fiquei os três últimos anos na santa casa de Belo Horizonte, com professores da escola, área de cardiologia clínica e cirúrgica, ambulatório de queimados e cti. Fui voluntária desde o terceiro ano no pronto socorro do estado.

Pro internato rural foi aquela expectativa: o que a gente vinha fazer, o que a gente ia encontrar; eu que fiquei muito tempo longe do interior. Foi uma experiência muito boa, gostei muito, tanto que eu voltei para o interior, a mesma cidade onde fiz o internato. Me senti solta, uma

experiência boa, te dá uma segurança. É um tipo de teste que você passa, ninguém atrás de você, você toma coragem, a certeza de que você é capaz de tomar a decisão certa, de atender urgência quando chega, isso te amadurece.”

3.5.4. Vida profissional

"Terminei o internato rural com a idéia de voltar à mesma cidade depois de formado. Formei dia dois de fevereiro e dia sete peguei o ônibus e fui embora, para ser médico da prefeitura. Lá nunca tinha tido médico, só internato. Romperam com o internato e me contrataram. Lá não tinha hospital e eu não gostava de hospital e nem tinha me preparado para atendimento hospitalar. Tinha casa e ia arrumando umas mudanças, o fogão de meu pai, os móveis velhos de minhas irmãs.

Adorava atender no posto. Logo crio o tal dia da saúde pública, toda quarta não havia consultas, negociei isso com a prefeitura e ainda exigi não atender bilhetinho. Também precisava organizar o posto, o fichário anarquizado por mil pessoas, sem nunca ter aprendido isso, mas com apoio da administração regional. Então era vacinação, reunião com grupos de hipertensos, grávidas, comunidade e administração. Esquema de vacinação de roça, duas comunidades por semestre e ia procurando fechar o que era mais perto para cobrir a área. No grupo de hipertensos controlava uma turma com chá de folha de chuchu, outra com medicamento, fazíamos pesquisinhas.

A equipe de saúde era eu e a auxiliar de saúde que tinha a quarta série, do tempo do piass* desses modelos de medicina comunitária onde ela tinha aprendido a receitar, dava umas aspirinas, cumpria esse papel. Na minha formação não cabia consultório particular. Atendia consulta nas áreas rurais só quando ia vacinar. Na cidade não atendia domicílio, mandava levar ao centro de saúde. Era verminose, anemia, hipertensão, infecção, doença venérea. Fiz a prefeitura comprar um microscópio usado, queria treinar alguém porque fui laboratorista. Eu já tinha estetoscópio, vontade e termômetro. Eu nunca me conseguiram uma pessoa lá prá eu treinar.

* Programa de Inter-Coordenação de Ações de Saúde e Saneamento.

Parte da comunidade começou a cobrar meu consultório particular, que eu desse conta deles e foi o meu grande erro lá. Hoje não avalio como erro, é questão do jeito que sou. As pessoas de renda queriam ser atendidas fora do horário. Falei que não. Eu obrigava as pessoas de alta renda a entrar no esquema dos carentes e não abria consultório particular. Isso aí é uma coisa determinante na minha saída de lá. Outra coisa foi a falta dos recursos que eu precisava: pessoal, laboratório, transporte, garantir atendimento fora.

Caso bem típico de apuro foi um prolapso de cordão, de madrugada, no posto de saúde. Se a cabeça da criança sai depois do cordão umbilical, ela vai morrer. Abri o livro de Obstetrícia. Ensinava a manobra. A mulher na posição e eu fazendo força, fazendo força, eu ia matar a mulher. Claro que não consegui. Levei para a cidade maior, uns vinte minutos à noite, na base da reza para chegar a tempo. Entramos correndo, abriram logo, nasceu de cesariana. Teve mil casinhos desse tipo. Atropelamento na rio-bahia é uma loucura, caminhão passava que nem doido, não sobrava nada para mim não. Caminhão na BR não bate, joga morto. Mata uma criança e eu com uma família inteira em histeria coletiva.

Tinha uma mulher lá da roça, com cardiopatia chagásica. Vinha a pé quatro horas, prá chegar no posto, e tava lá toda semana. Já fiz tudo que eu posso. Encaminhava à cidade maior e ela voltava com a mesma receita que eu dava. Ia atrás de mim. Que que eu faço doutor? Eu ficava desesperado com essas coisas. Um dia, quedê a Maria? Morreu. Não é igual aqui onde você não sabe de nada que vai acontecendo. A medicina brasileira sendo predominantemente privada, visa o lucro e assim pode ser de baixo nível que não tem ninguém preocupado com a avaliação final dos casos. Acho caótico o quadro do sistema público. Nessa cidade vizinha não tem hospital público regional, nem filantrópico. Só três privados que recusam os pacientes dessa demanda. Descobri que morar no interior eu adoro, trabalhar é barra.

Você sabe como é interior, essas famílias são aliadas. Primeiro tive o problema, não atendia a domicílio. A população começou a aprender que eu não ia nesse papo não, nesse negócio de que alguém mandou chamar aqui. Vinha cara da roça: seu fulano me mandou aqui pro senhor atender - seu fulano era o grande fazendeiro de lá. Cê volta lá e fala com seu fulano que o centro de saúde aqui tem critério, chegar cedo e marcar consulta, como todo mundo - seu fulano virava bicho e queria me comer vivo. Começaram a mandar recado, isso com quatro meses. Com oito meses veio uma pessoa e me fez uma ameaça. O cachorro mordeu o pé da filha do cara. Não aceitou a orientação da normatização da secretaria. Não queria nem saber, queria vacina, ele tava meio bêbado - começou a engrossar e falou: cê abre o olho, a partir de agora você fica vivo, eu vou te pegar. Minha família ficou doida, você não vai voltar, não sei o quê. A coisa já estava caminhando, o Tancredo morreu, mudaram os escalões da secretaria, minha contratação no estado não saía, ganhava só o salário da prefeitura, não vinham as coisas que eu pedia, arrumei as malas e vim embora para Belo Horizonte fazer residência em medicina social."

"Já vim durante o curso desacreditando na medicina assistencial. Se quisesse melhorar alguma coisa não seria só pela assistência médica, já via isso nos ambulatórios, nos hospitais, pelas pessoas que a gente atendia. Não ficar só naquele nível do curativo. O curativo tem validade total, tudo bem, mas não ficar o processo todo por aí. Eu não tinha muita vontade de fazer medicina curativa, prática de clínico, de cirurgião, mas seguir por outro lado, da medicina preventiva. Prevenção não só a nível médico mas bem mais amplo. Tentei fazer a prova de residência para medicina preventiva, fui aprovado na primeira etapa mas na segunda não entrei, por critério lá de seleção. Não estava firme em fazer outra residência, não estava com idéia de ficar aqui. E, por imposição de circunstância, uma escolha

mais ou menos forçada, não era bem o que eu queria, mas tinha que escolher alguma coisa, naquela época o melhor foi ir para o interior. Não para minha terra, outra cidade pequena. Casei com uma bioquímica logo depois de me formar. Minha idéia era arranjar um posto para atender ambulatório, que era a experiência melhor que eu tinha. Mas sem consultório particular, sou avesso à medicina liberal, não é por aí. Tudo bem, por aí resolveria minha situação financeira, não a dos outros. Não estava a fim disso, mas arranjar um emprego talvez do estado ou de prefeitura. Fiz alguns contatos com postos e centros de saúde e nesse meio tempo surge uma cidade perto de minha terra, por intermédio de familiares.

Comecei a ir lá. Tinha um outro médico lá que, por motivos políticos, não foi contratado pela prefeitura. Quiseram arranjar um segundo médico, foi onde entrei na história. O outro médico era do estado e eu pela prefeitura atendia as crianças nas escolas rurais. E na cidade, crianças e adultos. Assumi isso de atender assim um ano e meio inclusive indo à cidade vizinha pelo estado.

Não tinha nenhum trabalho conjunto com o outro médico e a minha prática chocava demais com a dele. Eu tentava fazer como a gente aprendia aqui na escola, na base dos livros, medicamentos só o necessário. Não usava antibióticos em resfriados, receitava chá, suco. A prática do outro era totalmente contrária. Resfriado eram injeções, comprimidos, vitamina c e por aí afora. Ele tinha uma clínica particular, com práticas absurdas, por qualquer coisa botava a pessoa no leito, ligava soro fisiológico e fazia aquele barulhão todo, dizia que era um tratamento e em cima disso cobrava. Ele era formado em Juiz de Fora, uns dez anos mais velho. A própria população chegou a me rejeitar: um médico que não receitava remédio, isso era um absurdo, enquanto o outro receitava carros de remédio. Encarei, firmei o pé, estava garantido pela prefeitura, não me interessava clínica particular. Internação e parto levava à cidade vizinha maior

pela prefeitura. Nas consultas, o máximo que eu conseguia fazer era uma sutura, mais nada.

Minha saída de lá foi fator meio político, mais financeiro mesmo, eu estava lesando o dono da farmácia, eu receitava pouco remédio e ele queria que minha esposa assinasse a farmácia dele. Ele aprontou tanto rolo lá que o conselho de Farmácia foi lá e fechou a farmácia, com delegado de polícia e tal. Inclusive ele próprio, prático de farmácia, dava antibiótico a torto e a direito prá nada e ainda prá gente pobre. Ele jogou a população contra mim e chegou um manifesto de rua contra minha presença, uma agressão mesmo, o clima ficou ruim, pedi demissão, a prefeita ficou em cima do muro. Eu sou disposto a enfrentar várias situações, mas fiquei magoado, fui embora, e, por intermédio do sindicato dos médicos, saí do sul de Minas e fui prá pequena cidade do nordeste de Minas. Lá a economia é carvão vegetal, plantações enormes de eucalipto, empresa muito grande, com médico só dela. Foi uma experiência bem mais intensa, bem diferente. Tinha um hospital. Atendia vinte e quatro horas por dia, pelo estado e prefeitura, inclusive sem cobrar em minha casa, um porão com três cômodos, paga pela prefeitura. Muita doença infecciosa e parasitária, nas crianças mais respiratórias, me assustou o impetigo das crianças, diferente da minha região. Esgoto no meio da rua: diarréia uma atrás da outra. Muita doença de Chagas, toda ausculta era arritmia, muitos com marcapasso, mandavam para São Paulo para pôr marcapasso; e acidentes de moto-serra. Só fazia parto normal, se demorava mandava para a cidade vizinha maior.

Trabalhando vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana não tinha condições de trabalho comunitário. Na cidade anterior tinha aproveitado a idéia de uma religiosa e fiz um livrinho sobre plantas medicinais, práticas do livro "Onde Não Há Médicos" e higiene. Não se interessaram. Aqui também o pessoal não aceitou. Queriam era remédio. Deixava o livrinho lá e ninguém quis pegar. Por último pintou uma rádio

pirata lá. O cara me chamou para falar, foi quando li e apresentei o livrinho, foi interessante, mas já estava vindo embora. Eu não aguentava a sobrecarga e não era intenção minha ficar lá no final da cadeia de atendimento, curando impetigo, dando antiarrítmico, curando essas doenças que são preveníveis através de um programa ou outro, a experiência lá não batia comigo, não eram meus anseios, e voltei para Belo Horizonte para fazer residência em medicina social.

“Acabei o curso e tentei residência de obstetrícia. Fiz prova boa, geral e específica, mas tinha questão política, fui cortado, fiquei com raiva, não quis mais mexer, iam me bloquear de novo, sabiam que eu fui do diretório acadêmico, participei de todo movimento de currículo, já me conheciam. Fiquei dois meses no plantão do Célio de Castro no pronto socorro, que dava um embasamento ótimo e consegui ser contratado pelo estado, era o governo Tancredo Neves.

Fui para a cidade vizinha perto de Teófilo Otoni onde fiz internato rural e onde tinha feito campanha eleitoral mas perdemos a eleição. Fiquei um ano e meio lutando com o prefeito adverso que tentava a todo momento me derrubar, mas a gente tinha apoio muito grande da população e até hoje o povo gosta muito quando vou lá, inclusive casei com uma menina de lá, filha do vice-prefeito derrotado. No vale do Mucuri tínhamos um grupo de médicos que vieram juntos para a região, alguns não eram da nossa faculdade, mas tinham o pensamento parecido com o da gente, inclusive um da Ciências Médicas que a gente considerava como colega (ele ficou em primeiro lugar no vestibular das duas escolas e preferiu a Ciências Médicas). A maioria se ligou ao PT, eu e outros ao PMDB desde a eleição para prefeito, mas na faculdade eu era filiado ao PT.

Todo governo por que passei depois de formado quis usar o médico. Minha situação era mais difícil com

oposição violenta contra mim. Ninguém nunca imagina trabalhar contra a Prefeitura numa cidade pequena. Foi possível trabalhar porque o médico, candidato derrotado a prefeito, formado no Rio, foi ser o diretor regional de saúde, mas acabou sendo retirado do cargo pelo deputado majoritário, porque um seu auxiliar teria desviado verbas. Seu substituto era amigo do prefeito e tive de sair. Lá fazia parto no posto de saúde (adaptado em uma casa velha), curetagem, pequena cirurgia e engessava, mas não tinha laboratório, nem raio-X. Antes internávamos mas o prefeito proibiu. Tínhamos reuniões com as comunidades de base da igreja, embora eu não fosse do PT, e foi uma visão muito boa de como se faz um trabalho desse. Demos curso para parteiras, tentamos ampliar e melhorar a casa velha, o prefeito bloqueou, mobilizamos a população, e ele chamou o delegado e nos ameaçou de morte. Com o salário ficando defasado e a sobrecarga de atendimento, o secretário de saúde autorizou cobrar de quem podia pagar, inclusive usando o posto do estado. Depois proibiram e alguns colegas ficaram inimigos, me queimaram por atender particular, mas isso passou, e eu de fato me sinto bem trabalhando sem patrão. Tirei férias, me pediram para ficar dois dias numa cidade que estava sem médico e que tinha tido enchente de janeiro. Tentei voltar para a primeira cidade, mas aí o prefeito fez um acordo com o deputado majoritário da região: daria votação a ele, embora de partidos contrários, se eu não voltasse. Fiquei na cidade da enchente, o prefeito era mais culto, estudava direito na cidade maior, gostou do meu trabalho inicial. Senti mais falta lá foi do trabalho com as comunidades rurais, lá não existia comunidade, lá a igreja não tem atuação, os latifúndios é que imperam, não existe povo morando lá. Fiquei quieto, esperando, no trabalho assistencial. Queria um hospitalzinho onde eu mexesse; sem hospital para lhe dar cobertura você não faz nenhum trabalho de medicina. Fizemos o projeto do hospital, mas fiquei frustrado, foi passando o tempo e nada, estava já casado, tentei entrossar em uma cidade próxima com mais médicos, mas

já tinham regime de panelinha e bloquearam, e a situação financeira que lá havia melhorado voltou a deteriorar. Tornei a tentar a primeira cidade e bloquearam. Aí eu preferi ser cão vivo do que um leão morto. Tive que usar uma capa, participei da campanha para governador defendendo o governador, embora eu nunca tenha engolido o governador. Com isso fiquei bem com o mesmo deputado majoritário da região que me bloqueava. Fui convidado para uma terceira cidadezinha vizinha, mas acabei indo prá uma quarta cidadezinha, esta aqui, já trabalhando só dentro do hospital, com ações integradas de saúde, com boa clínica particular, e com ótima condição financeira. O médico que saiu daqui com oposição violenta era do PT e atuava na comunidade, com excelente trabalho. Eu não podia chegar e fazer o mesmo trabalho. Fiquei mais vendo, mudo, para esperar ter oportunidade de fazer o meu trabalho independente de partido político. Aprendi o seguinte: não interessa o partido, interessa fazer um trabalho. Agora, quem vai absorver isso vai ser sempre quem está no poder. Sempre quem estiver no poder vai absorver o trabalho que você fizer. Então não adianta você lutar. Então cheguei e coloquei pro prefeito que estava completamente fora da questão partidária. E estou satisfeito, dou até aula de medicina legal na cidade maior aqui perto, onde tem curso de direito."

"No final do curso eu vivia bastante deprimido, sentia medo de formar e não tinha idéia firme de voltar prá minha cidade, mas, com o negócio do moço casado com a irmã de minha mãe assumir a prefeitura, fiquei empolgado. A prefeitura na mão dessa pessoa ia resolver tudo. E que eu vinha com aquele terror que os professores tentavam transmitir prá gente sobre o mercado de trabalho. Então foi uma decepção enorme, cometi um engano grave. Se eu tivesse acreditado mais na minha profissão, empenhado mais no meu preparo, feito uma residência adequada, então hoje teria uma condição financeira super-confortável.

Faria residência de cirurgia mas ainda não consegui sanar aqueles problemas de nervo transferidos prá mim quando pequeno, inclusive hoje estudo muito psicologia, tenho infinidade de livros lá em casa. Minhas irmãs lembram bons livros e eu corro lá, naquele esforço prá me conhecer melhor e reparar sérios problemas que enfrento. Inclusive hoje andei com o estômago arrasado, acredito que é uma forma orgânica de expressar conflitos que tenho no meu inconsciente. Apesar de tudo estou satisfeito, mesmo não tendo feito essa residência e me realizei mais através de um irmão meu que empenhei tanto que fizesse medicina. Porque tenho uma crença terrível na medicina, apesar dos obstáculos enormes, da política que tentou me esmagar aqui na cidade. Consegui superar tudo isso, me desvencilhei desses políticos todos e comecei a olhá-los com um desprezo enorme, a dar mais atenção à minha profissão, a estudar muito.

De cinco anos prá cá fiquei só com consultório particular em minha casa, mil vezes só. E tudo que faço é procurar manter a sustentação que consegui através daquelas fazendinhas e daquele gadinho que arranjei: daquela maneira tumultuada, sofrida, através do crédito agrícola daquele tempo. Mendigava um creditozinho para bezerro, para cerca, isso e aquilo e aplicava em terras. Então quando vi que tinha certa estrutura ao redor, falei: agora vou investir na minha profissão, exercer minha profissão com liberdade, já não vou ficar tão dependente desses políticos sujos. Nestes cinco anos fiquei sozinho mesmo só à tarde e à noite, porque a médica da prefeitura, que não reside aqui, passou a trabalhar de manhã. Aí eu ganhei bastante dinheiro em função de não ter outra pessoa para concorrer comigo, apesar de não termos estrutura de saúde adequada, em salas e aparelhagem, mas nunca cobre caro, sempre cobrei baratinho.

Atendo adulto, criança, suturas, mas não faço parto de jeito nenhum. Saí despreparado para parto. Num belo dia chegou no posto uma senhora com a cabeça da criança já se

projetando. Tentei pegar essa criança em cima da carroceria de uma camioneta, fazia um calor enorme. Fiz episiotomia, manobras, o certo é que a criança faleceu e não saiu. Fomos para a cidade maior, eu me sentindo humilhado por não ter conseguido. Com o movimento do carro na estrada o parto se concretizou. E, quando estávamos voltando, começou hemorragia brutal. Tentei tudo e não consegui nada. Aí eu falei com o moço: oh, não dá não. Tornamos a pegar a camioneta e na outra cidade, o médico de lá retirou a placenta e cessou o sangramento. Foi a experiência mais dolorosa na minha vida. A partir desse dia falei que não quero nem ver, nem me fale em exame ginecológico.

Tive um começo em casa também sofrido, relação doméstica tumultuada, mulher complexada, de procedência humilde. Quando cheguei vi os colegas da cidade maior tão ricos e eu naquela situação miserável. Então comecei a ter o mesmo comportamento de meu pai. Ela insegura, com complexo de inferioridade, e eu também com complexo de inferioridade. Nós éramos uma pilha dentro de casa. Aí ela percebeu que eu tinha condição de crescer independente da política, logo que saí da prefeitura. Eu dava conta do recado, com essas terras aí. Parei de usar o crédito agrícola quando surgiu o apoio que o presidente Figueiredo deu aos pequenos produtores. Bastava reclamar de uma seca lá no fim do mundo que as nossas dívidas aqui eram todas perdoadas. Então com isso eu levei algumas vantagens. Comecei a comprar livros e aparelhos. Essa semana vendi um pouco de gado, juntei um dinheiro e estou indo comprar um eletrocardiógrafo. Estou melhorando minha casa, não era decente, eu atendia numa salinha dentro dela, no maior perigo de contaminar as minhas crianças, mas não tinha outra saída. Agora já comecei a conquistar espaço nas cidadezinhas vizinhas daqui e da Bahia, sem sair de casa. Pacientes cirúrgicos nunca saem daqui sem me procurar, sempre aponto caminho menos dispendioso. Confiam, ninguém tem audácia de dar um passo sem: oh doutor, que o senhor acha?

Que caminho devo tomar? Logo eu, que o prefeito fez tudo para apagar a minha imagem.

Normalmente evito atender a domicílio. É que o pessoal não acredita em médico pobre, repudia, não aceita, tem nojo. Se o médico é rico e receitar formicida ele acredita. Se tiver carro bonito na porta, mulher bonita, casa bonita, acredita. Lamentavelmente na roça não basta a capacidade profissional. Tem que ter aparato exterior.

Os problemas aqui são diarreias, alimentação super defeituosa, falta de orientação das mães, verminose, fator emocional, infecções respiratórias, este é um município frio e cheio de poeira para as crianças. Nos adultos, problemas digestivos e psíquicos. O louco varridão aqui é pouco, existe muito neurótico. Louco varrido encaminhado para hospital na Bahia. Encharcam o paciente com medicamentos mas uma psicoterapia eles não fazem. Voltam perturbados mas dá para a mulher fazer comida, limpar a bunda da criança e tudo o mais. Acomodado - mesmo sem a plenitude mental. Agora o neurótico, boa parcela consigo atender aqui com o que tenho aprendido no esforço enorme para me curar. Fico quase duas horas conversando e assim às vezes sem forçar muito eles deixam escapular coisas íntimas, que eu ajudo resolver.

Minha divergência com o prefeito surgiu de eu criticar sua ausência, morava na Bahia, e era médico também, e fizeram fuxico com minhas críticas. Inclusive ele está acabando com a última floresta daqui, da minha avó. O governador apoia suas obras e já tinha uma fazenda muito grande aqui no município, terra gigantesca essa terra dele. Não votei no governador, mas não fiz campanha porque os irmãos dele passavam aí na rua, direto. Ele me procurou, você está desempregado mesmo, te ajudo, lhe dou emprego. Estendeu a mão prá mim na primeira vez e não aceitei. Falei, pode deixar, dá para eu virar.

Então eram léguas e léguas de matas. E os scanias dele passam o dia inteiro carregados de carvão, direto. A única reserva nossa era essa. Começou a desmatar há vinte e tantos anos. Começou primeiro o ipê, passou para a peroba, para a baraúna, então para o caboclo, depois do caboclo ficou só o chão estéril e veio a seca. Então o governador, entendendo que isso desvalorizava suas próprias terras está fazendo uma barragem enorme aqui, e as terras da margem vão ficar mais valorizadas.

Tenho vontade de continuar aqui. A única coisa que me preocupa é esse desmatamento, porque essa é a fonte de renda da região. Quando ela se esgotar é provável que isso traga prejuízos para minha renda."

"Quando formei fui pra minha cidade descansar uns dois meses, pensando em voltar para Belo Horizonte para fazer uns cursos práticos, sem residência (não pensava em fazer residência), por exemplo, ginecologia, pequenas cirurgias, anestesia - e ir para o interior. Nesse descanso, um meu primo me sugeriu ir logo para uma cidadezinha perto de Medina. Acabei indo lá, o prefeito ofereceu emprego do estado, da prefeitura e do funrural, além de casa e consultório particular. Na época aquilo me animou muito. Pensei, vou tentar, se não der, largo e volto. O tempo foi passando, quando menos esperei estava preso lá e fiquei três anos e meio.

Atendia casos de pediatria, clínica de adultos, ginecologia, verminose, desnutrição. Não pensava que tivesse tanta epilepsia no interior. Tratar tuberculose fui aprender ali. Na pequena cirurgia foi até muito válido na época, porque fiz muita coisa pela primeira vez, marcando para o dia seguinte para ler como fazer à noite. No outro dia ia com coragem lá e fazia. Fiz muita sutura, muito cisto sebáceo, lipomas - no curso tinha visto fazer mas não fiz.

Como médico do interior, tem uma frase do professor João Galizzi que fala que em medicina o que é comum é comuníssimo, o que é raro é raríssimo. Quando fui prá lá tinha medo de ter muito caso para não resolver e na prática vi que não era tão difícil assim. Por exemplo, atendia vinte doentes por dia e dava conta do recado. Às vezes, um caso por semana, tinha que encaminhar para a cidade vizinha maior para internar, para exame de raio-X ou de laboratório (lá só fazia fezes, urina e hemograma). Vendo que não era tão difícil assim, a gente começa a acomodar, e fiquei.

Nesse tempo todo não participei de congresso ou de curso. Tinha os livros e assinava uma ou outra revista. Eu achava que o que eu estava fazendo ali estava bom. O pessoal da cidade estava satisfeito comigo. O prefeito também e era quem me pagava mais. Comecei a pensar que o que eu já sei dá para o gasto. Depois é que fui ver que em muita coisa, principalmente de terapêutica, eu tinha ficado prá trás. Também começava a ver que um eletrocardiograma se não viesse com laudo eu não sabia mais ler; raio-X, a mesma coisa. Comecei a pensar em atualização, em mudar de cidade.

Quando eu saía de férias ficavam um mês sem médico lá. Qualquer caso mais urgente tinha que encaminhar: hemorragia genital, hipertensão com risco de derrame, parto. Não havia hospital ou sala apropriada. Fiz dois partos lá, em casa porque a parteira tinha começado e não conseguiu - 90% dos partos as parteiras faziam, quando complicava me chamavam, mas eu encaminhava. Tentei ensinar as parteiras, mas não aceitaram, diziam que como faziam dava certo, não cobravam e por isso não podiam comprar o material que eu indiquei. Não tinha tempo para trabalho comunitário. Os fins de semana alternados passava em minha cidade que era próxima.

O prefeito no interior quer tudo nas mãos dele. Cheguei e precisava de mais dois auxiliares. Ele indicou e não eram pessoas adequadas. Os que indiquei alegou que eram

contra ele. Ele já tinha prometido prá fulano que a mulher dele ia para o posto de saúde. E o centro regional não ouvia a gente. Se o prefeito mandava colocar um cachorro eles colocavam. Com a municipalização vai piorar e muito. Se com o emprego do estado o prefeito já tinha aquele poder sobre a gente, passando tudo para a prefeitura, vamos ter que ficar sem dizer nem a qual partido pertence. Quando a gente chega, o prefeito já fala que vai precisar da gente na época da política. Nessa época começa aparecer consulta demais fora de hora a mando do prefeito. Você fica com medo. E, se o candidato do prefeito, por um acaso, perder a eleição? Foi o que aconteceu.

Eu era muito amigo do prefeito e fui rotulado como do lado dele. Entrou outro prefeito contra ele e fiquei lá seis meses ainda. Começou com o atraso do pagamento. Fui falar com ele. Que eu procurasse outra cidade, ia contratar outro médico. O diretor do centro regional falou, é bom você pedir transferência porque o prefeito está com o governador e vai te tirar da prefeitura, como tirou, mas ele consegue te demitir do estado também. A população era toda a meu favor, mas é muito passiva. Falaram que eu ia fazer falta, não devia ir embora. Nada mais que isso, por medo: a maioria tinha emprego na prefeitura. O pessoal do interior tem um medo danado de perder o emprego. Todo mundo com o salário atrasado e não têm coragem de fazer greve.

Pensei em ir prá minha cidade, tinha muito médico e duas vagas em concurso de efetivação, mas muitos candidatos. Um parente me indicou outra cidade perto sem médico. Acabei indo com dois empregos do estado e o da prefeitura. Ali minha experiência foi pior que a primeira, fiquei dois anos e meio. Demorei seis meses para mudar, cheguei todo animado, feliz da vida, e o prefeito então falou: achei que você não vinha mais, contratei outro médico que já está aqui (mas morava em outra cidade). Cheguei decepcionado sem o emprego da prefeitura. Três meses depois o

médico se foi e aceitei seu lugar. Ia tudo bem, mas chegou a eleição e eu estava namorando a filha de um chefe de partido. Esse médico atende muita gente no posto e vai pedir voto pro sogro dele, estamos criando cobra aqui. Aí, eu ganhava quatro salários da prefeitura e o prefeito contratou outro médico ganhando quinze salários. Era formado no Rio e o prefeito disse para não me procurar que eu não era boa gente. Aí fiz uma carta pedindo demissão.

Pedi transferência para minha cidade e na secretaria me indicaram esta cidade aqui (mesma cidade do médico nº 4), para onde era fácil transferir porque o governador tem uma grande fazenda aí e o médico da cidade só atende particular. O prefeito também é médico, e estou aqui há pouco tempo, em caráter provisório."

"Os seis meses de internato rural consolidaram minha idéia de vir trabalhar no interior e também de fazer residência em medicina social. Eu e mais sete ou oito fizemos a prova, passamos quatro e, dessa segunda turma, só fiquei eu, os outros três saíram. Na época a gente tinha a oportunidade de fazer o curso lá onde fiz o internato. A perspectiva que a gente tinha de medicina social é que nos daria formação para trabalhar no interior. Depois a gente viu que isso aí era meio impossível, acho.

Lá trabalhei como médico, sem programa para mim. Tentei fazer a experiência de diagnóstico de saúde da comunidade em dois distritos. Fiquei meio desorientado, não foi algo sistematizado, então eu fiz de tudo ali, durante um ano, e aí já tinha terminado o curso. No final comecei a trabalhar com os bóias-frias do reflorestamento, conscientização dos direitos dos trabalhadores do campo, uma possível sindicalização, lá não existia sindicato rural, atuação política. Aí o diretor da empresa de reflorestamento chamou a polícia federal para investigar minhas atividades.

Por causa disso não pude ficar lá, apesar de que lá precisavam de médico.

Entrei em contato com a pastoral rural, comissão pastoral da terra. Estavam tentando estruturar um trabalho na região de Montes Claros e me interessava atuar onde já tivesse esse trabalho de comunidade. A diocese de Teófilo Otoni era muito badalada, mas muitos lugares já tinham nível de organização muito bom. Já antes de terminar o curso vim ao centro regional de Teófilo Otoni saber que cidades precisavam de médico (novembro de 1980). Eram sete. Escolhi esta porque tinha duas companheiras morando com os índios Machacalis na reserva, não eram médicas, mas da antropologia, conheci no curso. Vim pela prefeitura somente. O estado fornecia recursos materiais. Trabalhei um mês só, me demitiram por motivos políticos. Procurei o sindicato dos médicos, houve conciliação sobre meus direitos. As comunidades da cidade fizeram grande movimento para eu continuar lá. Naquela época com um mês, conseguia fazer reuniões com quatrocentas pessoas. Isso incomodou o poder local.

Consegui ficar lá através de católicos austríacos, ajudado por um padre numa cidade próxima que era holandês, consegui uma bolsa para me manter até fazer concurso e ser contratado pelo estado. Fui proibido de atender no posto, então atendia nas comunidades rurais; povoados, fazendas, onde moravam famílias organizadas. Cada comunidade tinha seus agentes de saúde. Dava a eles informações sobre primeiros socorros, orientação higiênica, vacinação, parto domiciliar. Atendia de modo improvisado, com amostras de medicamento: durante certo tempo o posto não fornecia remédio por minhas receitas. Os austríacos só pagavam meu salário, recusaram pagar o resto.

Atendia desnutrição, verminose, bastante tuberculose, hanseníase. Não tive muita dificuldade para isso, mas tive que aprender muito, desenvolvendo habilidades

para atender sem recurso e apoio nenhum, o mínimo de exame complementar - era um generalista.

Caso difícil foi o de doença de Chagas agudo numa menina, ainda como residente, e a menina morreu. Acredito que a questão técnica aí não influenciaria tanto porque foi tudo muito rápido. Ela já estava no hospitalzinho de lá esperando para ir para o hospital das clínicas em Belo Horizonte, já haviam comunicado. Outras dificuldades eram decidir encaminhar parto para cesariana, diabete complicado, crises asmáticas, convulsivas e cardíacas, e alguns casos de doença mental. Não tinha um sistema de referência igual ao de hoje, sabe, melhorou a referência. Na época não existia referência alguma. Não tenho tido tempo nem acesso para atualização. Antes a secretaria atualizava sobre raiva, hanseníase e tuberculose. Hoje gosto mais da área materno-infantil.

Fiquei lá quatro anos e vim este ano prá cá, porque o delegado do PMDB achava que eu ia ser candidato do PT e eu pedi demissão do estado. O delegado queria me dar a demissão, mas o centro regional sugeriu minha transferência para esta terceira cidade, onde já atendia uma creche de uma associação comunitária, de mês em mês. Esse pessoal pressionou o deputado majoritário, o mesmo das duas cidades, e conseguiu. Não pretendo sair daqui."

"Terminei o curso e fiquei um ano no bairro de Belo Horizonte onde tinha estagiado, mas fiz o curso com a intenção mesmo de voltar para o interior. O prefeito de uma cidade sem médico perto da minha terra me fez uma proposta razoável, oferecendo ordenado pela prefeitura e pelo estado e casa, e prometendo construir um hospital.

Fiquei lá um ano e a experiência foi ruim para mim porque não tinha hospital, medicina sem hospital é muito difícil. Fiquei um ano sem fazer parto. Fazia o pré-natal,

diagnosticava o trabalho de parto e tinha que encaminhar. Ninguém quer ter filho em casa. Se você segura a paciente e der uma hemorragia sem condições de curetagem? Foi ruim porque saí de Belo Horizonte fazendo cesariana, histerectomia, ligadura de trompa, períneo, anestesia. Atendia no posto de manhã, particular à tarde, tinha facilidade para encaminhar os casos para Belo Horizonte.

Começamos um trabalho junto à Emater de fossas pré-fabricadas, mas não foi muito à frente não. Fizemos palestras no grupo escolar sobre hanseníase, lá tinha muito. Ficou mais nisso mesmo - vinte/vinte e cinco consultas por manhã e quase todas doenças relacionadas a saneamento básico: parasitose, anemia, diarreia, desnutrição e total desinformação da população. O nível sócio-econômico é até talvez não muito baixo, mas a mentalidade, a pobreza de espírito é muito grande. Você dava a receita sem ter condição de abrir a cabeça desse pessoal. Você tinha que medir o que ia falar. Era médico da prefeitura e dizer que a doença vinha porque a prefeitura não saneava. E eles sempre viveram assim. Era difícil provar para eles isso. O melhor era receitar. Se você não receitar você simplesmente não consegue ficar no lugar. Já que você fez a escolha do interior, quer ficar lá, precisa ficar, o mercado da cidade grande não te aceita, então, ou você entra naquele esquema ou você cai fora. Em momento algum fiz medicina por idealismo. Então qual era minha prescrição: antiparasitário, antianêmico e analgésico.

Nas cidades vizinhas maiores estão lá é para criticar os encaminhamentos do colega do interior. Imaginam que se tá no interior é "cabeça de bagre" e não sabe nada. O colega malha, mas malha também para o pessoal da ambulância e pros acompanhantes. Então para encaminhar você tem de pensar duas, três vezes, é uma decisão que pode acabar com você, te queimar. Infelizmente ética aí não tem.

Nosso atendimento ambulatorial era até muito bom: pessoal treinado, esterilização, vacinas, curativo, sutura, entorçer - fazia de tudo, era muito bom. Tudo que se faz no ambulatório a gente fazia.

Entrei na escola para fazer pediatria, mas descobri que ficar restrito numa área não era o mais importante para mim. Principalmente para o interior. Vi que tenho que conhecer alguma coisa de cada área, ser um generalista era muito mais importante para mim. Você me pergunta se tenho intenção de ter outra especialidade. De jeito nenhum. É procurar o máximo aprofundar, aperfeiçoar mais dentro daquilo que a gente já sabe, mas sem detalhar demais determinada área. E o generalista é o médico que o Brasil no momento precisa.

Um caso de entorçer, por exemplo, tenho segurança de, sem raio-X, encaminhar ou não o paciente, se precisa ou não de raio-X. Chegou lá um paciente que tinha caído de um pé de manga, com dores horríveis no abdome. Tive toda segurança em encaminhá-lo porque tinha certeza de que estava com ruptura do baço. Foi chegando lá e foi operado.

Fui prá aquela cidade com promessa de ter hospital, mas aceitava posto com dois ou três quartos. Prá parto, por exemplo, quantas gestantes encaminhei e a criança nasceu na ambulância com o motorista. Não veio nada disso, estava atrofizando e sendo manipulado pelo prefeito, sendo direcionado: atende fulano, outro, faz isso, trata bem. ... O prefeito era pessoa muito simples, mas achava que a gente era um instrumento político.

Saí de lá, vim para esta cidade, o hospital estava fechado, assumi sozinho, depois vieram mais dois colegas, hoje tem internato da escola aqui. Cheguei, a primeira coisa que eu queria era um fichário. Com a ficha e com os colegas podemos discutir os casos. Conheço três

centros regionais, o de Valadares dá assistência muito grande. Você é contratado e eles te levam lá e te dão um banho de papelada. Ficha familiar, controle de vacina, por exemplo, não vi nada disso na escola. Mas no estado é muito papel, o nosso fichário é totalmente diferente, é simples. Este hospital é filantrópico e comunitário, diretoria eleita, provedor, não segue nenhuma padronização, nem do estado, nem da prefeitura. Não temos consultório particular.

Na primeira cidade bastava só um médico, mas teria de ter pelo menos salas para parto e hidratar criança. E não posso hidratar sem pelo menos uma auxiliar de enfermagem. No caso de exame complementar deve ser rediscutido, até se o exame de fezes nesse nível de atendimento te ajuda alguma coisa. Pedir bateria de exame é atitude falha que a gente traz da escola.

Já nesta cidade, com equipe de médicos, fazemos até plástica de mama. Somos três médicos no ambulatório. Chego a atender trinta pacientes numa manhã. Então aí você pô, como? Vai passar muita doença sem diagnóstico. Mas aí é onde facilita pra gente trabalhar em equipe. Quando pinta qualquer dúvida, você naquela correria, naquele ritmo de "liberar ambulatório", de cabeça quente, sem condição de parar e raciocinar, pego esse paciente ponho na sala ao lado, chamo o colega para resolver o caso a dois.

Comparando as duas cidades, na primeira em termos de medicina foi péssimo, mas em termos de conviver com a população aprendi demais. Aprendi a me defender do lado maldoso da população de uma cidade pequena. Aqui em termos de medicina estou satisfeito e hoje aqui conheço todo mundo, brinco com todo mundo, já conheço, já sei, já tenho um pé atrás.

Gostaria de passar essa minha experiência para os estudantes, mas temos internato só de cirurgia, tentamos o internato rural e não conseguimos."

"Logo que me formei ia me especializar na Escócia em atendimento de acidentados mas fiquei sabendo que não ia ter guarida no pronto socorro de Belo Horizonte, por razões políticas. Sem o exterior, uma semana depois, estava entusiasmado com o interior: fui a uma festa, conheci minha mulher, casamos, acabou a Escócia, fomos pra uma cidadezinha de dez mil habitantes e fiquei lá seis anos. A cidade estava sem médico, tinha um hospital e irmãs de caridade, que me levaram lá. Gostei do astral das irmãs, achei o hospital limpinho, gostei da cidade e fui. Inclusive hoje me considero um parteiro razoável e aprendi com as irmãs, não na escola.

Não quis fazer residência médica, porque precisava sobreviver e também considero a residência uma exploração do médico. As faculdades boicotam a formação do médico durante seis anos, para eles se prestarem a mão-de-obra gratuita na residência. Estava de saco cheio, não estava a fim mais de ser explorado. Achava preferível sair com uma porcentagem de conhecimento e mais 80% de bom senso, ou então, apenas com a arte de administrar incertezas e falei: pô, vamos lá ver o quê que dá!

Minha esposa é técnica em patologia clínica e se saiu muito bem lá. Comprei o laboratório do melhor patologista clínico de Minas. Ele se aposentou e por amizade praticamente me deu um laboratório que era muito completo, cobrando um preço simbólico.

Esse hospital vinha sofrendo de alta rotatividade de médicos. Cheguei com a população muito descrente de médico. Tinha acabado de sair um sujeito que tinha ficado lá três anos e meio clinicando em toda a região, operando e fazendo parto. Se dizia pediatra, mas não era

médico, era funcionário público. Foi descoberto porque pediu credenciamento da previdência, mas apresentou apenas o número do conselho regional de medicina e foram ver o número era de um médico de Juiz de Fora já falecido. Era muito querido, muito jeitoso, tinha uma atividade intensa, "cobra criada" mesmo. Depois dele veio um médico da medicina social, ou seja, da turma do choque anafilático: depois de seis anos de graduação, se você põe estetoscópio, aparelho de pressão na frente dele, ele passa mal. Ficou lá dois dias e depois se revelou um brilhante administrador de centro regional, talvez o melhor de Minas.

Foi um outro, não ficou, e, depois, ficaram um mês sem médico, as freirinhas estavam mesmo a fim de procurar alguém. Aí eu cheguei e fazia tudo. O que eu não sabia as irmãs davam uma dica, porque eram muito mais competentes do que eu. Tinham vindo do sul de Minas, tinham trabalhado em hospitais maiores. Chegava, por exemplo, uma garrafada no pescoço, corte da jugular. As irmãs já estavam lá, metiam uma compressa, identificavam o ponto de sangramento, já pinçavam, já ligavam o soro, preparavam tudo. Não tinha tempo quente com elas não. Oh! esse parto aqui é pélvico, é cesária, pode encaminhar, era mesmo - escreveu não leu o pau comeu. Davam assim de dez a zero em matéria de competência em muito professor de obstetrícia que tive na escola. Eram duas freiras auxiliares de enfermagem, com o segundo grau. Havia mais quatro ou cinco, de lá mesmo, em treinamento por elas e depois por mim.

Encaminhava os casos para a cidade maior próxima que apelidamos de Cleveland, mas o que não conseguia fazer eu assumia e levava o paciente pra onde pudesse, eu mesmo dirigindo meu carro, com minha gasolina, sem cobrar coisa alguma, com dois objetivos: primeiro resolver o problema, segundo aprender.

Vinha toda sexta-feira para reunião de amigos na escola de medicina e aproveitava prá trazer no carro os pacientes que pudessem esperar esse dia. Discutia o caso e levava de volta. Alguns chegavam a ficar hospedados na casa de minha mãe. Sempre fui bem recebido no hospital das clínicas, no pronto socorro não.

Uma vez trouxe prá casa de minha mãe uma mulher para implantar marcapasso e ela entrou lá em convulsão brava. Botei a mulher nas costas, desci os trinta e cinco degraus da casa, deitei a doente na Brasília envenenada que eu tinha e falei pro colega que estava comigo, se ela morrer no caminho você me avisa que aí a gente vai sepultar devagar. No pronto socorro o cara querendo que eu falasse o nome da mulher e um guarda querendo me multar por estacionamento irregular. Meti o pé na porta, quebrei a cancela e a doutora de plantão disse que ia assistir uma palestra, depois atendia. Peguei um cabo de vassoura, arrombei os medicamentos de urgência e mediquei. Saiu da crise, pus ela nas costas e voltei para a cidade. Ela foi melhorando sem marcapasso, o marido bêbado batia muito nela. Foi para São Paulo, amasiou-se com um cabelereiro e está passando bem, obrigado.

Trabalhei no sindicato rural com o funrural, era atendimento de massa, só servia para aposentar, mas tinha um agente contratado pelo partido político para aposentar só na época da eleição. Era impossível fora do período eleitoral, mesmo com indicação clínica fechada de aposentadoria. Um paciente de tuberculose óssea, incapacitado, não conseguiu. E o prefeito corrupto, na época da eleição, chegava e aposentava todo mundo.

A nosologia prevalente lá é a miséria e a incerteza - problemas mentais, de diabete, hipertensão, calculose urinária, denunciada por mim (lá é região calcárea). Estive em Rondônia, onde ocorre dez vezes menos. Implantei todos os programas oficiais: materno-infantil,

tuberculose, hanseníase, doença mental. De doença mental, fizeram até reportagem no jornal e recebi carta do Brasil todo: reinte ~~grei~~ os pacientes, com mobilização da família, atenuando a medicação, e na mobilização inclusive lembrava Guimarães Rosa, nascido nessa região, que via o doente mental como gente.

O prefeito quer número de atendimentos, o povo quer ser atendido na hora e quer medicamento. Se você não receitar o pessoal "trepas nas tamancas". Mas 98% do que receitei era da central de medicamentos. Ficava trancado à noite, eu ia e arrombava.

Começamos a fazer o diagnóstico de saúde da população e daí surgiu um projeto alternativo junto à extensão rural e à universidade: caprino-cultura para nutrição e artesanato de couro, de madeira, de barro, de pano, para vender aos turistas das grutas. Esses projetos foram por água abaixo porque o prefeito desconfiava que eu quisesse assumir a liderança do município. Comprei do meu bolso trinta e três cabras, do tipo 7/8, com três litros por dia cada um para os pobres e um bode P0. A prefeitura, em vez de assumir o projeto, me intimou para prender as cabras senão iam a leilão. Estava lá com um parto, um tiro, uma facada, uma hemorragia, uma convulsão ou um queimado e iam me falar que as cabras fugiram. Eu tinha que largar tudo e correr atrás, senão iam leiloar mesmo. Aí as cabras começaram a tossir e a morrer. Pedi à universidade para esclarecer e chegou um cara parecendo cientista inglês e falou: oh! doutor, não me leve a mal, mas não saco porcaria nenhuma de cabra. E elas morreram.

Meu modo de ir de casa em casa, inclusive rural, de ser o cti vivo da cidade, sem trégua para me atualizar, me deu medo de fossilização e exige fazer o curso de saúde pública e deixaram. Mas resolvi sair da cidade porque mesmo assim não sobrava oportunidade de ficar com

minha filhinha e com minha mulher, era casado solteiro e pai sem filho. Estava me sentindo velho, envelhecimento precoce o meu. Queria ser médico, e não motorista, arrombador e peão de cabras.

Mesmo assim, antes tentei dividir a sobrecarga com outros médicos, mas o secretário estadual de saúde me enganou. Levei o internato rural prá lá, foi uma experiência ótima, com o apoio de um padre da teologia da libertação. Mas deram um jeito de intrigar sexualmente o padre, eu e as estagiárias, diante das beatas e do bispo corrupto da região, e acabou o internato.

Então me mandei prá Rondônia. Foi uma experiência riquíssima. Fiz concurso lá, fui secretário adjunto de saúde do estado, trabalhei com os índios, ganhava cinco vezes mais que aqui, mas voltei, porque quero manter meu espaço aqui. Sei que lá seria muito mais útil, tinha tempo para a família, mas voltei, tenho um consultório particular no bairro de Belo Horizonte onde passei minha infância e ainda dou plantões de fim-de-semana naquela cidade. Atendo também no tribunal da justiça.

"Fiz o internato hospitalar na cidade vizinha a Belo Horizonte onde havia residência em medicina comunitária. Passei na entrevista mas não passei por um décimo na prova de conhecimentos para esta residência. Queriam até que a prova não fosse eliminatória, não era tão importante passar numa prova geral, já que conheciam meu trabalho, meu interesse, minha empolgação. Mesmo assim fiquei lá mais seis meses como médico, quando trabalhei muito, aprendi muito e arrumei dois empregos. Aí o casal de colegas que estavam como médicos na cidade onde fiz o internato rural, no vale do Mucuri, voltou para a capital, por problemas familiares, e me chamaram para substituí-los. Fui prá lá e fiquei sozinho.

Ali é o "front" de uma prática para a qual a gente nunca está preparado, porque não acredito muito numa resposta unificada para todos os problemas que possam aparecer, principalmente na área da saúde. Trabalho na área da saúde é trabalho de equipe exigido pela realidade. Ali eu era demandado pelo serviço de trinta mil habitantes, era serviço de demandas - demanda da cidade-polo, de sede de distrito sanitário, com trabalho de hospital (bem equipado por organização católica italiana). Atendia clínica de adultos, pediatria, cirurgia e obstetrícia, cerca de trinta a quarenta pacientes por dia, de nível sócio-econômico baixíssimo. Quando voltei do internato rural de lá, parecia um neurótico de guerra, meus amigos riam de mim, pois eu só falava de casos de medicina, casos cabeludos, a gente usava o termo pepinoma, só pepino mesmo: hipertensão, insuficiência cardíaca, edema agudo do pulmão, infecto-contagiosas, tuberculose das formas mais variadas, forma miliar - coisa que só vi na vida lá - desnutrição, alcoolismo, doentes mentais, um grande número de hansenianos. Lá o acidente ofídico era constante. Não tinha dia que não houvesse um. É sério mesmo esse tipo de envenenamento, e faltava soro. Com a miséria sempre associada, via casos muito graves. O maior acidente do trabalho ali era a fome. Em pouco tempo cuidam do capim e o resto do ano sem serviço. Você fica impressionado com a cidade, parece grande pelo tamanho da favela que existe. É uma favela imensa com nível baixíssimo de vida, sem esgoto, sem água, têm que buscar água lá em baixo. Crianças de doze anos com dez quilos, outra ali requerendo alimentação parenteral, casos gravíssimos de desidratação associada à desnutrição, tornando as crianças suscetíveis às infecções, faltavam vacinas, tuberculose infantil ganglionar, pneumonias complicadas, menino com pneumonia de oito dias. Tive de drenar sem nunca ter feito isso, se eu não decidisse a pessoa ia morrer. Então tem essa coisa meio perto da selvageria, da barbárie médica. Por outro lado me ajudou a perder um pouco

daquele medo, daquele encantamento que temos perante a assepsia de bloco cirúrgico de hospital das clínicas.

Em ambulatório fazia cirurgia de fimose, cistos, biópsias. A primeira cirurgia maior lá eu estava sozinho na cidade, eu e a irmã de caridade, formada na Itália e que tinha boa experiência de bloco cirúrgico. Diante de meu nervosismo ela dava a dica, tipo: doutor, o senhor não vai calçar as luvas? A paciente era uma garota de dezenove anos e era dos 5% cujo marido tinha emprego, tinha tudo para um parto normal e o parto não evoluiu. A mãe e a criança entram em sofrimento. Olha que doideira, eu não fiz medicina pra isso. Vou tentar salvar os dois, porque o menino ainda está vivo e a mãe está ótima. Nunca fiz cesariana e anestesia sozinho, só parto. Fui lá dentro do oratório, rezei, pedi a Deus que me ajudasse. Voltei como se tivesse feito aquilo outras vezes. A única coisa parecida com anestesia que eu tinha feito na escola foi uma punção lombar por suspeita de meningite. Procurei lembrar o que via os anestesistas fazer e fiz. Foi tão fácil e tão simples que eu não acreditei. Mas injetei só a metade do anestésico e então tinha metade do tempo para fazer uma cirurgia que nunca tinha feito. Foi realmente uma cirurgia muito linda, Deus ajudou, foi muito mistério. A criança já estava encaixada mas tirei com vida e quando estou costurando o útero a anestesia passa. Eu quis desmaiar na hora. E ainda tinha que costurar o períneo que dói mais. Que vou fazer? E a paciente, ai, ai, ai, gemendo. Faço um analgésico potente na veia e o pós-operatório é excelente. E estão lá até hoje vivos, felizes, o garotinho lindo. Treinei a anestesia peridural na cidade vizinha maior e fiz mais dezoito cesarianas depois. Além disso fazia quarenta partos por mês.

Outro paciente tinha levado uma machadada nas costas, quebrou três costelas e formou um pneumotorax expansivo. Ele ia morrer se eu não colocasse um dreno com selo d'água, uma coisa que nunca tinha feito. E foi

interessante fazer aquilo tudo que você via no manual de cirurgia direitinho e a coisa dar certo.

O casal de médicos que me precedeu ali deixou uma comunidade bem armada, apesar de demanda de serviço muito intensa mesmo para dois. Não consegui ser remunerado pela prefeitura ou pelo estado, só pelo hospital através das ações integradas de saúde. Não pude manter o mesmo trabalho comunitário. Mesmo assim fui morar com as religiosas e isso dava a entender que tinha as mesmas ligações com o PT do casal anterior e não obtive os empregos.

Não tinha tempo para clínica particular e não me procuravam porque não concordavam com o hospital da irmã ligada ao PT. Estudava à noite e não podia sair para congressos e cursos. Se chovia quatro dias a estrada de terra era interrompida, nem helicóptero retirava filho de fazendeiro dali. Passei um verão lá, chuva direto, até eu pensei que poderia morrer. É um desrespeito tão grande com a vida humana que você se permite regredir duzentos anos, para fazer o que for possível e recriar a medicina desde Pasteur.

Já não estava aguentando ser médico vinte e quatro horas por dia sete dias por semana, não queria ficar lá nem mais um dia, só por isso, porque estava super bem, ganhando muito bem. Passei no concurso do estado para ganhar menos. O pessoal fez campanha, pressão muito forte prá eu permanecer, reuniram quarenta cabeças de bezerro, prometeram criar os bichos para mim, porque eu não tinha fazenda ainda e quando tivesse poderia levar os quarenta bois.

Essa atividade intensa sem folga se mistura com o peso de um ou outro óbito que talvez pudesse ter sido evitado, o ego da gente no fundo vai-se torturando com a sombra de possíveis iatrogenias. Ali, completamente afastado do mundo, não tinha cinema, teatro, pessoas bonitas, nada. Sensualidade de bananeiras é como eu chamava aquilo ali.

Fui designado assessor de saúde do prefeito de uma cidade-pequena, para montar a secretaria municipal de saúde, tinha proposto para ingressar no hospital, mas a máfia boicotou e meu salário caiu.

Vim para esta cidade do vale do São Francisco em situação oposta àquela primeira cidadezinha. Lá éramos médicos querendo atender a comunidade e o prefeito contra. Aqui, ao contrário, o prefeito querendo atender a comunidade e os médicos boicotando. Mas reorganizamos e municipalizamos o hospital, somos cinco médicos, temos reuniões científicas e folgas, mas ganho apenas como diretor e ainda dou plantão de obstetrícia na cidade maior onde fui assessor."

"Desde o início tinha interesse de ir para o interior e saí do curso com uma bagagem que me deu segurança mesmo para o interior. Se tivesse oportunidade não teria feito residência. A residência iria aumentar meus conhecimentos, mas ao mesmo tempo ia me limitar a determinada área e no interior você não tem condição de ser especialista, tem de fazer de tudo mesmo. Mas a própria comunidade cobra, aquele médico não é especialista. A não ser que me conheça há muito tempo, vai preferir o especialista. Até hoje tenho paciente da outra cidade que faz pré-natal comigo porque tem confiança.

Na cidade maior os médicos são explorados por outro colega, este tipo de coisa eu não concordava e não concordo. Então vou pro interior, posso até ganhar pouco, mas pelo menos não vou dar lucro para um colega meu. Foi um dos motivos que me levou a procurar uma cidade e tive muita dificuldade em encontrar um lugar para trabalhar. Tentei uma cidade com quatro médicos mas tudo sem estrutura, nada funcionando direito, o ambiente não estava muito bom. Aí um colega que trabalhava numa cidadezinha perto de Belo Horizonte saiu de lá, a cidade ficou sem médico e eu fui com o maior entusiasmo. Achei que ia ter apoio da comunidade e

foi exatamente o contrário. Só para a senhora ter uma idéia de como a política era tão forte, fiquei lá trabalhando no posto de saúde seis meses de graça, a prefeitura não me pagou. A contratação saiu depois que entrei com política também.

Lá não tinha laboratório, raio-X, hospital, não tinha nada. Os diagnósticos você fazia com a observação clínica. Se era caso de internar, internar onde? É muito difícil internar num lugar onde você não trabalha. Você dá o relatório, o paciente arruma dinheiro prá ir prá cidade maior, o médico tá lá de plantão e não quer nem saber, podia até internar, mas primeiro a pessoa tinha que pagar uma consulta. Não posso nem criticá-lo, porque ele não ganha nada do hospital, ganha por serviço prestado.

Uma vez mandei uma paciente e ela voltou. Falei pro marido dela que a única maneira dela não correr risco de vida era chamar a imprensa. E não deu outra. Quando era caso muito grave, urgente, colocava o paciente no meu carro e lá me propunha pagar a consulta, aí o colega não recebia.

Teve época que não havia bloco, receitava em papel de rascunho mesmo, diziam que cheguei a catar papel na rua prá receitar. Remédio, o posto nunca viu. Eu tinha conta na farmácia para atender os pacientes. Eu não podia deixar o paciente morrer porque não havia remédio ou não pudesse pagar a consulta. Tentei de tudo, os vereadores, o padre, para melhorar o atendimento. Na câmara, por fim deixaram claro que não queriam nem que eu fosse lá mais. Eram meus amigos, mas não podiam se indispor com o prefeito. Cheguei num ponto que não dava mais para continuar, cheguei a pensar em parar de exercer a minha profissão, você cansa, dia e noite, sozinho, ninguém te apoiando, e sem a mínima estrutura necessária.

Falei: vou parar, vou sair, vou mudar. Falaram: você está sendo egoísta, vai deixar uma comunidade sem

médico. Então o único jeito é entrar na política. Vendo que a solução é política, vou entrar, porque se essa comunidade não me apoiar com os votos posso me mandar daqui. Então fundamos outro partido contra o prefeito. Ele então me demitiu do estado. Os outros tiveram medo de enfrentar, não fizeram nada. Falei: o quê, vou perder a política, vou me mandar e vim prá esta outra cidadezinha aqui perto. Acontece que continuei presidente do partido lá e candidato a vice-prefeito. E mesmo morando aqui ganhamos a política e hoje sou o vice-prefeito de lá.

Mantive aqui meus outros empregos de lá atendendo duas siderúrgicas pequenas e um curtume, além do consultório particular. Durante esses seis anos criamos lá uma equipe da igreja, pastoral da saúde, acabou em paternalismo. No mais fazia medicina preventiva, vacinação. Mas não mudei o quadro de saúde de lá. Do jeito que entrei eu deixei, a gente não faz nada sozinho. Convivia com o povo rural e com eles tive pouco voto, com o urbano a votação foi maciça. Acho que votaram em mim com esperança de eu voltar, porque ninguém me quis substituir.

Hoje estou no poder, sou o coordenador da área de saúde e ainda não fizemos nada, mas estamos tentando implantar um sistema de saúde com estrutura e participação da comunidade. Estamos tentando fazer o convênio com as ações integradas de saúde, mas a prefeitura deve à previdência. O ideal seriam dois médicos generalistas morando lá, dia e noite, e com estrutura para resolver a maioria dos casos, encaminhando o mínimo. Os médicos têm de ganhar o suficiente até para apresentação social. Tenho um fiat velho. Dizem: o senhor não pode ficar andando nesse carro, troca esse carro. Teria de ter uma comissão municipal de saúde, com representantes dos sindicatos, das associações, dos profissionais de saúde, mas é difícil, cada um é prá si e Deus prá todos. O governo prá dizer que todo mundo tem direito à assistência médica jogou tudo nas costas da classe

médica, dos profissionais de saúde, que não são valorizados, não são reconhecidos, não têm uma vida decente e são mal pagos.

Apreendi muito, primeiro a resolver problemas com um mínimo de recursos, a ser simples, a ir só até onde posso ir, a aprender com os especialistas através dos encaminhamentos. Na área de psiquiatria a escola deixou a desejar, e nessa cidade era impressionante a quantidade de doente mental. Eu encaminhava e pegava nos livros. Nunca tive tempo para atualização, só fiz uma de pediatria, no centro regional de saúde. O médico deve ter dedicação exclusiva, condições de atualização e de descanso. Nesta cidade onde agora estou somos três médicos, mas continua o corre-corre, falta estrutura, sem condições de trabalho em equipe. A política atrapalha nosso sistema de saúde. Os interesses políticos estão na frente dos interesses da comunidade."

"Tinha vontade de voltar para o interior desde que entrei no curso. Nunca me adaptei na capital, essa correria, essa confusão. Na capital você não assumia completamente o doente, mesmo depois que você é médico. No interior você conhece o doente, sabe quem é, onde mora, o relacionamento médico-paciente é muito diferente, é outra coisa. Com o internato rural reforcei minha idéia, lá perdi o medo de doente, vi tanta coisa que passei a não ter medo. Um professor de clínica muito sério e rígido me reforçou mais ainda. Perguntei o que ele achava. Achei que me estimularia para a residência de clínica. Foi o contrário: bobagem, você deve ir mesmo."

Mas no hospital privado onde fiz internato de clínica, me convidaram para fazer residência de clínica. Fiquei três meses lá fazendo clínica e anestesia. Além disso por convite de parentes comecei a frequentar uma cidade maior onde havia onze médicos. Vi briga por doentes, falta de ética, grupinhos, isso me tirou de idéia ir prá lá. Um colega

me indicou esta cidadezinha do oeste do estado que tinha ficado sem médico. Indiquei um colega para me substituir na residência. Cheguei aqui e gostei da cidade, o pessoal me recebeu bem, cidade pequena mas boa, não tem muita pobreza, não é muito carente, nível razoável. Outra vantagem, os seis médicos da cidade maior aqui perto, um deles foi quem me convidou, disseram: qualquer problema você pode contar com a gente. Vínhamos eu e outro colega, ele desistiu, falei: vou correr o risco, se não der certo, volto e me aceitariam na residência.

Cheguei e o hospital estava desativado. O médico anterior era formado em Brasília, ficou dois anos e não ativou o hospital. Raramente internava na mini-enfermaria que havia no posto.

Cheguei com emprego do estado e da prefeitura, que também pagaria o pessoal necessário para ativar o hospital, mas nele eu só atenderia particular. Hoje não depende da prefeitura. Treinei o pessoal com os colegas da cidade vizinha. Habituei os clientes particulares a consultas no hospital. Ao contrário do internato rural, nesta região aqui a nutrição é boa, desnutrição grave, desidratação de terceiro grau, você não vê. Você vê infecção aguda, hipertensão, insuficiência cardíaca (a região é endêmica de doença de Chagas), parasitose. Diabete tem muito pouco, uns quatro pacientes e sete casos de hanseníase controlados. Quando cheguei, o que mais me chamou a atenção foi muito doente mental, problema familiar, tóxicos, e o suicídio em jovens de vinte, vinte e dois anos está me assustando: oito casos em um ano e meio, numa cidadezinha deste tamanho! Estamos querendo fazer um estudo, um trabalho sobre isso.

No mais nossa medicina aqui é feijão com arroz e hoje se consegue resolver 80 a 90%. No início não tinha laboratório, raio-X, eletrocardiograma, o grau de resolubilidade era pequeno. Hoje temos isso. Os poucos casos

não resolvidos, levo à cidade vizinha, onde os colegas são amigos, lá tem ultra-som, tem endoscopia, participo das cirurgias e vou a reuniões clínicas de quinze em quinze dias. Prá isso a gente compra os livros e revistas e lemos muito. Você não pode perder o contato com outras experiências.

Quando cheguei começamos a formar grupos de mães, visita domiciliar, rastreando os pacientes e encaminhando pro posto. A vacinação aqui é 100%, até mais, pois vem gente de outros lugares. Não tenho tido nenhum sarampo, nem pólio, a vacinação é muito bem feita, o pessoal muito bem treinado. Tive problemas com o dono da farmácia, que trocava os medicamentos. Você prescrevia bactrim ele dava tetraciclina, foi criando atrito, mas ele foi embora daqui. Outro problema é que como não tinha médico os funcionários do posto prescreviam os remédios de lá. A secretaria de saúde do estado bota a auxiliar de saúde com uma autonomia muito grande no posto. Podia chegar um caminhão de antibiótico, de diazepam, que era distribuído num dia. Receitavam até a domicílio. O prefeito era muito amigo, ajudou a resolver esses casos, me procurava sobre os problemas. Mostrei uma região ali em cima muito pobre, com problema de moradia e esgoto, ele construiu as casas populares, transferiu o pessoal, foi resolvido.

Agora vem meu colega, mas o ideal é ter um clínico de adulto, um pediatra e um cirurgião aqui. Agora faço o que gosto, clínica de consultório, atendendo gente que conheço, com todas as condições para a relação médico-paciente. Gosto do contato com o paciente, do dia-a-dia, me dá um prazer enorme: fiz clínica médica desde o primeiro ano do curso e prá mim o consultório é a verdadeira prática da medicina mesmo."

"Quando formei tinha idéia de fazer residência de obstetrícia e ir para o interior. Saí-me bem nas provas escritas e na entrevista me deram zero. É que um ano antes de

formar eu já trabalhava como médico no ambulatório de obstetrícia de uma clínica de pré-pagamento da cidade industrial, emprego intermediado pela fundação Mendes Pimentel da ufmg. Lá quanto mais você atendia mais você ganhava. As empresas pagavam ao dono da clínica e ele em vez de contratar médico, contratava estudantes para lucrar mais. Não passei a residência e quis vir para um interior que não tivesse médico e fazer alguma coisa por mim e por alguém. Minha tia ligada ao governador me arranhou seis cidades sem médico para escolher. Escolhi esta perto do lago de Furnas, porque meus pais moravam ali.

Meu pai veio falar com o prefeito e disse que eu vinha para morar, o prefeito ficou entusiasmado de trazer um médico para morar, logo na época de eleição. Recebia pela prefeitura e pelo estado e morava na casa paroquial com o padre antigo daqui. Meus atendimentos no posto mostravam resultados, mas conquistei a cidade, atendendo um acidente de carro. Estava há dois meses aqui e uma senhora saindo da igreja foi atropelada. Eu estava perto, peguei a paciente, trouxe ao ambulatório, costurei o rosto todo cortado, a cidade toda chegou na porta. Ele conseguiu, fez tudo direitinho! A cicatriz ficou até bonitinha. A partir daí minha fama subiu realmente na cidade.

Quando cheguei não havia vacinação. Comecei indo de casa em casa. O menino saía correndo e eu atrás para poder tomar a vacina. Hoje aqui está coberto, 98%. Quando vim tinha caso de tétano, nunca mais teve, tinha sarampo, não tem mais. Mandei a moça treinar para fazer exames de fezes e fizemos conscientização de verminose, higiene, piolho, cárie dentária. Não tinha, agora tem dentista. Fiz um trabalho com as parteiras. Fumo e picumã no umbigo de criança, isso não existe mais. Piolho lá em Belo Horizonte tem nas escolas, aqui erradicamos, tem criança que não conhece piolho. A higiene do povo, principalmente o mais jovem melhorou demais.

No começo con vocava o povo nas campanhas pelo auto-falante da igreja, agora é pela rádio da cidade vizinha.

Reativamos e reequipamos o velho hospital, criando uma associação filantrópica, ali instalei meu consultório particular. A primeira cesária foi uma mocinha que já tinha feito uma cesária fora. Acabamos a operação e aí fora do hospital estava a população inteira e o menino recebeu o nome dos médicos. Inclusive ela está aqui, vai para a terceira cesária amanhã. A partir daí a credibilidade do hospital foi só aumentando.

Quando cheguei fui chamado para cuidar de um casal de quase cem anos de idade, o velho chegou aos cem e a velhinha beirou. Ela ficou dependente de mim e pegou um amor tão grande por mim que se eu deixasse de vê-la um dia ela passava mal. Ela era rica, me pôs no testamento e fui herdeiro dela. Recebi um lote. Tudo que consegui aqui foi através do trabalho mesmo. A não ser este lote, que não posso vender.

Para funcionar o hospital criei a associação filantrópica, trouxe outro médico e agora mais um, treinamos cinco moças daqui na cidade vizinha e veio o dentista. Hoje sou presidente da comissão municipal de saúde e fui eleito vereador com votação maciça e estamos construindo novo prédio para o hospital. Não quero ser prefeito, me candidatei a vereador para garantir o hospital, porque gosto da minha profissão, gosto mais de ginecologia e obstetrícia, mas gosto também de clínica domiciliar, médico de cabeceira.

O ideal aqui seria uma equipe de quatro médicos, anestesista, cirurgião, pediatra e clínico de adultos. Já fiz cesariana com duas enfermeiras. Agora anestesio e outro médico me auxilia com a enfermeira. Não pretendo sair daqui, minha esposa é daqui de perto, tenho

muito lazer aqui, à beira da represa de Furnas, onde tenho um rancho e meu "hobby" é plantar frutas.

Sou muito entrosado com a juventude daqui e muito ligado aos médicos de duas cidades maiores vizinhas e me atualizo lendo muito e em contato com eles."

"Tive sorte, no dia de formatura estava com dois empregos garantidos numa cidade maior perto de Belo Horizonte e vim para esta cidadezinha perto desses empregos e depois ainda entrei para o estado. Já conhecia aqui, tinha vindo algumas vezes fazer trabalho de igreja, tinha alguns amigos aqui e fiquei seis anos sozinho. Antes de mim vinha um médico uma vez por semana. Quando cheguei, para o povo foi excelente, passou a ter médico todos os dias. Ser o único médico me atraía, comecei entusiasmado. Resolvia de 80 a 90% dos casos e os outros encaminhava para a cidade maior, onde eu tinha os empregos.

Esqueci de dizer que gosto muito de ginecologia e obstetrícia, mas não passei no concurso para essa residência e hoje não tenho vontade de começar tudo de novo, não vale a pena.

Aqui atendo mais no posto de saúde casos de doenças respiratórias, verminose e neurose nos adultos. Neurose, ultimamente então está incrível, está suplantando a verminose. E pediatria atendo muito também. Quanto ao trabalho preventivo, antes fazia palestras, conscientização, mas ultimamente me sinto até um pouco desanimado. É até triste dizer isso, mas me sinto. Sei que é um trabalho lento, mas dá a impressão que o pessoal não se interessa muito por isso, querem é um remédio, curar a doença do dia. Você marca e o pessoal não aparece para as reuniões e as palestras. Até tenho um relacionamento muito bom com a comunidade, em todos os sentidos, ajudado também pela igreja, até hoje gosto de trabalhar pela igreja. Aqui tínhamos uma associação de

moradores que passou a ser conselho de desenvolvimento municipal, do qual já fui presidente, não sou mais. Hoje sou vereador eleito nessa última eleição. Lutamos pelo esgoto, parte da cidade já tem, mas não foi ligado. Luta antiga temos contra os chi-queiros na cidade, existe até uma lei proibindo, mas falta vontade política para ser executada. Aqui tem um programa de gestante e nutrizes da legião brasileira de assistência, estendido até as crianças de três anos. A moça lá do posto disse que não há desnutrido aqui, foi uma maneira de dizer, não temos de terceiro grau. Temos de primeiro grau, do segundo grau alguns, mas do terceiro grau realmente acho que não vi nenhum.

O encaminhamento é sempre muito dificultoso. Mesmo agora com o SUS, com o nível secundário, para consultas com especialistas, funciona muito mal. Tive um exemplo ontem, encaminhei uma criança para consulta dermatológica, a mãe foi, pediram para ela voltar daqui a três meses para marcar não sabem para quando. Você tem até um certo receio de encaminhar, tenta resolver o máximo possível, coisa que não é risco de vida, mas que seria para um especialista, a gente tenta resolver, até mudando de tratamento. Sem pagar o especialista o processo é lento demais, a pessoa fica aí meses esperando uma consulta.

Atendo particular quando me chamam a domicílio, mas é muito pouco, pessoal muito carente. Atendi duas comunidades rurais por quatro anos pela prefeitura. Agora, depois das eleições, deixei de ir, por causa do salário, até mudar o prefeito e for mais compensador.

Um médico do interior que trabalha com o povo mais carente, acho importante você fazer um trabalho honesto. É lógico que um dia a gente fica chateado com o salário baixo, com as dificuldades que você encontra, mas tem de fazer de tudo aqui. Você faz com honestidade porque o pessoal é carente, carente até de informação, é inexperiente, mas me

sinto satisfeito. É lógico que a gente não agrada todo mundo, mas me sinto bem, acho importante esse trabalho do médico generalista do interior, afinal ele é talvez mais médico, pois está na linha de frente dos problemas gerais de saúde da comunidade. Um dia uma pessoa me perguntou se eu tinha inveja dos médicos especialistas e tal, que fazem grandes cirurgias e eu respondi que não. Eles fazem bem o trabalho deles, o meu eu faço muito bem o que é muito difícil. Hoje a gente vê médico que vai para o interior e não atende criança, não faz pré-natal e faz simplesmente a clínica médica de adultos. Acho que o médico do interior que faz de tudo um pouco tem um valor muito grande.

Aqui, numa cidadezinha como essa, o médico deveria ter dedicação exclusiva, isso não acontece porque tenho que ir nos empregos vinte e quatro quilômetros de ida, vinte e quatro quilômetros de volta, na cidade maior, diariamente, senão não conseguiria viver com os salários daqui. O ideal seria um único salário em torno de trinta salários mínimos, para a gente se dedicar à cidade, para viver com tranquilidade, e não ficar correndo tanto.

O ideal também seria mais um clínico, como esse que chegou agora. Mais um pediatra, mas não precisa, atendo pediatria tranquilamente, mas se tivesse seria bom. O pessoal auxiliar é muito importante, como os nossos que fazem muito bem o seu trabalho, inclusive o técnico de laboratório. Dentista seria necessário mais de um, um só para a área rural, a questão odontológica é triste em nossa cidade. Um hospital não, bastaria um centro de saúde com alguns leitos. A proximidade com a cidade maior não justificaria."

"Interessante, quando me formei nem tive pretensões de fazer prova pra residência médica. Já tinha em mente qualquer cidade de Goiás. Mas naquela fase de procura daqui, dali, eu me casei, no outro dia me formei, passei dez dias de lua de mel e fiquei esperando uma opção de trabalho

em algum lugar. Como eu estava cansado, tinha trabalhado muito no último semestre, disse: vou aguardar com tranquilidade, na minha cidade, com minha mãe e meu irmão, e de lá vou para Goiás, sem destino, mas já casado.

Nunca tive pretensão de ir para minha cidade, porque lá havia mais de um médico, mas um colega de lá me convidou para assumir a pediatria no hospital dele e resolvi experimentar. Fiquei um ano e meio, sempre pensando em sair, porque não era sócio e acabava discutindo com o colega em relação a algumas atitudes dele com os pacientes.

Fiquei sabendo de uma cidade no oeste de Minas onde não havia médico por causa de um farmacêutico prático, antigo. Os médicos anteriores sempre moravam nas cidades vizinhas. Em contato com o prefeito, me propus a ir, mas com a condição de morar no lugar. O posto de saúde era uma casa com três quartos, sem forro, e cheguei só com o salário da prefeitura. Decepcionei-me com a cidade, muito pobre, gente pouco esclarecida, pouca condição de trabalho. Mas eu estava em ponto de bala com o dono do hospital na minha cidade e sabia que se eu conseguisse algumas coisas, poderia melhorar muito a saúde desse local. Sou o único médico até hoje, mas agora talvez consiga outro colega, inclusive para me substituir nas férias.

Comecei com vontade mesmo de trabalho. Tinha lá o farmacêutico prático que há quarenta anos resolvia os casos, sabia o que devia encaminhar, era cauteloso e era chefe político. Tinha perdido a eleição e seu adversário é quem me contratou. Fui procurá-lo, mandou dizer que não estava. Recebi trotes de chamados à noite. Chegava lá, não havia o endereço indicado. Já sabia disso. Sabia que para vencer tinha que mostrar minha competência profissional e ser tranquilo. Hoje ele me encaminha os casos, nosso relacionamento é muito diferente. Agora temos três farmácias.

No começo atendia pela manhã no posto, sem limites. Chegava às sete e não sabia a hora de ir embora. Aquilo me trazia uma satisfação muito grande. Tinha acabado de chegar e tive uma receptividade muito boa da população, que tinha uma carência antiga de atenção. Então era um afluxo muito grande de pacientes e eu me entusiasmei, me sentia bem. Eu tinha saído do hospital que tinha me dado muita dor de cabeça e parece que eu tinha encontrado com o que eu queria, um lugar para eu trabalhar sozinho e com gente que precisasse de mim.

Na parte da tarde quem me procurasse na minha casa eu levava ao posto e cobrava meus honorários. Mais tarde passei a receber também pelo estado, arranjam esse vínculo com receio de que eu fosse embora. Alguém do centro regional chegou e disse que eu não podia atender particular no posto. Tive que adaptar a garagem da casa onde morava e coloquei lá meu consultório.

Cheguei a fazer partos na área rural, partos iminentes, mas a maioria encaminhado às cidades maiores que são muito próximas. Na área rural atendo no meu carro ou no da pessoa. À noite às vezes você não conhece a pessoa, minha esposa tinha muita preocupação, mas sempre fui. Só uma vez não tive coragem de ir. Era um senhor muito alto, barbudo, maltrapilho, esquisito e que estava com um carro para eu ver uma mulher cardíaca. Perguntei onde é. Tal lugar? Por que não trouxe, se é grave, que adianta eu ir lá? Se tinha o carro, porque não trouxe em vez de me buscar? Realmente depois nunca mais eu vi a pessoa e não sabiam dela em tal lugar. Foi a única vez e acho que neguei bem.

Fiz um levantamento de saúde nas escolas de crianças até os doze anos. Consegui também uma unidade mista, mas a planta era padronizada, convenci de fazer modificações, demorou um ano e meio para ser construído e há um ano e meio fazemos pequenas cirurgias com anestesia local, suturas,

drenagens, curativos, vacinas e leitos para observação. Mas os próprios Prefeitos não têm preparo para perceber o alcance de propostas como esta.

Politicamente sou bem relacionado com todos os lados políticos. Nessa última eleição todos os três partidos daqui vieram propor meu ingresso, um para vereador, outro para vice-prefeito, outro para prefeito. Eu acho que não é hora. Com o decorrer do tempo, talvez, não por pressão, mas por circunstâncias. Se você vê que as coisas na sua área não caminham, às vezes é levado a assumir um cargo desses, para melhorar sua área, para que tenha mais recursos. Acho que muitas vezes um médico numa cidade pequena se transforma num político não por querer, mas por circunstância. Desde o começo não tenho vínculo político, nunca tive pretensões políticas. Mas às vezes, no contexto de seu trabalho você acaba se jogando na política. Tenho tido o trânsito livre na política para a área de saúde. Geralmente sou atendido, desde que não gaste muito dinheiro. Conseguimos muito com a parte de esgoto. Quando cheguei estava com 30%, hoje temos 70%. Agora com o novo prefeito é a vez da água. É terrível. A água é quase não potável. O investimento vai ser bom. Nosso índice de doenças parasitárias e diarreia é muito grande.

Estamos também desaparelhados porque estamos em região de doença de Chagas, não temos eletrocardiograma e exames específicos, mesmo assim estabilizamos bem os pacientes.

Um dia de madrugada atendi o telefone era um amigo apavorado dizendo que a mãe dele estava morrendo. Deduzi que estava com edema pulmonar. Lembrei que dois dias antes tinha chegado cedilanide, remédio para o coração que nunca tinha aparecido no posto e não era vendido na farmácia do tal farmacêutico. Falei que levasse a mãe para o posto. Não tinha oxigênio mas tinha aminofilina. Apliquei cedilanide

e aminofilina e com isso quando ela chegou na cidade vizinha já estava me L horando e está viva até hoje.

Outra vez foi um caso de abortamento provocado com grande h emorragia e a paciente escondia a história. E na época não tínhamos material para curetagem. Então improvisamos a curetagem com algumas pinças até cessar a hemorragia e encaminhamos à cidade maior onde fizeram transfusão de sangue e terminaram a curetagem.

Na cidade pequena é muito fácil mexer com pediatria. A criança te vê toda hora, te vê mais como pessoa do que como médico, uma familiaridade grande que facilita muito. Com o bebê sempre tive muita facilidade porque o choro nunca me incomodou, desenvolvo o exame, a criança estando chorando ou não, me dou muito bem. A criança sente que a gente gosta de fazer aquilo e ela vai-se acalmando rapidamente. Essa tranquilidade você passa para o indivíduo e ele vai permitindo que você o examine. A criança rebelde chega e eu na primeira consulta não a toco. Procuro mostrar que aquele lugar não é agressivo. Procuro ser amigo, tendo sempre uma coisa para oferecer como brinquedo, verifico se não é caso urgente, e no dia seguinte faço o exame completo.

Tenho frequentado congressos, reuniões científicas, compro livros e assino revistas. Tenho um amigo pediatra da universidade, sempre que tenho um problema, o primeiro socorro é um telefone para ele.

Nunca tive vontade de me especializar, me sinto bem fazendo a clínica que faço, tenho planos de trazer colegas para aqui, porque a gente só não dá conta de tudo e de ampliar os nossos recursos, sem pretender que a cidade seja centro de alguma coisa."

"No internato rural encontrei um médico mais idoso que trabalhava sozinho só em ambulatório e aí me

despertou a vontade de fazer um trabalho assim. Mas antes já tinha pensado nisso. Com essa idéia, procurei me preparar em obstetrícia, sempre gostei de obstetrícia e pediatria, por causa de alguns stresses que a gente passa no interior sozinho, sem condições. Eu via que ia sofrer mas seria bom, gratificante, ajudar sozinho esse interior carente. É uma carência espantosa no Brasil. Na medida que você vai mais se interiorizando é que você vê a miséria mesmo da população.

Logo que me formei um colega meu me indicou ao prefeito dessa cidadezinha perto de Itabira, que me propôs ajuda financeira, convênios, construir hospital, tudo que ia pintar para mim. Passei uns meses na capital me preparando para ter mais segurança, e aí então através de um deputado, tudo é política, consegui um contrato no estado. Aí eu fui. População extremamente carente, só um posto de saúde e eu lá com duas auxiliares, uma treinada para exame de fezes e de urina e outra para vacinas, curativos e injeções. Depois vieram mais dois auxiliares. Fiquei lá cinco anos, pago pela prefeitura e pelo estado e consultas particulares. Não saíram convênios e nem o hospital. Saiu um concurso para efetivar-me no estado, mas não passei. Os casos graves encaminhava para a cidade mais próxima e eu acompanhava o tratamento lá. Os mais graves ainda e os de psiquiatria encaminhava para a capital.

Na parte da manhã atendia no posto, à tarde aguardava chamados. Cheguei a montar a cavalo para atender em lugar difícil. Ia no carro da prefeitura ou da família do paciente. Atendia alguns partos em que a criança já estava nascendo, hidratava alguns pacientes, fraturas simples, pequenas cirurgias. De mais prevalente o que me chamou a atenção foi hipertensão e neurose que a gente pensa não existir em lugares pequenos. É incrível como esse pessoal faz uso de anti-depressivo, de ansiolítico, é um consumo alto. Falta muito remédio na farmácia lá, e às vezes o posto ficava

dois a três meses sem os medicamentos básicos da central de medicamentos.

O pessoal de poder aquisitivo maior tem fazenda lá mas mora em cidade grande, não precisa ter assistência ali, ou se moram lá procuram atendimento particular direto na cidade maior. Para os pobres que moram lá nos locais distantes eu ia duas vezes por mês em postos mais afastados, ou atendia aos sábados. Organizava com eles as campanhas de vacinação, quando tinha vacina. O quadro de saúde da população deu para controlar um pouquinho, mas é um círculo vicioso, tende a piorar. Mesmo assim a população adquiriu confiança em mim e muitas vezes vêm consultar comigo aqui em Belo Horizonte.

Conheço médico treinado em anestesia que opera só com enfermeira e faz cesariana. O ideal para cidade do porte desta seriam dois médicos com boa remuneração e que façam anestesia, obstetrícia e cirurgia, além do que eu fazia.

Por isso eu lutava com muita dificuldade para ajudar do jeito que eu queria, não estava atendendo as pessoas direito, não saiu o hospital nem nada, não estava atendendo as minhas aspirações como médico, não ia conseguir nada ficando só naquilo o resto da vida, ninguém quer isto, quer melhorar um pouco. Estava fazendo mais era triagem na expectativa desse hospital. Só podia sair nos fins de semana, sem condições para me atualizar, me aperfeiçoar.

Após três anos lá, vim tentar residência de pediatria, não fui aprovado e a concorrência foi ficando pior e está ficando mais difícil, desisti. Decidi vir para fazer ginecologia e obstetrícia, sou chefe de plantão nesta maternidade de bairro de Belo Horizonte.

No começo continuei atendendo lá na cidade nos fins de semana, para não ficarem sem médico, mas parece que

ainda não têm médico que more lá. Vou lá nas festas, tenho amigos e clientes ainda lá."

"Eu estava fazendo o último internato de clínica médica num hospital conveniado com a universidade e faltando um mês para a formatura nosso preceptor saiu repentinamente e ficamos como médicos. Eu fiquei com cinco ou seis leitos, trabalhando pró-labore e o diretor assinava como responsável, isso por três anos. Ao mesmo tempo fiz residência de cardiologia na santa casa e curso de medicina do trabalho.

Aconteceu que na própria santa casa me indicaram ao prefeito de minha cidadezinha natal perto de Pitangui, porque o médico local estava saindo. Sei lá, sempre gostei do interior, era melhor para mim, ia ficar mais sete meses dando plantão, besteira, melhor ir de uma vez. O novo prefeito me convidou e acabei ficando pela prefeitura e dois vínculos pelo estado, um por contrato e depois um por concurso. Depois me pediram para optar, optei por efetivo, mas continuo com os dois. Além disso atendo particular em convênio com as mineradoras da região. O atendimento é ambulatorial porque o hospital ainda não está funcionando.

Até o trimestre passado funcionou aqui o internato rural de nossa faculdade e aí tínhamos grupos de gestantes, de hipertensos, por uns três anos trabalhamos juntos, o internato e eu. Estão mudando o pensamento em termos de internato rural, não querem mais esse tipo de internato mas os estagiários gostavam muito e o pessoal gostava dos estagiários. Em vez de tirar o espaço do médico da cidade, muito pelo contrário, cresce o espaço da gente, porque tem mais gente para poder conversar, você estuda mais, você vive um pouco mais a medicina. Curioso é que o meu internato quando fiz foi o pior possível.

Estou aqui há seis anos. Fiz só dois cursos, foi pela secretaria do estado, tuberculose e hansen, mas vou comprando esses livros todos e aprendo muito com a prática mesmo. Antes do internato vir, tirei férias um mês uma vez, depois com o internato não tive férias. Agora tem um médico da cidade vizinha, vai dar para eu sair de férias, e outro que fez internato aqui está querendo vir para cá. Agora já não estou mais sozinho. Tenho companheiros.

Como sou daqui então a gente tem uma participação muito grande dentro da política local. Meu pai já foi prefeito, meus tios foram, a gente participa ativamente. Na vez passada até me forçaram, eu realmente é que não queria, pelo menos por enquanto, não tenho nenhuma intenção, quero continuar participando, colaborando, mas não assumindo como candidato. A única coisa que tenho batalhado mais aqui é pelo hospital. É o que o povo indicou em primeiro lugar numa pesquisa pré-eleitoral que teve aqui. Para funcionar, o hospital deveria ter idealmente cinco médicos: clínico de adulto, pediatra, obstetra, cirurgião e anestesista. Já temos dez auxiliares de saúde treinados no centro regional e trabalham em rodízio. Por exemplo, o paciente de tuberculose não apareceu, o funcionário vai à procura, saber o que aconteceu. Na vacinação temos um cartão para o paciente e um para a gente. Chega a época, a criança não apareceu: olha, vai lá ver o que aconteceu.

Outro exemplo, um paciente não tem condições de se locomover, vou e atendo. O auxiliar vai, dá o medicamento e controla. Atendo casos agudos, como acidente com sangramento grave, para suturar, estancar o sangramento. De vez em quando aparece um parto, aí complica. Não gosto muito de obstetrícia e acho que parto é negócio hospitalar, se alguma coisa se complicar, você tem de ter recurso à mão. Encaminho os casos não resolvidos para as cidades maiores, me relaciono muito bem com os colegas dessas cidades. Hoje vejo que a insegurança que logo superei aqui poderia ser menor se

saisse da escola sabendo passar sonda vesical, nasogástrica, entubar um paciente. A gente aqui só faz atendimento ambulatorial, o dia que o hospital funcionar tenho certeza que em seis meses superarei qualquer insegurança. E, se conseguir colegas para montar uma equipezinha, vai diminuir o desgaste que a gente tem com o trabalho sem folga, com casos agudos e emergências.”

“Eu me formei e logo passei na residência do hospital evangélico em Belo Horizonte, onde fiquei dois anos. Trabalhava para as igrejas evangélicas, e montei sete ambulatórios nas favelas de lá, quatro ou cinco ainda funcionam, e fazia palestras ali. Após a residência, entrei numa equipe de médicos numa cidade próxima, atendia nesses ambulatórios periféricos e comecei a mexer com cirurgia num hospital do centro da capital, já casado e com um filho. Bom, então um amigo meu da igreja me perguntou se queria trabalhar numa cidade perto da capital. Aí vieram aqueles desejos anteriores de fazer um trabalho pioneiro, aflorou tudo de novo com essa possibilidade de vir para cá. Aqui o interessado era o diretor da escola agrícola e me disse que a condição para me contratar era morar aqui. Tinha que atender os alunos e a população de trabalhadores. Arrumaram uma casa e me mudei prá cá com a família, mas trabalhava toda manhã na escola e toda tarde ia a Belo Horizonte, no hospital e nos ambulatórios. Nos ambulatórios não queriam me deixar sair de jeito nenhum, foi uma luta terrível sair de lá.

A própria comunidade, todo mundo na rua aí pressionando para eu montar um consultório na cidade. Não tinha condições, sou de família pobre, mas montei. Meu consultório é particular, mas é da comunidade. Quem procura eu atendo, minha secretária já é orientada para isso, duas fichas para beneficiantes. Tem uma favela aqui em cima da cidade, aí o pessoal vem.

O posto de saúde deveria atender todo mundo, mas a pessoa às vezes não gosta do posto, começa a ter problemas éticos, o povo não confia, não sei o que aconteceu. O meu antecessor ainda estava morando aqui. Ele teve consultório mas estava fechado, não sei o motivo, por isso quando montei o meu, o procurei. Ele me mostrou o seu todo equipado e o meu sem quase nada. Meus parentes vieram e acharam estranho nenhuma plaquinha aí na porta. Mas isso não foi necessário, a comunidade já me conhecia.

Na escola agrícola desenvolvi a medicina do trabalho, cadastrei todo mundo e criei a comissão interna de prevenção de acidentes, mas como não sei o curso de especialização que devo fazer, um especialista tem de assinar por mim. Na cidade participo do controle da doença de Chagas, colaboro com a Sucam na vigilância depois que interromperam a transmissão com a eliminação dos barbeiros e acompanho os casos crônicos. Quanto à esquistossomose está em atividade e aumentando muito, denunciei para a comunidade e para a prefeitura: aqui não tem água que não seja poluída e já descobri o principal foco. É uma barragem que funciona como balneário para Belo Horizonte. Tentei fazer um programa completo, com saneamento, inclusive cheguei a desenhar placas de aviso para as lagoas sobre o perigo da xistose. Mas o pessoal não toma providências, problema político.

Isso fiz sozinho com as pistas que me deram na faculdade e também porque trabalhei com campos avançados numa instituição internacional que cuida de países como o nosso, é filantrópica, tem recursos americanos e europeus, o escritório central está nos Estados Unidos, mas é um movimento evangélico de apoio a países do terceiro mundo. Desde estudante vou lá uma vez por semana durante um semestre por ano dar aulas num seminário evangélico de preparo de missionários ou pessoas interessadas em ir para campos avançados. Gente que vai para lugar onde não tem médico, sobre primeiros socorros e medicina preventiva. Estudo e

recebo material dessa instituição sobre trabalho comunitário, mas o que me marcou para esse trabalho foi o internato rural e ponto final, já vim do internato com essa visão comunitária.

Uma vez por ano saio para um congresso médico generalista, fico sabendo de um curso dou um jeito de ir, devo a revista médica que assino. Consegui passar para a comunidade essa transparência. A comunidade já me conhece. Quando não sei alguma coisa eu falo para o doente na cara dele, olha aí, isso eu não sei não, tenho que buscar ajuda fora. Já saí daqui acompanhando o paciente. Tenho amigos nos hospitais onde trabalhei que me dão segurança de referência. A faculdade deveria ser referência para seus ex-alunos, deveria ter uma porta aberta para reciclagem e aperfeiçoamento.

A principal dificuldade aqui é o problema político, acharam que minha campanha contra a xistose era porque queria ser candidato nas eleições. A medicina no interior tem isso: o médico acaba comprando uma fazenda e sendo o prefeito da cidade. Então deixei bem claro, fui às pessoas certas para dizer que não sou, não quero ser candidato a nada aqui. Foi uma maravilha. Você tem de convencer que você chegou sem segundas intenções políticas, para tomar o lugar de ninguém, nem fazer nome em cima de ninguém. Vim só para exercer minha prática médica. Tivemos trabalho, eu e a dentista, para fazer um programa de saúde para o novo prefeito e até hoje não fez nada.

Outro problema é que sou plenamente favorável à socialização da medicina e eu tenho uma dificuldade tremenda de cobrar serviço médico. Isso é uma coisa particular, pessoal minha. Se vou a domicílio e a pessoa quer pagar lá mando procurar minha secretária, se vier bem, se não vier tudo bem. . . . Se o salário do médico for digno, socializar seria o melhor que poderia acontecer.

Acredito muito pouco na municipalização da saúde porque a politicagem entra nesse processo. Por exemplo, o último prefeito daqui era médico, morava em outra cidade, trabalhava lá como médico e em termos de saúde não fez nada pelo município. Uma coisa absurda: já um médico como eu acaba sendo o para-raio da comunidade, aqui sou um para-raio. Não atendo só medicina, para dentro desta sala vem briga de marido e mulher, briga de comércio. Frequento a igreja evangélica, me misturo com o povo, mas apesar dos evangélicos serem minoria, não tenho nenhum problema religioso com as outras pessoas. O autofalante da igreja católica anuncia as vacinações.

Além de médico sou professor nesta escola agrícola e dou aula de higiene rural, inclusive educação sexual, aids, tabagismo, alcoolismo, parasitoses, disseco coração de boi, os meninos vibram com isso. Tenho muito aqui é problema de aborto. Introduzi aqui a vasectomia, já fiz vinte e seis. Agora que o machismo está quebrado a procura está aumentando. Em 87 peguei aqui uma epidemia de rubéola, uma coisa violenta, um caso atrás do outro. Dei toda a orientação de isolamento e prevenção. Estimulei para que os que pudessem que pagassem a vacina, porque não tivemos para aplicar grátis, mas eu mesmo não fornecia a vacina paga.

Pelo suds encaminho os exames complementares, os casos de trabalho de parto e ortopedia para a cidade maior aqui perto. Pequena cirurgia faço todas aqui. Casos que não resolvo, mesmo carentes, mando direto à capital, onde tenho amigos. Tive casos aqui em que o médico da cidade vizinha, sem ética nenhuma, dizia que estava tudo errado. Não vou queimar minha imagem com uma máfia branca, não me envolvo com isso não, mando para a capital.

Casos de medicina legal me entendo com o delegado, mas um tivemos que fazer a necrópsia aqui na escola agrícola, eu e um legista que veio. Um tiro por

assalto, eu não quis fazer o laudo e encaminhei. Já doença mental eu vou até a última gota aqui, se não der, encaminho. Aprendi sozinho jamais não fazer nada que não saiba, não me aventuro, exceto obviamente na urgência. Por exemplo, levei duas crianças com parada respiratória, eu fazendo boca-a-boca, até um hospital. Deram alta precoce no berçário e o prematuro teve problemas respiratórios. Sabe o que fiz? Peguei essas perinhas de aspiração e fui usando a perinha nas narinas, 28 km de estrada, e a criança está viva aí. O outro bebê aspirou vômito e fui com ele com boca-a-boca até o hospital. Os academicistas que me perdoem, são casos heróicos."

"Minha formatura atrasou porque a escola ficou noventa dias em greve. No dia seguinte, eu, um colega médico e um metalúrgico fomos de carro para o Mato Grosso do Sul, visitar outro médico amigo. Eu já tinha idéia de tentar alguma coisa por lá. Queria uma coisa que fosse nova, para me testar perante situação nova, não queria coisa já viciada, começada. Lá me mostraram um mapa com vinte cidades sem médico. Uma ninguém queria ir, estava em calamidade pública. Eu me propus a ir para essa, na fronteira com o Paraguai. Para me animar me deram uma kombi.

O quartel do exército ali tinha um médico que não atendia a população civil. A calamidade eram quatrocentos e cinquenta famílias de brasiguaios, brasileiros que o Paraguai expulsou, acampados sem água e sem alimentação. Atendia num trailer do governo, onde havia medicamentos. Um dia eram sessenta crianças com sarampo, outro dia diarreia, caxumba, catapora e dois casos de febre tifóide. Comecei pondo cloro na água e depois vacinação. O trabalho deu certo, tinha morrido muita gente, mas depois que fui só morreram duas pessoas, uma de febre tifóide e outra de complicação de sarampo. Tenho um telegrama do governador me parabenizando. Tinha ainda muito trabalho na cidade, sem médico, mas ia no

acampamento até três vezes por semana durante quatro meses. Às vezes tinha que conseguir gasolina com o exército, porque o prefeito era contra o governador e contra o acampamento. Para hospitalizar eu levava guiando a kombi ou arrumava alguém para dirigir a ambulância até a cidade mais próxima. Depois fiquei mais sete meses nessa cidade, atendendo medicina geral de adultos e de criança.

Fui fazer cursos em Campo Grande (tuberculose, hanseníase) e fiquei sabendo de Rondonópolis, no Mato Grosso do Norte, e me mudei para lá. Fiquei um ano fazendo a mesma coisa e voltei para Minas. Na capital cliniquei dois meses, pensando em fazer residência e depois voltar para o interior. Mas estavam precisando de cirurgia numa cidade do vale do Mucuri. Telefonei perguntando se tinham anestesista: não temos. Mas faço obstetrícia e precisavam mais é quem fizesse cesariana. Fui já com a idéia de instalar lá o internato rural. Fiquei um ano, o hospital ficava com metade da renda das ações integradas de saúde e nós, os dois médicos, com a outra metade (mesma cidade do médico nº-9).

Ali o pessoal é muito carente, gente doente mesmo, muita doença, muita tuberculose, infectocontagiosas, desnutrição muito grande, de ter que internar. Meu colega estava estafado, ficou na administração e eu atendia. Logo foi implantado o internato rural. No hospital tinha uma irmã italiana e chegava remédios caros do estrangeiro e nós íamos à capital e trocávamos por mais comuns. Meu colega fazia peridural e eu operava, sem problemas. Fizemos o convênio das ações integradas, criamos a comissão municipal de saúde e trouxemos o internato. O problema maior era com o prefeito, ligado ao governador. A política desse governador em saúde é zero. Acompanhei três duplas de estagiários. Éramos amigos e estudava com eles, o preceptor levava muito artigo, muito livro bom, morávamos juntos. Isso me ajudou muito para me atualizar.

Situação chata eu tive uma vez quando o farmacêutico que era político influente na cidade me mandou um bilhete pedindo para "aliviar a barra" de um cidadão que tinha deflorado uma mocinha de quinze anos e era para eu atestar que ela ainda era virgem. Tive que falar que não.

Saí de lá por me sentir estagnado, na rotina. Vi anúncio que numa cidade uma multinacional de mineração estava contratando médico. Telefonei e relatei minha experiência, fui contratado por telefone. Fiquei um ano e meio e tive nova experiência trabalhando com recursos completos de diagnósticos, de tratamento e colegas especialistas. Mas voltei à capital porque concluí que, depois de ter tido essa visão ampla da prática da medicina, devo fazer residência de psiquiatria e quero estudar bastante neurologia."

"Pretendia fazer residência de ginecologia e vir para o interior, mas me formei desanimado. Minha cidade perto da capital estava saturada de especialistas e não queria ficar preso nessas clínicas que pagam uma miséria. Qualquer canto para mim servia. Trabalhar duas ou três vezes por semana e ficar à toa em casa não queria. Queria preencher minha vida, trabalhar muito, mesmo que ganhasse pouco, como ainda ganho aqui. O prefeito de minha cidade, me levando na conversa, disse que numa cidade aí perto o médico morreu e tinha ficado muito rico e tal. E foi assim que um mês depois de formado eu já estava aqui. No começo ainda solteiro, trabalhava aqui de segunda a sexta até às dezesseis horas e ia para casa. Oito meses depois me casei e fiquei morando aqui oito anos como único médico. Cada habitante daqui já entrou no meu consultório nem que seja como acompanhante, e eu conheço todo o município, cada localidade rural, em minhas visitas. Recebo pelo estado, prefeitura, sindicato e há dois anos pelas ações integradas, com o hospital de nove leitos que inauguraram um ano depois que cheguei. Veio uma auxiliar

de enfermagem da capital e demos um curso para duas aqui e mais um laboratorista e dois dentistas.

Hoje sou o prefeito, mas detestava política partidária, detestava o diretório acadêmico na faculdade. Cheguei aqui e na eleição do ano seguinte já queriam que eu fosse candidato, era o mesmo que me dar um tapa. O prefeito que me trouxe e disse se eu tivesse intenção que deixasse para o futuro. Veio o outro e faleceu com menos de um ano e o vice era saído da roça, ao contrário do primeiro, encheu a casa de funcionários e querendo resolver os problemas de minha área comecei a sugerir e ele aceitou minha assessoria para outras áreas. Não consegui nada, nem com ele nem como prefeito agora. A cidade não tem rede de esgoto até hoje e acho difícilíssimo vir a ter pela luta que já tivemos, minha última esperança é o fundo social do banco do Brasil.

Eu nunca pensei em enriquecer com minha profissão. Os estudantes ricos tinham certa ganância por dinheiro, por carro. Não tinha carro, morava com minhas irmãs estudantes em barracão num bairro distante. Aqui que eu vi que não ia ficar rico mesmo. A maioria vive do próprio braço, paupérrima. Fui atendendo o pessoal e fui fazendo parte dessa família e cheguei ao ponto de não cobrar mais as consultas particulares e não era para comprar votos. Acontece que passei a conhecer tanto a vida de cada um que sabia se ele pagasse uma consulta, não sei quanto cobram hoje, seria uma semana do serviço dele e mal dava para alimentação. Aquilo me dava um problema de consciência muito grande. Nunca tive consultório particular e não vou ter, não aqui. Muitas vezes meto a mão no bolso e dou o dinheiro pro remédio e nessa altura você é padrinho de tudo quanto é menino. Fiquei com a fama de bonzinho e os políticos começaram a me ver como aliado ou como concorrente. E eu fui me envolvendo e no fim achei que devia ser o prefeito mesmo. Tinha condições de resolver problemas de saneamento, de saúde e outros, mas até agora não consegui nada. Para não ficar contra o governador

saí do PMDB e fui eleito pelo PDC. Em lugar pequeno você não pode ser contra porque senão os benefícios não vêm.

Entrei disposto, meu concorrente tinha dinheiro, mas não tive dificuldade, tive 70% dos votos. Consigo conciliar com os atendimentos todas as manhãs no posto, só diminuí as visitas rurais. Arranjei um colega que atende aqui agora e posso viajar. As tardes são só da prefeitura e tenho três anos e meio pela frente.

Fiz os cursos de tuberculose, hanseníase, hidratação oral e dois cursos de psiquiatria pelo governo do estado, mas com o atual governador não deram mais. Tive interesse pela psiquiatria porque aqui tem doença mental acima da média. Tem muito casamento consanguíneo, epilepsia, psicose, alcoolismo e depressão. O consumo de medicamentos para isso, aqui, é um absurdo. Criamos aqui os alcoólicos anônimos. Mas 90% dos casos são comuns, verminose, insuficiência cardíaca, infecção urinária, otite, bronquite. Não vejo necessidade de hospital numa cidade como esta. Fazemos o pré-natal e encaminhamos o parto e também traumatismos maiores. Resolvo só com exame clínico. Falo que sou um médico que dá muito lucro, não peço exames. Todo médico dá prejuízo. Metem o pau no médico do interior porque não pede exame, é charlatão. É o contrário, horríveis são os médicos que não se interessam pela pessoa dos pacientes. No meu internato rural tinha um médico lá que só se interessava por dinheiro, tinha não sei quantas casas e uma fazenda muito grande que eu frequentava. Estou aqui há oito anos, tenho um sítiozinho de um alqueire, um carro e não tenho casa, pago aluguel."

"Formei e fui fazer residência de obstetrícia sem ganhar nada, e dava plantões em outra maternidade duas vezes por mês, ganhando pouco e já casado. Meu colega de residência prometeu vir para cá, mas não gostava de examinar criança e pediu para eu vir (cidadezinha próxima a Itabira).

Eu tinha idéia de vir para o interior mas não estava assim amadurecido ainda, queria primeiro terminar a residência, queria dar um tempo, organizar minha vida profissional para depois sair da capital. Respondi que não estava querendo, mas viria aqui para ele não ficar feio com o compromisso. Vim, conversei com o prefeito, decidi ficar, larguei os seis meses de residência e estou aqui sozinho oito anos, pelo estado e prefeitura, com dois auxiliares de saúde. Além disso dou plantão no hospital da cidade vizinha e atendo a área rural de lá, aqui perto.

Nenhum médico ficava aqui, tinham problema com o farmacêutico prático. A maioria dos médicos depara com um dono de farmácia que é dono da saúde e normalmente é um político, esse foi prefeito duas vezes. O médico do interior geralmente fica daqui e dali, não consegue ficar nem um ano no lugar. Tive agora proposta de outra cidade para assumir o hospital de lá com boa renda, mas só saio daqui para cidade maior ou para a capital, não vou sair de uma cidade pequena para outra quase do mesmo porte.

Meu problema com o dono da farmácia superei porque dei sorte. Na eleição o candidato com maior chance era a mulher dele e ele disse que ela só se manteria candidata se eu fosse demitido. Não aceitaram me demitir porque já estava aqui há um ano, o povo gostando de mim, eu muito interessado, tinha organizado o centro de saúde, se me demitissem podiam perder voto. Ele concordou, mas com ela eleita, eu poderia ser demitido. Mas ela perdeu e eu recebi o maior apoio do novo prefeito com mandato de seis anos. Arrumamos até mais uma farmácia para a cidade.

Consegui trabalhar apesar da perseguição que continuou. Daí eu passei a ser inimigo político deles. Cidade pequena não tem adversário; tem inimigo. Alguém passou para o outro lado, não querem nem saber. No final do mandato o prefeito ia para um enterro, sofreu um acidente no trevo

daqui, morreram todos os cinco, inclusive minha melhor auxiliar de saúde, a laboratorista. O vice não tinha a mesma liderança e chegando a eleição ou eu me candidatava ou tinha de mudar de cidade. Então me candidatei e perdi. Cochilamos, porque depois descobrimos que conseguiram transferir setecentos e cinquenta eleitores para vir votar neles, pois pelas prévias eu estava disparado na frente. Com isso, com dois mil e poucos eleitores, a mulher do dono da farmácia ganhou com setenta votos de frente. Se não fosse isso eu ganharia com quatrocentos de frente. Por inexperiência não impugnamos.

O povo me pedindo pelo amor de Deus para não sair, o farmacêutico negando aviar minhas receitas, a sua mulher tentando me transferir ou me demitir. Perdi o emprego da prefeitura e tenho o do estado que é do meu partido. Antes tentamos trazer um casal de médicos para fazer uma equipe de três no hospital que o prefeito ia construir. Mas ele ficou com medo do hospital ficar nas costas da prefeitura e não construiu. Tentamos outros médicos e não conseguimos. Eu ainda estou aqui porque tinha quatro empregos e perdi só um. Como dou plantão na cidade maior é fácil encaminhar o que não resolvo aqui. Fazia partos, hoje encaminho a maioria. Faço engessamentos mais simples, tenho um raio-X portátil, um eletrocardiógrafo e fazemos os exames laboratoriais mais simples.

Acima da média aqui é a doença mental, cidade pequena, muita consanguinidade, pedi para estudarem. Também alertei a secretaria do estado sobre a esquistossomose aqui. Numa época fizeram uma usina de álcool, amontoaram os operários no alojamento aqui e tive problema de tuberculose. Aqui não tem nada de saneamento, fiz um projeto completo como candidato, a prefeita falou que vai assumir esse projeto.

Procuro fazer os cursos da secretaria e da associação médica, mas é difícil eu sair. Recebia muita coisa

de um laboratório farmacêutico, eram os boletins que eu mais lia, mas o farmacêutico não faz o pedido mínimo de medicamentos para justificar a vinda do boletim e ele não vem mais."

"Enquanto estudante, eu trabalhava numa usina aqui perto. No dia seguinte à formatura aceitei convite do prefeito daqui e deixei lá. Um mês depois me casei e viajei para fora do país. Três meses depois voltei direto prá cá (cidadezinha na região de Itabira). Cheguei empurrando o táxi, por causa das chuvas. Não tinha hospital, uma casa velha era o posto de saúde, era tudo difícil, minha mulher não queria ficar. A casa melhorzinha estava prá alugar por trezentos, quando o dono soube que era para o novo médico subiu para dois mil. Não dava. Aí o prefeito aceitou pagar e ainda tive que ganhar para atender em duas outras cidadezinhas. Só ia de um lugar a outro se não chovesse. Fui um desbravador de floresta.

Depois, fui contratado pelo estado. Atendia no posto sem qualquer condição, fazia parto, curetagem, sutura, gesso, tudo no olho, sem raio-X, nada disso. Caso complicado ia de jipe para a cidade maior, parto ia de carro por causa do balanço. Meu ideal era a medicina preventiva. Foi um dia, não é mais. Aqui no país não tem condições para isso não. Mas era muito entusiasmado com a medicina social. Cheguei e comecei a fazer pesquisa, saneamento, meios de vida, costumes de trabalho. Fomos combatendo, alguns programas do governo ajudaram, como aquele para o pequeno produtor rural, financiado pelo banco mundial, com base num plano do município para saúde, educação, agricultura. Começou quando cheguei, terminou o ano passado, sete anos, funcionou bastante, não como devia, o povo daqui é em geral muito preguiçoso, nível cultural baixo, faltava às reuniões, nunca havia quorum para aprovar as decisões. Aqui só tem agricultura de subsistência. A agropecuária daqui, se

juntasse todo o mundo, só daria meia fazenda no norte de Minas.

Aqui não fazia campanha de imunização, era por cronograma. Pelas escolas rurais mandava aviso aos pais e ia lá vacinar, um dia para sarampo, coqueluche, varíola. Coisa nossa, tanto que temos pouquíssima doença infectocontagiosa, reduzida a quase nada. Coqueluche às vezes aparece porque tínhamos problema com a conservação da vacina e ainda temos sarampo fraco. Mas no início conseguimos grande sucesso com a medicina social. A mortalidade infantil caiu prá muito pouco depois que tratamos do saneamento básico, introduzimos o soro oral, a água filtrada, educação do pessoal. Tem esgoto na cidade, nos lugarejos é a céu aberto, mas como a população sai, não chega, não temos hepatite, meningite, ninguém traz. Fizemos também um centro e um posto de saúde, melhoramos todas as escolas e consultório odontológico, junto com a prefeitura.

Meu ideal em relação à medicina social foi se acabando devido ao governo. Prá ir à área rural, tinha que ir no meu carro, não tinha gasolina, diária, motorista, vacina. Isso foi me desiludindo. No início não me conformava, ia no governo, na associação médica, no centro regional, queria treinar gente, reclamar cursos. Os colegas me disseram que eu ia me angustiar com isso. Fui perdendo a alegria. E era mal remunerado para tanto entusiasmo. Se fosse viver de medicina social morreria de fome, tenho certeza. No início chegava no posto às sete e saía às onze, examinava o paciente da cabeça aos pés, fazia reuniões de família, de grupos de hipertensos, de gastrite, de nervosos, cursos para gestantes, para nutrizes, para professoras, primeiros socorros, palestras nas escolas. Não tenho um décimo desse entusiasmo, não me preocupo com nada disso, por causa desse nicho salário e por me negarem apoio. Não havia recursos nem para xerox ou mimeografar material dos cursos, arranjava por favor. E vai piorar depois desta eleição.

Depois que o hospital filantrópico foi construído ~~par~~seei a atender aqui também, mas por questões políticas já deixei de trabalhar aqui e mais tarde voltei. Estou indo ~~emb~~ora. Fui convidado pelo novo prefeito da cidadezinha ~~a~~qui perto, terra de minha esposa, e fui padrinho de casamento dele. Financeiramente é coisa melhor. Vou ter hospital e ~~gan~~harido estado, quinze salários da prefeitura e ainda pelas ~~ações~~ integradas de saúde. O médico que estava lá perdeu a elei~~ção~~ção e saiu de lá. Esse médico, de cabeça branca, era meu ami~~ção~~ção, agora está em outra cidadezinha. Perdeu a eleição porque é elite, o resto cá é povo, povão. Agora o prefeito veio dizer que o hospital não vai ser possível. Falei, ó ~~pre~~feito, se você não quiser fazer o hospital, faço por minha ~~conta~~, quero de você o cimento, transporte de material, uma ~~laje~~laje, são oitocentos e noventa e seis metros de construção. ~~Pro~~ meu lugar aqui, vem outro que não nasceu no Brasil como ~~eu~~ e ele formou na mesma escola depois de mim.

Quando cheguei aqui a desnutrição era o climax em adultos ~~e~~ crianças, melhorou um pouco nesse tempo, tem esquistossomo~~se~~se, outras verminoses, anemia, sequela de parto, neurose, ~~falta~~ falta de higiene pessoal, impetigo, escabiose, piolho, hoje ainda tem muita sarna, mas depois que vim, pode entrevistar ~~o~~ povo, isso aqui mudou da água pro vinho, mudou demais, acho que foi aquele meu trabalho de medicina social.

Minha mulher é orientadora educacional, é presidente do ~~club~~ clube das mães, eu e ela animamos a cidade, várias divers~~ões~~ões, esporte, fui diretor do time de futebol dez anos. Antes não havia nem um bar. Fizemos um posto de gasolina, com boate e danceteria. Politicamente fui candidato a prefeito três anos depois de chegar aqui, não era brasileiro ~~naturalizado~~ naturalizado ainda e mesmo assim fui candidato, contra o ~~pre~~feito antigo, o cacique daqui que tinha 100% dos votos. Nessa época ele me pediu apoio, falei que não mexia com política, mas se fosse mexer seria para ser eu o

candidato. Ele decidiu me perseguir a mando do prefeito que me tinha trazido. Foi a coisa mais fria e covarde."

"Durante a parte clínica do curso acompanhei cirurgia cardiovascular, já fazia muita coisa sozinha, operava varizes, implantava marcapasso, fazia extra-corpórea e fui amadurecendo para fazer residência em cirurgia. Aí, perto de me formar começaram a acabar com os cursos de residência, substituídos pelos de especialização, a coisa foi piorando a qualidade. Nessa época, você pode reparar, grande parte da minha turma não fez residência, está no interior. Estão no interior mas não sozinhos, sozinha acho que fui só eu. Então me formei com essa idéia de que a residência sem bolsa do governo era mão de obra barata, trabalho vinte e quatro horas por dia, sem pagar nada, como nesse serviço de cirurgia onde fiquei. E eu tinha problemas em casa com isso.

Meu pai se opunha a eu fazer residência de cirurgia, brigou comigo, queria que me empregasse. Essa mentalidade dele, não sabia o que era residência, ele achava que a gente formou tem que trabalhar como médica, qualquer emprego servia e toda manhã ele procurava nos anúncios cada emprego horróroso, de quinta categoria. Não quero fazer isso, é picaretagem, não estudei seis anos para fazer isso não, papai. Ah não? Então você faz ginecologia. Discutíamos demais. Resolvi então vir para o interior que eu já conhecia. Ainda mais que havia tempo que o prefeito da cidade lá me chamava.

Ia para o interior mostrar a meu pai que eu ia sobreviver, mas com serviço digno, à minha maneira. Não era trabalho como o que aparecia na capital nem ia-me especializar só para conseguir espaço, fazer o que ele me mostrava, empregos de quinta categoria.

O prefeito da cidadezinha no norte de Minas onde eu fiz o internato rural tinha um hospital fechado e

tinha conseguido uma enfermeira religiosa formada no exterior. Viemos ela e eu de Belo Horizonte e nós duas abrimos o hospital. Eu era solteira, morava no hospital, foi muito bom. Minha chegada foi muito tranquila porque era uma volta, já conhecia a população, tinha só três meses que saí de lá do internato, tinha ficado lá presa pelas chuvas, nas estradas de barro. Sem estranhar as pessoas e o lugar, esse trabalho foi uma coisa muito boa. Pegar uma coisa dessa maneira é muito bom, hoje sinto saudade do que deixei para trás, mas deixei tudo na hora certa.

Trabalhava no hospital e no posto, arranjaram meu contrato no estado, quarenta a cinquenta consultas por dia e vinte e quatro horas por dia à disposição da cidade. Isso dava uma cobertura boa, bom trabalho apesar de exaustivo. Não dava para sair da área urbana e ia na área rural só para chamados.

Fiquei cinco anos, era difícil sair de viagem, arrumar um médico temporário. Foi gratificante porque você vê de que é capaz sozinha, amadurece. No hospital partimos do zero, organizar, montar sala de cirurgia, de parto, esterilização, arquivo, pequenas cirurgias, emergência, mas o equipamento e algum material eram de doação. Nossa estatística era uma beleza, arrumamos o hospital direitinho. Treinamos duas auxiliares. Descobri essa minha facilidade para organizar, gosto de estar de olho fechado e achar cada coisa em seu lugar. Trabalhávamos com material bom, eu ia na capital e escolhia a dedo. Sobrou dinheiro esse mês, então me dá que eu vou comprar material cirúrgico, comprava pouco, mas o melhor. Ficou uma gracinha. Por exemplo, tudo que preciso numa sala de emergência tinha arrumadinho: medicamentos, aspirador, oxigênio. Recebemos do exterior doação de equipamento de guerra, para osso, para olho. Muita coisa aproveitei. O resto quis trocar e o prefeito não deixou. Aprendi essa administração lá e não na escola.

Com minha estatística se detectava muito sarampo, muita gastroenterite, comunicava a regional e fazia o que era necessário pelo estado. Pouco pela prefeitura, porque o prefeito não aceitava ser orientado.

Não tinha consultório particular, o pessoal é muito carente, não ia compensar. Atendia muita verminose, gastroenterite, sarampo, desnutrição, muita doença de Chagas, muita hipertensão, infecções de vias aéreas. Fazia cirurgia ambulatorial e fiz mais de mil partos. Padronizamos os medicamentos, fazíamos exames de laboratório e internávamos os encaminhamentos aqui nesta cidade maior, onde moro agora. Tinha uma barragem grande mas não se constatou esquistossomose, tivemos uma enchente onde tivemos trabalho com a água, também um surto de sarampo e fazíamos uma orientação constante sobre verminose e doença de Chagas. Atualizava-me frequentando os encontros que podia, comprando as novas edições dos compêndios e principalmente com o livro periódico clínica médica da América do Norte de adulto e criança.

Era bem-quista na cidade, participava de toda vida social, religiosa, esportiva, era parte deles. Meus problemas lá começaram com o novo prefeito que começou a tomar conta do hospital à maneira dele. Pôs o motorista da prefeitura para dormir no hospital. Começamos a perder o controle das coisas. Internava lá para comer mais. Isso não é função do hospital. Então, que ele desse um sopão para a fome das pessoas, arranjasse uma casa. Hospital não é hotel. Um dia fui atender no ambulatório e um dos pacientes estava com a roupa do hospital. Ah, foi o prefeito que mandou que internasse. Disse então: ele que trate. Saí e levei a carteira para ele dar baixa. Ele queria o hospital para fins eleitoreiros e não tenho jogo de cintura para isso, não entrei no jogo dele. Saí e ele não conseguiu médico para morar lá. Ele saiu da prefeitura e o sucessor dele está lá com o hospital, sem médico residindo na cidade, até hoje.

Vim para cá coordenar hanseníase e estou voltando a atender ambulatório. Faço medicina do trabalho, através de um curso que deram aqui, e atendo pronto-socorro e cti, esta cidade tem assistência médica completa. Casei com um fazendeiro, mas o trabalho me deixa ir pouco à fazenda.

Muita gente fica na dúvida em vir para o interior de medo de ficar só, parada no tempo e no espaço. Acho que se quiser não fica não. Fiquei só cinco anos e, diariamente, discutia e procurava os colegas. Depois vim pra cá e me entrosei tão bem. E isso significa que não andei para trás, pois se fosse assim, como iria me sair bem no pronto-socorro e no cti? Minha mãe, por exemplo, achava que eu ia jogar meu diploma no lixo. E o contrário, você pode criar, fazer muita coisa que um médico em início de carreira não tem espaço num centro maior. No meu caso, é claro que influenciou nisso o internato rural, porque durante cinco anos tive duplas de estagiários lá comigo me ajudando muito. Faziam partos comigo, acompanhavam até os pacientes internados comigo e discutíamos. Muitos escolhiam lá por conhecerem meu trabalho, meu apoio. Na verdade eu gostaria de estar lá até hoje se não fosse aquele fator político. Eu gostava do que estava fazendo."

"... em nossos países há... uma sombra que ameaça permanentemente o compromisso verdadeiro" (do profissional com a sociedade). "Com o centro de decisão econômica e cultural em grande parte fora delas" ... "são sociedades secas para outro." ... "Estas sociedades são e não são elas próprias". Esta alienação "geralmente produz uma timidez... um medo de correr o risco da aventura de criar..." "... No lugar deste risco que... também caracteriza a coragem do compromisso, a alienação estimula o formalismo, que funciona como uma espécie de cinto de segurança." Seu pensamento constitui-se "na nostalgia de mundos a léguas e distantes.

"Entretanto, no momento em que a sociedade se volta sobre si mesma e se inscreve na difícil busca de sua autenticidade, começa a dar evidentes sinais de preocupação pelo seu projeto histórico." ... "Estamos convencidos de que o momento histórico da América Latina exige de seus profissionais uma séria reflexão sobre sua realidade, que se transforma rapidamente, e da qual resulte sua inserção nela. Inserção esta que, sendo crítica, é compromisso verdadeiro. Compromisso com os destinos do país. Compromisso com seu povo. Com o homem concreto. Compromisso com o ser mais deste homem."

PAULO FREIRE (84)

"Mas faz tempo que o mineiro se desobrigou de qualquer realidade."

NIRLANDO BEIRÃO (apud (10))

4.0. COMENTÁRIOS

O objetivo, o método e os resultados deste estudo, confrontados com dados pertinentes da literatura disponível, permitem os comentários a seguir.

4.1. Objetivo

O estudo de egressos deveria ser prática usual das escolas e um dos elementos fundamentais para que elas próprias pudessem verificar como e em que medida suas propostas educacionais estão sendo alcançadas. Verifica-se, entretanto, que tal estudo, por parte da instituição escolar ou por investigadores individuais, é raro na literatura disponível e heterogêneo quanto a objetivo e método. Mudanças na estrutura e função da escola e das profissões, na virada do século, provavelmente determinarão crescente atenção a esta questão, apreendida desta vez de maneira abrangente e sistemática, inclusive com o fim de explicar a omissão observada até o presente (64, 221, 226).

A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), ao se preparar para a mudança curricular de seu curso médico, prevista para 1975, executou um projeto diagnóstico (264) do qual um dos subprojetos foi intitulado "Situação do médico formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais", desenvolvido em 1972. Essa pesquisa foi feita com base em entrevistas com médicos formados em qualquer época, indicados por médicos, estudantes e "clientes" como representativos dos diferentes "tipos" de médicos existentes no mercado e fora dele, naquele momento (67). Os dados obtidos foram fundamentais para a proposta apresentada em 1974 e indicaram o seguinte (resultados não publicados):

- a) sua atividade profissional era determinada mais pelas condições de trabalho do que pelas

prescrições da faculdade, embora considerassem, genericamente, boa a formação recebida;

b) perplexidade e despreparo diante do crescente assalariamento do médico e do consumismo em saúde;

c) especificamente tinham lembrança nostálgica e folclórica dos aspectos cognitivos de sua formação, adquiriram habilidades psicomotoras extra- e pós-curricularmente (não necessariamente na residência médica), sendo que os aspectos atitudinais (a que atribuíam maior importância do que se imaginava) foram obtidos mais na convivência com professores "marcantes" e pela "tradição" estudantil;

d) como crítica apontaram exemplos de matérias e disciplinas supérfluas ou inúteis e o abandono dos egressos em relação ao progresso técnico, sendo obrigados a se atualizarem por intermédio de propagandistas de laboratórios farmacêuticos;

e) um deles fez a sugestão para incluir médicos migrantes no estudo.

Em 1978, um dos membros da equipe dessa pesquisa, ex-líder estudantil, hoje técnico da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, realizou interessante estudo intitulado: "Pós-graduação, migração e práticas médicas: o caso da turma de 1968 da Faculdade de Medicina da UFMG" (270) - grupo que teve a peculiaridade de adquirir sua formação médica entre o "Ato Institucional nº 1 e o nº 5", ou seja, ao longo do progressivo endurecimento do regime militar da época, com grandes repercussões sobre a universidade brasileira, culminando, exatamente em 1968, com

uma reforma universitária imposta para conter a agitação estudantil que varreu todos os continentes naquele ano (40, 268). Além de levantar as expectativas profissionais dos colegas, o estudo analisa sua migração e sua prática naquele instante, e em particular a especialidade exercida e o tipo, a intensidade, os vínculos e os rendimentos do trabalho profissional.

O currículo implantado na UFMG em 1975, tendo tido a peculiaridade de ter sido precedido de levantamento diagnóstico, inclusive com dados de egressos, e de ser estruturado em integração ensino-serviço, inclusive com ambulatórios periféricos e com internato rural obrigatório (198, 264), pressupunha naturalmente o acompanhamento de seus próprios egressos, objeto do presente estudo, que, entretanto, se limita àqueles que tiveram a experiência de clinicar, isoladamente, em pequenas cidades. Apesar de tudo, esta delimitação tem o mérito de buscar o egresso em situação talvez a mais extrema de atuação médica: a) sem ajuda local de colegas, b) sem o mínimo de organização que garanta não só recursos locais de resolubilidade, mas também acolha o encaminhamento de casos não resolvidos, e, principalmente, c) sem ter suplementado sua graduação com a residência médica e sem vê-la complementada com educação contínua.

O fato é que, desde antes deste estudo possível, propunha-se o acompanhamento desejável de egressos, devendo ser feito de modo a cobrir todas as situações, inclusive o desempenho em situações opostas (do atendimento periférico primário ao central quaternário), devendo ser contínuo e não por períodos, devendo ser institucional e não fruto de iniciativa individual (com conseqüentes limitações metodológicas), devendo utilizar instrumentos diversificados e complementares entre si, e, enfim, devendo suprir de dados quer o lado formador, quer o lado utilizador dos profissionais.

Esta proposta institucional foi esboçada em 1982, no clima da abertura democrática do país, quando se procurou resgatar tentativas anteriores de cadastro e acompanhamento das escolas médicas. A idéia de se reunir os Ministérios da Educação, Saúde, Previdência & Assistência Social, Ciência & Tecnologia (MEC-MS-MPAS-MCT), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e as Universidades, por intermédio de uma equipe inicialmente composta dos Professores Maria Cecília Ferro Donnangelo, Antônio Sérgio da Silva Arouca, Hésio de Albuquerque Cordeiro e João Amílcar Salgado, autores de teses de doutorado relacionadas com o tema (9, 50, 61, 217), e coordenada pelo Professor José Paranaguá Santana infelizmente não pôde ser concretizada (226). Essa equipe reuniu-se apenas uma vez. Da ambiciosa proposta inicial só foi concretizado um conjunto informatizado de dados mais gerais sobre os cursos de medicina brasileiros referentes a 1981, sumarizados numa publicação de 1986 (227), cuja íntegra se encontra no Núcleo de Processamento de Dados da Universidade Federal de Uberlândia, em Minas Gerais.

Paralelamente, dentro do próprio MEC, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES) e o Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos (INEP) se associaram ao Centro de Sondagem Conjuntural para a realização de um projeto nacional com o objetivo de "reunir num único projeto, o esforço das Instituições de Ensino Superior interessadas em conhecer a situação do mercado de trabalho de seus egressos". Das instituições só se teve conhecimento do estudo da Universidade Federal Fluminense referente a cinco cursos - medicina, biologia, química, educação e administração e a egressos diplomados em 1972, 1975, 1978 e 1980 (127). Procurou-se conhecer, analisar e avaliar a trajetória profissional dos egressos desses cursos, especificamente, a relação entre o curso realizado e a

ocupação exercida, o período de desemprego pós-conclusão do curso até encontrar atividade ligada à formação, bem como ocupações fora da carreira. Os métodos e resultados desta pesquisa serão comentados nos itens correspondentes a seguir.

Exemplo de estudo fora da medicina, mas se limitando ao mercado de trabalho, é aquele feito na UFMG para pedagogos (41). Esse estudo mostra a divergência da orientação entre a Faculdade de Medicina e a de Educação, na época, quando na primeira os investigadores se recusaram a tomar o mercado de trabalho como única referência para o perfil do profissional a ser formado e propuseram centrar os estudos em necessidades sociais, no caso, de saúde, em vez de demandas do mercado. Outra preocupação foi a de evitar rótulos vagos ou inespecíficos sobre os egressos, ou seja, concluir pela excelência da escola com base no sucesso profissional dos egressos, seja esse avaliado nos termos exclusivamente econômicos da prosperidade financeira individual, seja ajuizado em termos subjetivos demais, tais como ter boa reputação profissional, ter fama, ou ter-se tornado cidadão respeitado como profissional. Tomados como simplificações, esses vieses são armas fáceis para mistificações e manipulações.

Na verdade, caso aquelas duas iniciativas paralelas e abortadas no próprio MEC tivessem subsistido é possível que tivessem desestimulado o surgimento de três iniciativas equivocadas capazes de desmoralizar qualquer retomada séria do estudo de egressos. A primeira delas foi a publicação anual, pela revista popular erótica "Playboy", do "ranking" dos cursos superiores brasileiros (Tabela 4.1.1) de graduação e pós-graduação, exatamente com base no levantamento de opiniões sobre a reputação de cada qual e do sucesso profissional de seus egressos (35). A segunda foi a proposta do Grupo Executivo de Reforma do Ensino Superior (GERES) (45), outra medida paralela às já mencionadas, mas que surgiu no MEC no contexto de classificação das universidades e faculdades em

níveis de excelência (241) e sob a pressão norte-americana de se implantar na América Latina um sistema de "acreditação" de escolas (221, 248). O projeto GERES neutralizado pelas comunidades universitárias (4) é ressuscitado a cada novo ministro da educação e foi transferido, sem êxito, para o Conselho Federal de Educação. A terceira iniciativa equivocada consistiu no ressurgimento da tentativa de implantação do exame de estado, ou de ordem, para licenciamento de egressos dos cursos médicos como condição para o exercício profissional, desta vez proposto pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo para vigorar em todo o país, sendo que já vigorava nacionalmente para os advogados (221).

Esses três movimentos devem ser vistos como parte do refluxo neo-conservador dos anos 80, que dentre suas diversas características sofisticadas inclui a retórica da qualidade, da avaliação e da produtividade competitiva (241), usada como "marketing" de sustentação de estruturas de fato decadentes e de outro modo inaceitáveis, retórica que rende, adicionalmente, uma "indústria da qualidade" (40).

Tabela 4.1.1. Classificações feitas anualmente pela versão brasileira (Editora Abril) da revista **Playboy**, dos EUA, dos dez melhores cursos de medicina do Brasil, desde a primeira, em 1982, até 1991, sumariadas para o intervalo de dois anos.

	1982	1984	1986	1988	1990	1991
USP - São Paulo, SP	1	1	1	1	1	1
Escola Paulista(1)	2	3	3	2	2	2
Ribeirão Preto(2)	3	2	2	3	3	3
UFRJ	4	4	4	5	5	5
UNICAMP(3)	[?]	5	6	4	4	4
UFMG	5	6	5	6	7	7
UERJ	6	[?]	7	10	[?]	[?]
UFBa	7	[?]	[?]	[?]	[?]	[?]
UFRGS	8	8	9	9	8	8
UFPA	9	9	10	10	9	9
Santa Casa, São Paulo, SP	10	[?]	[?]	8	10	10
Botucatu (4)	[?]	7	8	7	6	6
UnB	[?]	10	[?]	[?]	[?]	[?]

1) Federal, São Paulo, SP; 2) USP; 3) Estadual, Campinas; 4) Estadual, UNESP.

Obs.: A ausência da UNICAMP em 1982 e suas classificações posteriores não são relacionáveis a nenhum fato pedagógico conhecido entre os educadores médicos; o mesmo é válido para a situação recíproca da UFBa.

Fonte: Revista **Playboy** das edições das datas referidas.

(Ao médico rival, no jornal da cidade)

"Se matas, de que tens medo?
Os jornais guardam segredo
E os mortos não tornam cá.
Cavalgando a velha mula,
Que forma, contigo, um par,
Levas a ciência nula
Onde a mula te levar."

XAVIER DE NOVAES (apud (48))

4.2. Método

O método adotado na presente investigação decorre da experiência com estudos diagnósticos iniciados, em 1972, para a mudança curricular implantada a partir de 1975, no curso médico da UFMG, quando foram utilizadas entrevistas abertas seguidas de questionários, aplicados a egressos, a professores, estudantes e médicos residentes. Naquela época parte da equipe insistia e até hoje insiste em que paralelamente a todo esse processo não se poderia deixar de fazer levantamento semelhante junto a pessoas da comunidade na área de influência do curso médico estudado. Por questão de tempo e de recursos, optou-se pelo não levantamento primário de dados referentes a estes e a outros aspectos da "realidade de saúde", com o argumento de que esta já estaria suficientemente delineada por dados (predominantemente indicadores) já disponíveis, sobretudo em órgãos de planejamento do governo estadual e de cujo levantamento parte da equipe de pesquisa participara (264).

Talvez seja oportuno lembrar que as informações obtidas com as entrevistas abertas (90) se mostraram mais ricas do que aquelas quantificáveis por questionários adaptados à informatização (que se iniciava naquela época). E essa pesquisa informatizada foi feita (31) não só para fins de objetivação confirmatória, mas como estratégia para a mudança a ser feita, pois o grupo de professores mais conservadores incluía justamente pesquisadores médicos reconhecidos, que cobravam dos proponentes rigor quantitativo em suas premissas diagnósticas.

No presente estudo a mesma lacuna se observa. Não foi possível ouvir a comunidade que utiliza os serviços dos profissionais entrevistados, e nem foi exequível, inclusive por razões éticas, ouvir o que se denominaria "o outro lado" das situações aqui relatadas, ou seja, o depoimento de :

- a) oponentes ou aliados no aspecto profissional (colegas, farmacêuticos práticos, parteiras leigas, extensionistas rurais, professores de 1º e 2º graus e políticos locais),
- b) chefias hierárquicas nos centros regionais de saúde, e
- c) colegas para os quais, predominantemente, eram encaminhados os casos não resolvidos.

À maior ou menor necessidade de serem ouvidas essas ou outras pessoas será uma das conclusões do presente estudo, que poderia subsidiar a montagem do conjunto de instrumentos de investigação diversificados e complementares entre si, destinado, como já mencionado, a cadastro e acompanhamento de caráter institucional, sistemático e contínuo de egressos.

Com ampla disponibilidade de recursos e ao longo do tempo, talvez seja possível obter o grupo controle para cada currículo médico, o que foi proposto, inicialmente, para a presente investigação, e não foi possível, porque, nas condições de que se dispunha, não se conseguiu identificar um número satisfatório de profissionais formados fora da UFMG, no mesmo período, e que apresentasse um mínimo de pareamento de características capazes de validar conclusões quanto à influência do tipo de formação sobre a prática profissional.

Dados sistemáticos e contínuos permitiriam estabelecer relações longitudinais ao longo da biografia de cada profissional e de todos, desde a origem geográfica e social até a aposentadoria e morte, permitindo cortes transversais em relação a qualquer variável e em relação a outros dados longitudinais da realidade de saúde e da realidade tecnológica, ambas em acelerado processo de mudança, com avanços e retrocessos.

Quanto à escolha do modo de apresentar os resultados das entrevistas, deve-se assinalar que se optou por extratos biograficamente consistentes e que permitem a leitura por assunto e por profissional. Esta foi a maneira encontrada de não sonegar à curiosidade do leitor o painel abrangente da formação e vida profissional dos médicos estudados e ainda de minimizar os vieses, inclusive inconscientes, determinados por eventuais idéias preconcebidas da autora, na seleção subjetiva de fragmentos, ou mesmo dos leitores, na leitura fragmentada (67).

Podemos até sugerir que tal escolha, em estudos semelhantes, deva decorrer, como resultado "líquido", da própria produção "bruta" da pesquisa, sendo a melhor maneira encontrada para expor o que se obteve, e não significando o desmerecimento de outras opções (13, 26, 43, 58, 66, 142, 192), inclusive da mesma equipe (89, 90).

Analogamente, assim como a entrevista foi utilizada pioneiramente por Donnangelo (61) para o estudo do mercado do trabalho médico, observa-se que, nas avaliações posteriores deste, da força de trabalho e da disponibilidade de recursos humanos, foram utilizados outros métodos, sobretudo censitários (95, 96, 97, 99, 153, 154, 171, 172, 173, 235) igualmente válidos. Complementarmente, o Centro de Memória da Medicina de Minas Gerais está fazendo um levantamento de relatos pessoais, de valor na compreensão geral de egressos (34, 44, 48, 57, 59, 114, 126, 131, 139, 155, 167, 168, 214, 223).

Para isso seria desejável certa coordenação ou até integração entre os estudiosos, não para uniformizar métodos, mas para evitar duplicação de esforços e para um mínimo de consenso sobre objetos de estudo, sobre comparabilidade de dados e sobre conceitos clássicos e emergentes (Figuras 4.2.1. e 4.2.2.).

OBJETIVO E ÂMBITO DO ESTUDO DE EGRESSOS

DESEJÁVEIS	TENDENCIOSOS
<p>-Memória Censitária</p> <p style="margin-left: 20px;"> CADASTRO <ul style="list-style-type: none"> . Das instituições . Da localização e origem dos egressos . Bibliográfico . Através e para a educação contínua </p> <p style="margin-left: 20px;"> BANCO DE DADOS <ul style="list-style-type: none"> . Força de trabalho ou recursos humanos . Formal e informal . Empregados, subempregados e desempregados . Desvios por super/subutilização da qualificação ou para qualificação </p>	<ul style="list-style-type: none"> . Restringir-se ao mercado aparente . Retórica/indústria da qualidade . Acreditação de escolas, cursos e serviços
<p>-Estudo direto integrado dos egressos</p> <p style="margin-left: 20px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Questionários postais - Entrevistas <ul style="list-style-type: none"> . com formulário fechado informatizado . abertas gravadas - Ensaaios analíticos com bibliografia </p>	<p style="text-align: center;">X</p> <ul style="list-style-type: none"> . Exame de ordem . Rotulação subjetiva
<p>-Estudo comparado</p> <p style="margin-left: 20px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Cadastros, banco-de-dados e estudos diretos - Regionais e internacionais </p>	<ul style="list-style-type: none"> . Discriminação consciente/subconsciente
<p>-Cobertura</p> <p style="margin-left: 20px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Contínuo e não por períodos - Do berço à aposentadoria - Do cuidado primário ao quaternário - Institucional e não individual - Dados para uso geral do ensino e dos serviços </p>	<ul style="list-style-type: none"> . "marketing" institucional

Figura 4.2.1- Objetivo e âmbito, desejáveis e tendenciosos, do estudo de egressos, bem como sua relação com os dados censitários e biográficos e com a educação contínua.

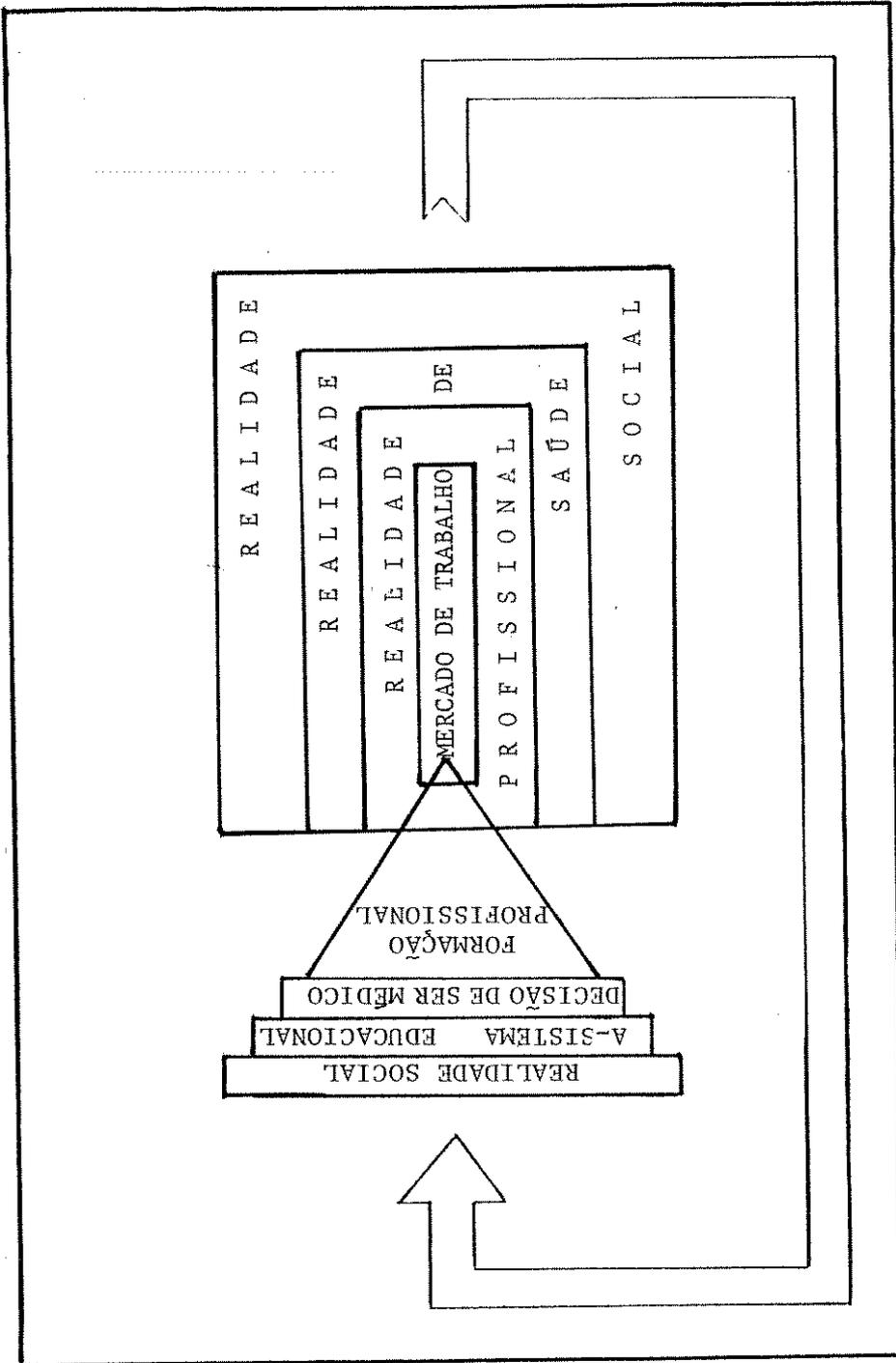


Figura 4.2.2. Gráfico demonstrativo da necessidade de o estudo de egressos estar relacionado à formação profissional e ao contexto de progressivos degraus da realidade.

Passo importante nessa direção seria esclarecer e anular os fatores que separam pedagogos que cuidam de egressos de especialistas em recursos humanos que cuidam da força ou do mercado-de-trabalho. Como a origem dos primeiros remonta às normalistas e a dos segundos remonta aos engenheiros tayloristas, podemos detectar na discriminação daí decorrente (ver predominância de autores e autoras, respectivamente, que cuidam desses assuntos nas referências bibliográficas do presente estudo) parte da explicação para a escassez qualitativa e quantitativa de estudos e o conseqüente amadorismo na área da educação em saúde, inclusive no fundamental capítulo dos egressos.

E no estudo de egressos contamos com mais um componente de preconceitos, quando se trata de profissionais que optaram pelo interior. Mesmo estes, apesar de sua opção, não escondem preconceito contra si próprios e os próprios pesquisadores, apesar do esforço de isenção científica, podem contaminar o objetivo, a metodologia e a análise de resultados de suas investigações com componentes sobretudo subconscientes de eventual ponto de vista preconceituoso contra o médico rural ou da roça (7). Um recurso que pode diminuir este viés é aumentar a cultura dos pesquisadores. Por exemplo, se souberem que o primeiro impacto da tecnologia médica realmente significativo sobre o decurso próprio das doenças foi propiciado pelo desenvolvimento da vacina (antivariólica) para aplicação em massa e que o autor dessa revolução foi Jenner, um médico rural (219), suas idéias sobre este tipo de médico não serão as mesmas. Por outro lado, ao contrário de Jenner que nunca deixou a cidade do interior onde clinicava, muitas figuras eminentes da medicina em grandes centros tiveram formação na medicina rural, passado que nem sempre consta de suas biografias oficiais (ver a seguir).

.....

“Os outros ~~meninos~~, um queria ser médico, o outro pirata, outro engenheiro, ou advogado, ou general. Eu ~~queria~~ ser um pajem medieval... Mas isso não é nada. Pois hoje eu queria ser uma coisa mais ~~louca~~: eu queria ser eu mesmo!”

MÁRIO QUINTANA (196)

4.3. Resultados

4.3.1. Decisão de estudar medicina

As declarações dos 22 médicos sobre sua decisão de estudar medicina não contradizem os dados de GARCIA (92, 93), referentes à América Latina, de NUNES (176), ao Brasil, São Paulo, e de CAMPOS e col. (31), ao Brasil, Minas Gerais. A Tabela 4.3.1.1 apresenta as idades correspondentes às etapas da decisão de ser médico, obtidas por esses autores. Como a maioria dos médicos ora estudados se refere a uma decisão semelhante aos dados de CAMPOS e col., que são de estudantes quase contemporâneos na mesma faculdade, é possível que esta não seja uma característica distintiva dos médicos que preferem trabalhar em cidades pequenas.

Quanto a outras eventuais relações entre seu modo de decidir sobre a profissão e sua posterior decisão de clinicar isoladamente no interior, é possível encontrá-las no estudo da imagem que o futuro profissional traz antes, durante e após decidir quer sobre estudar medicina, quer sobre o lugar onde trabalhar.

GARCIA quando esteve pela primeira vez em Minas Gerais, em 1974 (264), ao demonstrar a satisfação (que todo pesquisador tem em situação análoga) de verificar nos dados de CAMPOS e col. a confirmação de seus resultados, estimulou a equipe a que desenvolvesse a investigação da IMAGEM do médico. Na Tabela 4.3.1.2 são colocadas comparativamente as respostas dos três estudos já referidos e que têm a ver com os valores ligados à profissão e ao profissional. Como se observa, em estudos subseqüentes as perguntas deverão ser mais precisas para o estudo comparativo da imagem.

Tabela 4.3.1.1. Idades em anos das etapas da decisão de ser médico e de início do curso, referente a estudantes da América Latina e do Brasil, segundo três estudos publicados entre 1967 e 1976.

Estudos publicados	Idade em que pela primeira vez pensaram em estudar medicina	Idade em que decidiram estudar medicina	Idade em que entraram no curso médico
América Latina*	13/14	16/17	18/19
Brasil, Minas Gerais**	13/17	14/19	18/22
Brasil, São Paulo***	13/18 (53% antes dos 14 anos)	13/20 (16% antes dos 14 anos)	18/22 (4,9% após os 22 anos)

* GARCIA, 1967; ** CAMPOS e col, 1973; *** NUNES, 1976

Obs.: Para maior rigor verificar nas publicações as datas reais de obtenção dos dados, sempre anteriores às publicações.

Fonte: *apud* (31, 92, 176).

Tabela 4.3.1.2. Valores ligados à imagem da profissão médica e do médico, entre estudantes de medicina da América Latina e do Brasil, em três estudos publicados de 1967 a 1976.

AMERICA LATINA *	BRASIL, MINAS GERAIS **	BRASIL, SÃO PAULO ***
Interesse pela biologia	Honestidade (96,8%)	Serviço da coletividade (66,1%)
Profissão muito respeitada	Preocupação com atualização de conhecimentos (96,7%)	Responsabilidade social (63,3%)
Segurança, variedade, independência e boa renda	Bom senso (96,2%)	Auxílio direto ao indivíduo (54,4%)
Ajuda às pessoas	Dedicação ao paciente (95,9%)	Trabalho mais árduo que outros (24,5%)
Vocação	Calma (90,9%)	Alta posição na comunidade (17,2%)
	Limpeza (90,8%)	Verdadeira capacidade é reconhecida pelos colegas (8,3%)
	Compreensão (90,0%)	Segura e lucrativa (4,5%)
	Discreção (89,0%)	
	Inteligência (87,4%)	
	Amabilidade (81,5%)	

* GARCIA, 1967; ** CAMPOS e col, 1973; *** NUNES, 1976

Fonte: apud (31, 92, 176).

Na verdade a riqueza do tema percebida por GARCIA corre paralela com sua complexidade em compreensão e extensão. SALGADO (217), ao procurar estes limites, afirma que o currículo real "que o estudante formalmente começa a cursar, ao ingressar na faculdade, na verdade se inicia muito antes, em virtude da imagem do médico que cada pessoa traz consigo e que certamente influi em sua opção vocacional. Essa imagem elaborada ao longo do tempo provavelmente tem três componentes principais: as experiências da pessoa no eventual papel de doente, a imagem transmitida adicionalmente pela(s) subculturas(s) em que tem vivido (incluindo-se aqui os casos de médicos na família) e a transmitida pelos meios de comunicação de massa". Insiste o autor: "o currículo inconfessado começa muito cedo, bem antes da escola formal, quando o futuro médico, ainda recém-nascido, recebe a ação profissional do primeiro médico que dele se aproxima. E a imagem do médico que se esboça desde tão cedo não se elabora fortuitamente, caso por caso, mas é o começo de uma ontogênese co-extensiva à filogênese da imagem antropologicamente elaborada a partir do primeiro xamã da tribo primordial". A seguir adverte sobre os graves aspectos da relação entre essa imagem e o exame vestibular, e entre ela e as decepções, frustrações, traumas e problemas mentais do estudante de medicina.

As decorrências pedagógicas dessas observações incluem a proposta de, logo ao entrar na escola médica, estimular o estudante a fazer uma oportuna reavaliação crítica de sua opção vocacional, através da devolução a ele destes e de outros dados pertinentes (264). Começaria pelo debate em torno de uma definição de opção vocacional: "a inclinação natural para, através de competência e desempenho de papéis que permitam efetiva relação médico-paciente, usar técnicas seletivas e específicas para atender necessidades de saúde" (217). Essa definição, ou sua modificação após o debate, seria a seguir contraposta à ostensiva ou dissimulada imagem trazida

pelo estudante, particularmente no aspecto "status" ligado à profissão, ou seja, à idéia de que poder, prestígio, riqueza, imunidade política e física e outros privilégios possam ser obtidos com o diploma, enfim, a idéia de que a profissão possa ser veículo de ascensão social" (84, 143, 154, 165).

Em princípio, os 22 médicos deste estudo fizeram esta reavaliação no início de seu curso, por sinal, na disciplina, da qual a autora hoje é docente, e percebe-se que os bons propósitos do objetivo educacional se mostraram insignificantes no atropelo do currículo real e da realidade profissional, a seguir analisados. Esta frustração poderia ser diferente caso a implementação curricular tivesse sido completada através das atividades das disciplinas integradoras (que não foram implantadas exceto uma que logo foi desviada de seu objetivo pedagógico) e através da figura do orientador de currículo (análogo ao tutor de McMaster, referido a seguir, e ao orientador da pós-graduação), mas muito mais um amigo do estudante e que também não foi implantada, pois os Projetos Integrados de Implementação do Desenvolvimento Curricular (265), por erro político, foram considerados não essenciais e deixados de lado.

Ainda sobre a imagem do médico, a presente investigação expõe outros aspectos que confirmam a riqueza do tema. De modo bem claro, as experiências profissionais aqui narradas incluem componentes de regressão ao passado da medicina, os quais estão dramaticamente postos lado a lado com a perda do "status" do médico. Assim, o médico, ao se dirigir à pequena cidade, não vai regredir ao passado, mas acumular várias fases do passado com o presente onipresente através do braço comprido das comunicações modernas. E assim vai ser um profissional de muitas imagens para os pacientes, para a comunidade e, o que é pior, para si próprio.

A primeira e mais primitiva é a imagem sacerdotal que transforma o surpreso doutor em "para-raio" da

sociedade e que nos surpreende ao vê-la subsistir mesmo quando tal sacerdote é assalariado e não participante do sistema de poder. A regressão à imagem e à função xamanísticas (217) leva junto a cobrança da postura "humanitária" em contraposição à postura "cínica" do médico urbano tecnocrata (ver esta tipologia **apud** NUNES (176)). Impressiona como esta cobrança é feita a si próprio pelo médico (auto-imagem sacerdotal) e, em coro, pelos colegas "cínicos" urbanos, pelos pacientes, pela comunidade e, enfim, por nós, pesquisadores acadêmicos quando os elegemos para sujeitos (eventualmente sob os protestos de sua esposa ou de sua família). A propósito ouvimos de um "cientista" o juízo de valor de que o médico que busca o interior para ficar rico é desonesto. Ao mesmo tempo, na comunidade onde se espera dele ser um apóstolo ele é cobrado por não ter carro-do-ano, fazenda, mansão e esposa bonita, como está nos depoimentos. Para complicar mais a situação, a primeira telenovela e o primeiro noticiário da primeira repetidora de televisão que chegam à pequena cidade virão condicionar a cobrança mais atual: é a da imagem do médico ligada à medicina de consumo. Ela traz a aspiração por procedimentos profissionais especializados e/ou sofisticados, externada mais pelos clientes do que pelo profissional, neste caso já antes não bem aceito por não partilhar daquela aspiração exatamente por não ser especialista na cidade grande e, sim, médico geral no interior. Isto está evidente nos relatos de exigência de hospitalização para partos simples, feita pelas gestantes ou sua família, mesmo que implique viagem à cidade maior, ou a exigência de realização de exames laboratoriais, mesmo que o médico não tenha dúvida sobre o diagnóstico.

Observe-se que o médico que se interioriza, mas vai para cidade maior como especialista, está a salvo de algumas dessas contradições e situações de conflito. De qualquer modo não cabe aqui levantar todos os aspectos desse tema, mas lembramos, para terminar, que a importância da

imagem está simbolizada no fato de que uma das mais revolucionárias reestruturações da assistência médica da história foi feita na China, usando-se dialeticamente uma anti-imagem do médico hierático: o médico de pé-descalço (181).

Como lição, de ora em diante, grande progresso poderia ser assegurado se nos desvencilharmos do maior número possível de idéias preconcebidas destituídas de qualquer fundamento exceto fatores como os acima. Por exemplo, a idéia institucionalizada em nossa antiga educação de 2º grau de que o aluno que fazia a pré-opção pelo "Curso Clássico" (letras e humanidades) deveria estudar direito e pelo "Curso Científico" estudaria engenharia ou medicina, a primeira se o aluno se inclinasse pela matemática, e a segunda pela biologia. Não se trata de negar inclinação, gosto, tendência, vocação, dom ou talento. Trata-se de verificar que dimensão isenta deve ser atribuída a isso para a organização da educação, dos currículos, das carreiras e dos serviços, e que grau de irreversibilidade ou de determinismo horoscópico ou de racismo disfarçado pode haver por trás das idéias antigas e menos antigas sobre o assunto.

Nessa linha, assim como não subsiste justificativa pedagógica para essas discriminações estigmatizantes institucionalizadas nos antigos cursos de 2º grau, não deve havê-la para a atual organização dos ciclos básicos nas universidades, plantados em institutos de ciências biológicas, de ciências exatas e de ciências humanas ou sociais. A existência destes deve ser fundada em claras razões sócio-econômicas, de pesquisa e de pós-graduação, mas jamais ser legitimada através de sua origem - os ciclos básicos de graduação - anacronismos que sobrevivem por corporativismo e outros interesses, nenhum de natureza pedagógica.

Estudos em número crescente mostram que o interesse e o desempenho destacado em ciências em geral e em

biologia nos estudos pré-universitários ou no ciclo básico do curso médico não fará do estudante um médico mais interessado e destacado do que colegas sem tal precedente (71, 103). O mais notável é que seu interesse e destaque prévios predizem apenas interesse e destaque no ciclo básico e não no ciclo clínico. Ao se especializar, um estudante destes buscará a anestesiologia, a patologia clínica ou a cirurgia, enquanto os outros procurarão a clínica de adultos, a pediatria e a psiquiatria - áreas ligadas ao cuidado primário, à cobertura comunitária e ao compromisso social. Está aí uma das pontas da meada com que se revelam os componentes estruturais do velho elitismo da medicina.

Assim, o modelo biocêntrico de educação médica, contraposto ao modelo sociocêntrico de advento recente, na década de 70, não pode ser explicável por ter surgido em época de euforia no âmbito da biociência, pois muito antes já se sabia ser a medicina uma "ciência social" (100, 162, 210, 219, 246).

Do ponto de vista técnico, a prestidigitação biocêntrica se operou por intermédio da falsa identidade entre ATITUDE científica e sobrecarga de CONTEÚDOS cognitivos científicos, confusão já cristalizada no pós-guerra, quando a Fundação Rockefeller disseminou o currículo de origem flexneriana (originalmente contrário à pedagogia do conteúdo, coerentemente com a "escola nova" (76)), por quase todo o mundo, inclusive Cuba e China, pré-socialistas (248).

Curioso é que um dos docentes mais versáteis da UFMG tratou da questão, pioneiramente, mas sob outro ângulo, ligando a rejeição à matemática entre os médicos ao poder corporativo (272), enquanto Pedro Nava abordou a mesma questão, relacionando, com base em Afrânio Peixoto, a inclinação à música e à matemática (oposta à literatura e ao engajamento social) a fatores culturais que separavam norteamericanos e europeus antes da II Guerra (168, 198).

Tudo isso indica que a atual efervescência da substituição da pedagogia do conteúdo pela pedagogia centrada-em-problemas é apenas a parte mais visível das transformações educacionais da virada do século e que naturalmente implicam desnudar mistificações que por muitos anos douravam preconceitos impostos em nome da ciência. E indica também que o aspecto mais revolucionário da chamada "escola nova", que é ser anti-autoritária, ameaça completar cem anos antes de finalmente ser encarado com alguma seriedade pelos próprios conservadores.

Outro debate ligado diretamente a nosso estudo leva-nos a repensar o que se tem admitido até agora como escolha, opção e preferência, e seus significados para a profissão, a carreira e a prestação de serviços. Podemos, por exemplo, levantar quantas escolhas coincidiram com preferências e vice-versa, e daí quais suas repercussões. MATTESON & SMITH (149) mostraram que, em um centro médico dos EUA, as cinco principais razões apresentadas pelos estudantes para não escolher a futura especialização pela qual tinham preferência foram: baixa demanda (26%), tipo de treinamento a cumprir (15%), muito prolongada (14%), falta do preparo pessoal requerido (07%) e muita responsabilidade (07%). Parte do questionário aplicado incluiu uma "escala de intolerância à ambiguidade" destinada a avaliar o grau de tolerância que um indivíduo apresenta em situações ambíguas ou não-estruturadas. A maior diferença entre escolha e preferência ocorreu para a medicina interna, a cirurgia e, em menor grau, a psiquiatria, ou seja, 41% escolheram medicina interna mas apenas 35% a preferiam, 20% preferiam cirurgia mas apenas 13% a escolheram, e 07% preferiam psiquiatria mas apenas 05% a escolheram (isto pode ter ocorrido também na história da profissão). Curiosa é a peculiaridade entre as mulheres que apresentaram iguais preferência e escolha para a medicina interna, ao passo que no caso da medicina geral (ou de família), apenas 09% a preferiam sendo que 17% escolheram, e no caso da ginecologia-

obstetrícia, 09% a preferiam mas apenas 05% a escolheram (sem diferença para os homens nestes dois casos). Mesmo que apenas um estudante tenha verbalizado ter evitado a especialidade preferida, porque era inconsistente com sua personalidade, é possível que no processo decisório influam fatores de personalidade. Por exemplo, a intolerância à ambiguidade, ou seja, a tendência em perceber como ameaça situações ambíguas ou não estruturadas foi uma variável levantada na referida pesquisa. Na escala utilizada (Budner), a cirurgia e a ginecologia-obstetrícia foram as menos ambíguas e a psiquiatria a mais ambígua, enquanto a medicina interna, a pediatria e a medicina geral ficaram em posição intermediária. Assim, os estudantes que não preferem mas escolhem psiquiatria teriam alto grau de tolerância à ambiguidade, enquanto a intolerância levaria a muitas escolhas de alternativas não preferidas.

É possível que fatores como estes, sobretudo não verbalizados, possam explicar também alguns aspectos da escolha da profissão e os diferentes exames vestibulares, aparentemente opostos, tentados ao mesmo tempo e que aparecem no presente estudo. Por outro lado, o Centro da Memória da Medicina de Minas Gerais, a partir dos casos de Guimarães Rosa, Pedro Nava, Clóvis Salgado e Juscelino Kubitschek, acumula dados nesta linha que podem esclarecer por que pessoas que escolheram atividade, profissão ou especialidade não preferidas vieram a ser excelentes e completos profissionais. Um deles é citado numa das presentes entrevistas. Era o patologista clínico predileto dos próprios colegas para suas famílias e era exclusivo da clientela privada dos docentes da universidade. Ao se aposentar, praticamente doou seu laboratório para um dos médicos entrevistados neste estudo, confessou que detestava sua especialidade, proibiu que conversassem com ele sobre ela e se dedica agora à anti-psiquiatria.

.....

"No país dos menores abandonados não há um só bezerro abandonado."

DARCY RIBEIRO

(Em entrevista à televisão, 1991)

4.3.2. Formação profissional

Os relatos dos 22 médicos deste estudo sobre sua formação profissional chamam a atenção antes de tudo por contemplarem cada um dos aspectos mais candentes da pedagogia médica contemporânea. Se os egressos são uma fonte tão rica de informações sobre como vai o ensino, por que as escolas médicas não procuram essa informação? Certamente não o fazem em decorrência da longa tradição da autoridade "ex-cathedra": não ficaria bem à onisciência de uma congregação de catedráticos indagar de ex-alunos, ainda mais se são jovens recém-formados, clinicando na roça, se se deve ou não mudar o ensino ministrado a eles. Interessante é que dois outros fatores reforçam essa surdez à experiência dos egressos. O primeiro é que estes colaboram com ela ao tender, inclusive por auto-defesa, na competição do mercado profissional, a dizer que genericamente tiveram boa formação (se não dissessem estar-se-iam rotulando de incompetentes). O segundo (por ser o mercado o ponto relevante) decorre de ser menos trabalhoso e menos arriscado usar o indicador da reputação da escola. Neste caso, se a escola não gozar ainda de boa reputação, catedráticos e egressos, em vez de aperfeiçoar o ensino, irão gastar todas as energias em prol da reputação ("marketing" institucional) (Figura 4.3.2.1.) (221).

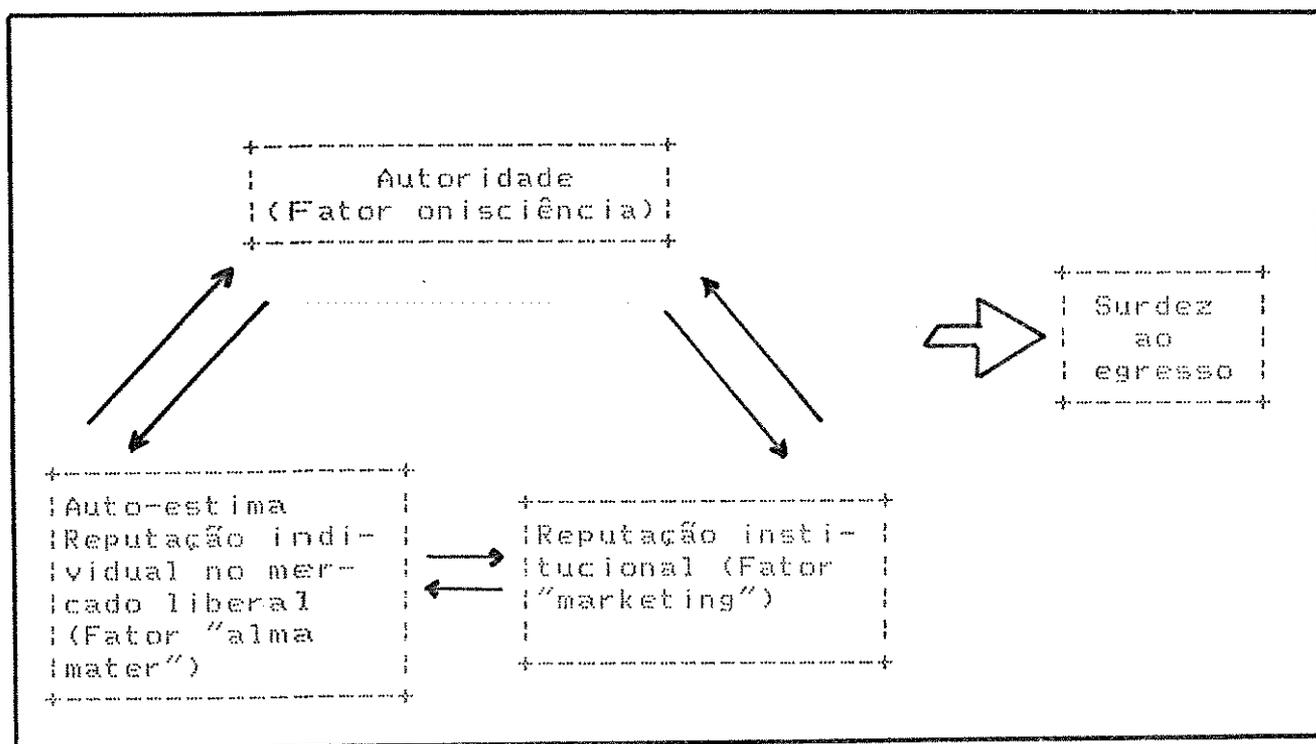


Figura 4.3.2.1. Interação entre os três fatores que podem explicar a origem da surdez aos egressos, no mercado liberal tradicional (apud SALGADO, J. A., dados não publicados).

Em virtude do sucesso ser um dos traços característicos da cultura dos EUA, era de se esperar que nesse país fossem usados conceitos como ter sucesso, êxito, ou reputação, ser bem sucedido, ficar rico ou prosperar, para avaliação de resultado educacional. Nesse contexto chega a ser considerado aceitável e sério, um estudo que avalie a reputação de escolas médicas sem que sejam avaliados seus egressos. Em 1977 foi publicado, pelo pomposo Centro para o Estudo Avançado nas Ciências Comportamentais (Programa de Sociologia da Ciência) da Universidade de Columbia, um estudo que provocou muita controvérsia, intitulado "As Reputações das Escolas Médicas Americanas" (49). Os valores de referência e demais critérios dos autores (não ligados ao ensino médico) significaram um passo atrás no "insight" que os próprios

líderes da educação médica dos EUA estavam começando a ter em relação à crise no ensino e nos serviços, vivida ali havia uma década. Isto porque em nenhum ponto entra a qualidade da assistência prestada pelos egressos (admitida antes por educadores médicos (23)). Definem reputação como "qualidade comparativa percebida" e dizem que há escassos trabalhos anteriores sobre reputação de escolas profissionais em geral e de escolas médicas em particular. Eles próprios reconhecem que reputação não é sinônimo de qualidade, mas que a reputação não pode ser afastada como insignificante na realidade social da comunidade médica. E concluem: a reputação "tem muito a ver com a real qualidade da escola médica". O estudo é metodologicamente muito bem feito e, quanto mais bem executado, mais lamentável é a alienação de seus autores sobre a real qualidade da assistência e do ensino médicos no mundo, em geral, e nos EUA, em particular. Restringindo sua pesquisa a saber qual a reputação das escolas entre os próprios médicos e cientistas que nelas trabalham ("inter-pares"), sem ouvir seus egressos, os pacientes destes ou pelo menos os estudantes - os autores acabaram criando um item a mais no quadro da referida crise.

No "ranking" verificado, as dez escolas médicas dos EUA mais bem reputadas "inter-pares" (na verdade as que são percebidas como oferecedoras de melhores condições para a pesquisa médica) são: Harvard, John Hopkins, Stanford, California (San Francisco), Yale, Columbia, Duke, Michigan, Cornell e Washington (St. Louis). O "ranking" da versão brasileira da revista **Playboy**, com critério semelhante (mas englobando empregadores de egressos e agências financiadoras) e sem indicações claras do rigor metodológico, encontra-se na Tabela 4.1.1.

Essa linha de avaliação por pesquisa de opinião, ligada à onda do "boom" da opinião pública e da pesquisa de mercado, característico da sociedade de consumo, tem sido denunciada dentro das próprias universidades norte-americanas

e das brasileiras, como parte do processo de esvaziamento e de mudança na estrutura e função da universidade. A tendência em caracterizar "scholars" como "stars", com a compra de seus "passes", bem como a conseqüente busca indiscriminada de financiamento e a inevitável submissão a financiamentos não mais "desinteressados", com o desvio de "fim" para "meios" ligados ao "marketing" institucional - caracterizam o deslocamento do "ser" pelo "ter", inclusive o "ter" reputação (218, 221, 248).

De fato, como já foi dito antes, desde os tempos vitorianos do Relatório Flexner (76) avaliar a entidade produtora (escola médica, hotel, restaurante), em vez de avaliar seu produto ou serviço, tem sido o modo engenhoso de garantir qualidade sem intervir ostensivamente no "laissez-faire" do mercado. Acontece que tal estratégia levou o próprio mercado, ao se tornar consumista, a descobrir como dissociar o **ter** do **ser** (248). Todo educador médico não nega que antes havia e hoje não há mais (como se mostrará a seguir), correlação entre a qualidade do produto do ensino e a proporção favorável de quantos cadáveres, microscópios, eletrocardiógrafos, raios-X, leitos hospitalares e docentes em dedicação exclusiva, por aluno, de cada escola médica. A Figura 4.3.2.2. sintetiza os desvios apontados, que evitam não só ouvir o egresso, seus pacientes e a comunidade atendida, como fogem de avaliar diretamente o serviço por ele prestado.

Mesmo com tais desvios tão fortemente institucionalizados, é possível encontrar desde a antiguidade indicações de que pessoas lúcidas procuram correlacionar o egresso com sua formação, principalmente em auto-biografias e obras literárias, escritas por médicos. Com o advento de pesquisadores não médicos, como pedagogos, sociólogos, antropólogos e historiadores, a correlação pôde ser abordada, mas mesmo assim dependiam do apoio de detentores da autoridade médica.

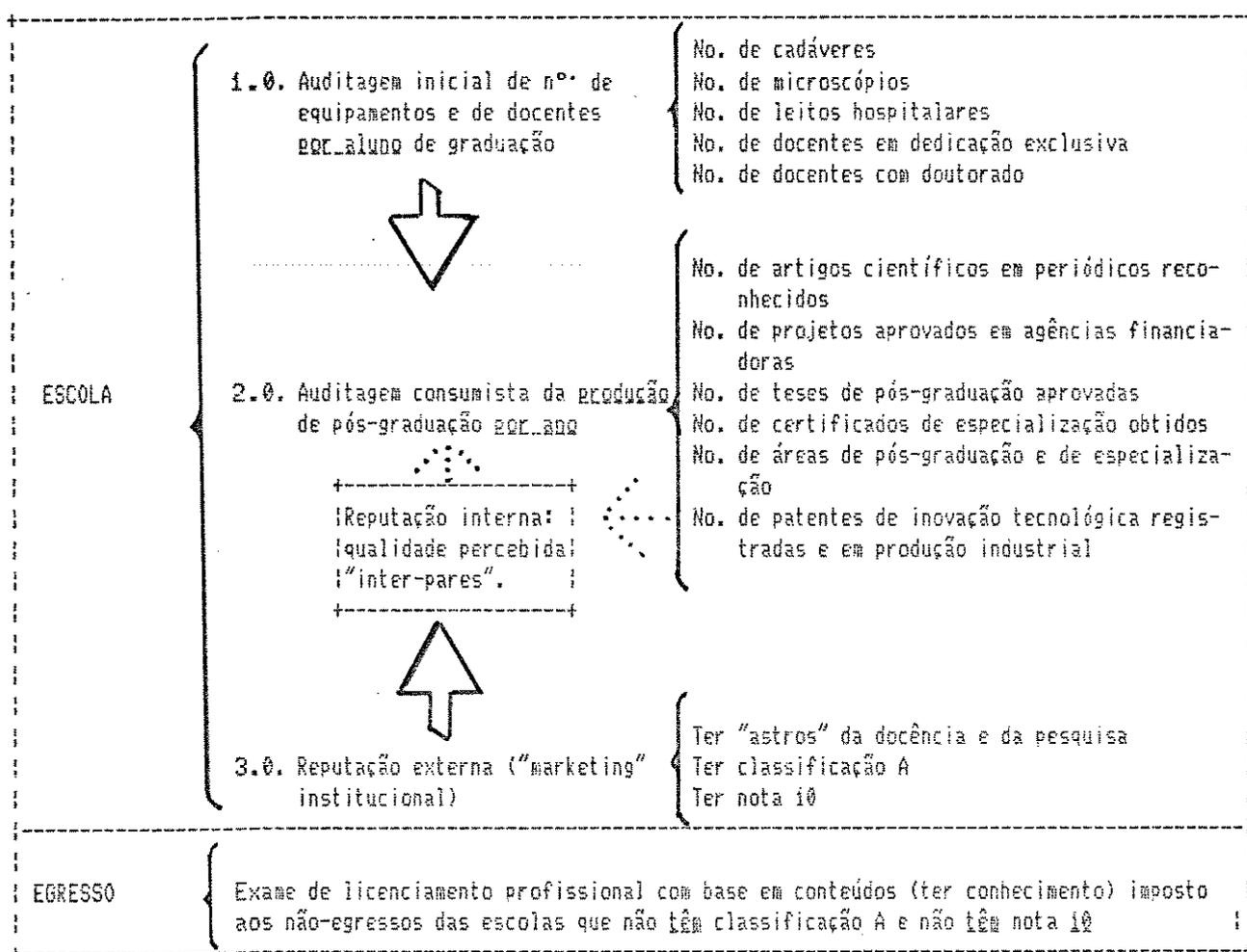


Figura 4.3.2.2. Evolução dos indicadores de qualidade que contornam os fatos fundamentais e por isso resvalam facilmente para a tentação de substituir a qualidade verdadeira pelo "marketing" institucional.

FLEXNER (76), focalizando em princípio a mudança da escola médica, conforme já se referiu mais de uma vez, aparentemente partiu da premissa tácita de que os egressos da época não exerciam medicina satisfatória e como tais não teriam nada a sugerir, sendo mais objetivo, em vez de ouvi-los, comparar as escolas locais com as estrangeiras tidas como paradigmas. BRIDGE (23), ao fazer a revisão do estudo de egressos até 1965, nos EUA, cita apenas dois trabalhos "sérios", sendo um de 1957 e outro de 1964, e justifica essa ilógica escassez por ser sumamente difícil estabelecer critérios válidos e manter uma objetividade "científica" sobre o "êxito"* dos egressos, para o qual o critério mais importante seria a qualidade da assistência por eles prestada. A maior surpresa dos resultados foi a falta de qualquer correlação entre a variação da qualidade observada com a espécie de escola onde estudaram, com o desempenho no exame de admissão à escola, com a duração dos estágios hospitalares após a graduação, com as revistas médicas lidas, mas especificamente não houve relação alguma entre as notas escolares recebidas nos anos acadêmicos e a qualidade da prática depois da graduação. Os autores, tão surpresos ficaram com estes últimos resultados, que concluíram expressamente: tais dados os "haviam obrigado a rever os conceitos que tinham sobre os objetivos básicos do ensino médico" e a prestar mais atenção a aspectos comportamentais, talvez passíveis de serem medidos e de serem ensinados, "mas possivelmente os mais importantes" da pedagogia médica. Concluindo a revisão, BRIDGE expressa esperança na mudança, mas, queixando-se do sistema-de-poder, lembra que as discrepâncias entre conhecimentos e práticas datam de 50 a 5000 anos: "tenho a impressão de que grande parte da educação superior tem por base uma filosofia que mudou muito pouco desde os tempos em que se inventou a imprensa".

* Termo usado na tradução espanhola

Assim, nos EUA, a resposta a tais discrepâncias gerou uma cosmética tamponante que "inchou" (com os acréscimos de disciplinas comportamentais e da medicina preventiva) e "esticou" (pela residência médica, inclusive em medicina-de-família) a formação do médico, sem de fato mudar a estrutura anterior centrada no "conteúdo" cognitivo, intocável por ser orgânica à indústria de saúde e a seu mercado. Quando o Canadá optou por um sistema de saúde divergente, abriu condições à sobrevivência do currículo de McMaster que, coerentemente, em vez do conteúdo centrado na relação professor-aluno, propõe a **solução de problemas** centrada na relação estudante-paciente.

Como as provas de licenciamento profissional são baseadas no conteúdo, os egressos de McMaster ficaram "underscored" nelas, mas se sobressaíram em outros critérios não centrados no conteúdo (236). Com isso, o tema da avaliação adequada dos egressos ressurgiu, a partir de 1986, e passa de assunto incômodo e evitado para o debate internacional. Inicialmente McMaster é acompanhada por inovações curriculares no primeiro, segundo e terceiro mundo, exceto no próprio Canadá e EUA. Os EUA tentam contra-propor outro tamponamento, os "estudos médicos independentes" (183), mas finalmente optam por criar em suas mais tradicionais escolas médicas, currículos experimentais, paralelos e opcionais, centrados-em-problemas (276).

A crise da hegemonia dos EUA em relação ao Canadá se estendeu à América Latina porque os canais históricos dos paradigmas do norte, a FEPAFEM¹, a OPAS² e a Fundação W. K. Kellogg (que a partir da década de 70 substituiu a Fundação Rockefeller), se posicionaram à margem do fenômeno McMaster, no clima dos dois governos Reagan.

A crise envolveu a FEPAFEM e a Kellogg com as pressões para não apoiar a Conferência de Edimburgo, em 1988,

¹ Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina.

² Organização Pan-Americana de Saúde.

de inspiração estatizante europeio-mcmasteriana, levando ao fracasso o projeto EMA¹, e também envolveu a OPAS, que foi ultrapassada pela OMS² no apoio ao ensino centrado-em-problemas. A Fundação Kellogg tentou também criar uma "rede - IDA"³ para se contrapor à rede com base-em-problemas e tentou depois (adicionalmente ao PAPPS⁴ e ao PTAC⁵) os programas PAPS⁶, PARS⁷ e "Leadership", que fracassaram. A FEPAFEM e a OPAS, ao lado do programa GERES, tentaram, sem sucesso, introduzir a acreditação de escolas (pelo menos até o momento).

A OPAS ainda procurou anacronicamente apoiar os "estudos médicos independentes" (183), estudos de interdisciplinaridade e (distorcendo uma proposta nascida na UFMG (248)) propôs uma equivocada "auto-avaliação prospectiva das escolas". O caso da OPAS foi paradoxal, pois, tendo participado ativamente da formulação de três experiências de currículos centrados-em-problema na América Latina (UNAM, UAM e UFMG)⁸, independentemente da iniciativa de McMaster, e tendo uma equipe de alto nível ligada a tais experiências, inclusive seu diretor, acabou, por pressão dos governos Reagan, a reboque da atual expansão internacional do ensino-por-problema, que é apoiada exatamente por sua "matriz", a OMS.

Antes que signifique coisas até opostas, deve-se estabelecer o que se entende por ensino-por-problemas.

O ensino centrado na solução de problemas não é recente, pois "surgiu quando, pela primeira vez, um clínico foi autêntico mestre para seu aprendiz." Só se transformou em

¹ Educação Médica nas Américas.

² Organização Mundial de Saúde.

³ Rede de Integração Docente-Assistencial

⁴ Programa de Apoio Pedagógico aos Profissionais de Saúde.

⁵ Programa Transetorial de Ação Comunitária.

⁶ Programa de Apoio aos Profissionais de Saúde.

⁷ Programa de Apoio à Reforma Sanitária.

⁸ Universidad Nacional Autónoma do México, Universidad Autónoma Metropolitana do México e Universidade Federal de Minas Gerais.

proposta política, pedagógica e curricular diante da grave crise a que chegou a atenção à saúde nas Américas, em meados dos anos 60. Seu nome decorre de se querer designá-lo por seu aspecto diretamente ligado à acelerada obsolescência de conhecimentos e técnicas. Então, a conjunção de crise de atendimento e acelerado progresso tecnológico abriu condições políticas para se procurar formar um novo médico capaz de **atualizar-se** **veloz e continuamente** e tendo **alta resolubilidade** em seu desempenho profissional.

Ora, a solução de problemas de saúde é inevitavelmente também social, em virtude do condicionamento social do processo saúde-doença, embora se tenha tentado limitar a resolubilidade médica a uma epidemiologia apenas clínica (75). SIQUEIRA & SALGADO (248) apontam os principais elementos da evolução dos currículos de biocêntricos a sociocêntricos, sintetizada na Figura 4.3.2.3., e ainda os pontos comuns entre a experiência canadense e a latino-americana (Tabela 4.3.2.1.). Os currículos têm características comuns pelos fatores econômico-sociais e técnicos apontados e não por ter surgido um paradigma num centro e daí irradiado à periferia - porque a imposição da idéia seria contraditória com ela mesma. A Tabela 4.3.2.2., por sua vez, compara o currículo da UFMG com as inovações precedentes, tentadas na USP¹ e na UnB², do ponto de vista de orientação comunitária, segundo SOBRAL (251).

¹ Universidade de São Paulo.

² Universidade Nacional de Brasília.

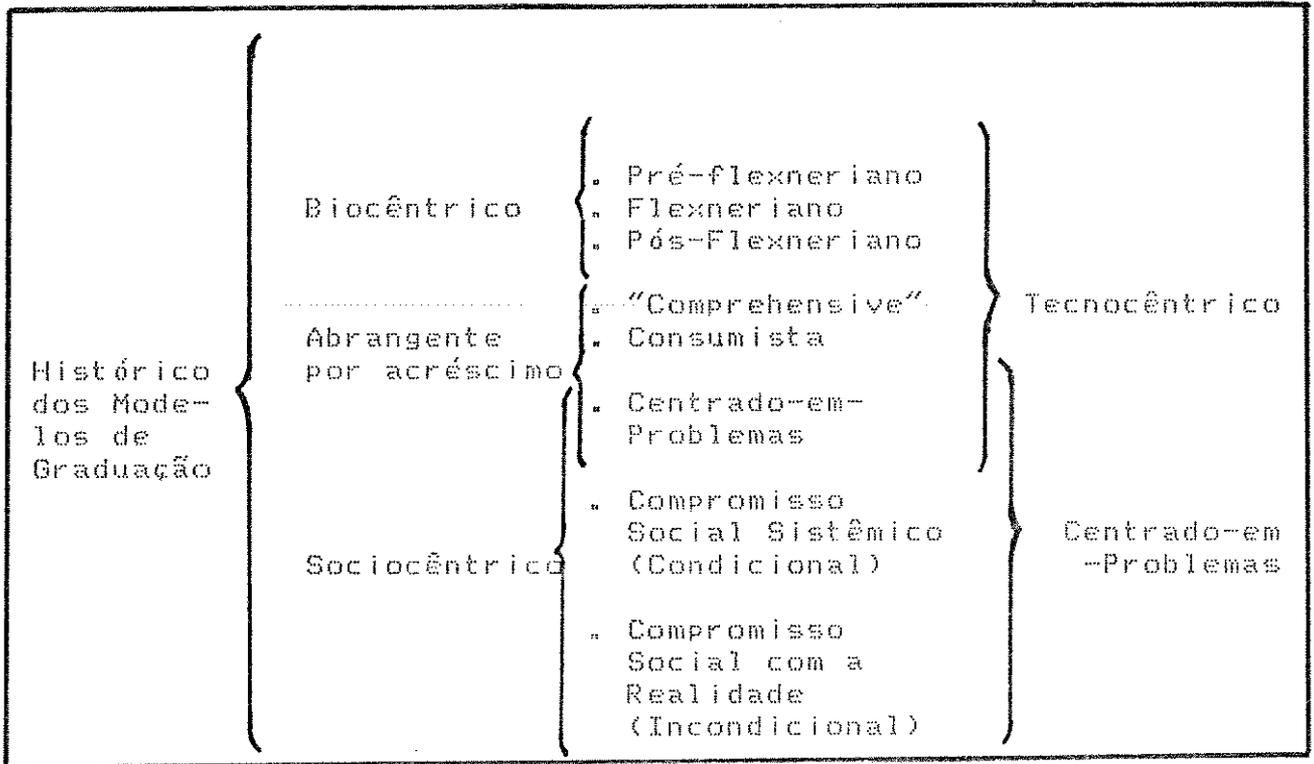


Figura 4.3.2-3. Principais elementos da evolução dos currículos de biocêntricos a sociocêntricos.

Fonte: apud (248)

Tabela 4.3.2 - 1. Avaliação crítica comparativa dos currículos de ponta nas três Américas.

	McMaster	Cuba	UFMG
Relação bio-sociocêntrica	Transicional Epidemiologia clínica tecnocêntrica	Sociocêntrica Condicional a sistema de saúde unificado	Sociocêntrica Incondicional mas contraditório com ciclo básico politicamente biocêntrico
Processo decisório	Liberal-democrático	Democrático intrapartidário	Democrático-pluralista
Relação professor/estudante	Relação liberal de poder	Relação disciplinar de poder	Ausência de relação de poder
Relação estudante/paciente	Tardia no 6º ano, necessariamente prolongada após a graduação, mas precedida de epidemiologia clínica	Tardia mas docente-atencional sistêmica, compatível com terminalidade	Precoce (podendo ser até mais, ao longo do processo mas prejudicada por fatores de qualidade de cuidado)
Relação com a realidade de saúde	Ainda com elementos interpositivos e seletivos	Com interposição natural do sistema e ainda com seleção, por manutenção de disciplinas especializadas	Sem interposição e sem seleção no papel, mas com interferências práticas
Relação competência-consciência	Competência pela qualidade do ensino prévio e pelo prolongamento não terminal, mas consciência nos planos individual e parcialmente social, sem atingir o político	Competência e consciência potencialmente crescentes	Competência genérica razoável, de resolubilidade mínima, pelo menos, e consciência potencialmente crescente
Terminalidade	Não terminal pelos padrões de profissionalização locais	Terminal embora suponha especialização contraditória posterior, de caráter político-estratégico	Terminal em condições mínimas, mas em conflito saudável com mercado de trabalho nominal
Observações	Proposta marginal insulada na América do Norte, mas com caráter de processo e forte influência internacional	Proposta não marginal e potencialmente perfectível se prosseguir com o processo, principalmente na direção da terminalidade	Proposta marginal, insulada na América do Sul, mas com caráter de processo politicamente acidentado, e forte influência nacional.

Fonte: apud (248).

Tabela 4.3.2.2. Comparação das inovações curriculares em medicina experimentadas na UnB (1966), USP (1968) e UFMG (1975), segundo a orientação comunitária.

Características de Orientação Comunitária	UnB	Escolas/Cursos USP	UFMG
a) Apoio nos princípios básicos da instituição	*	-	**
b) Ênfase curricular em noções de orientação comunitária	***	*	***
c) Tipo, duração e frequência de vivências baseadas na comunidade	**	*	**
d) Envolvimento comunitário no planejamento e implementação dos programas	*	-	*
e) Articulação ensino-serviço (Integração docente-assistencial)	*	-	**

* mínimo; ** parcial; *** amplo

UnB = Universidade Nacional de Brasília; USP = Universidade de São Paulo; UFMG = Universidade Federal de Minas Gerais

Obs.: A inovação da UnB foi feita a posteriori à idéia original daquela universidade.

Fonte: apud (251).

Da mesma forma, a organização de uma rede internacional (Tabela 4.3.2.3.), em vez de servir à imposição de "soluções", serve à troca de "soluções" e à defesa comum contra interesses contrariados com a expansão da idéia, já que esta supõe e é consistente com sistemas públicos com cobertura universal para a saúde. Isto não deve ser justificativa para as dificuldades, fracassos e retrocessos ocorridos nos países, como México e Brasil, que ainda não dispõem de sistemas públicos estabelecidos. No caso do currículo da UFMG, seu desenvolvimento prolongado de 1975 a 1985, comprova sua viabilidade e o retrocesso a partir dessa data apenas sugere estudos como o presente, inclusive para verificar onde erramos. De qualquer modo tais experiências são testes para líderes capazes de influir nas instituições e lugares onde vão atuar fora da escola de origem. No caso da UFMG, logo após a abertura democrática, vários desses egressos se tornaram secretários municipais e estaduais de saúde, passaram a lutar pela constituinte nas secretarias estaduais, nos ministérios, na ABEM, na ABRASCO⁴ e nas ruas, propondo um sistema único de saúde, em que a saúde é direito de todos e dever do Estado. No plano interestadual vimos um dos nossos egressos, ora estudados, como secretário adjunto de Rondônia e além disso, estabeleceu-se o internato rural da UFMG em Ceres, Goiás (139) e a troca de experiência com o internato rural da Universidade Federal do Amazonas (Parintins). Antes já havia a presença da UFMG em Macapá, Amapá (174), e de egressos docentes em Londrina, Paraná (apud (209)). Outros egressos foram para o Rio Grande do Sul, em Cruz Alta (225) e Ronda Alta. Através da ABEM houve troca de experiências com quase todas as escolas médicas do Brasil (39, 40, 66, 144, 199, 200, 215, 217, 218, 220, 221, 248).

⁴ Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva.

Tabela 4.3.2.3. Relação internacional de experiências com currículo médico centrado-em-problemas, com apoio da Organização Mundial de Saúde (da crise dos anos 60 até a Conferência Mundial de Edimburgo, 1988)

ESTRATÉGIA ADOPTADA	NOME DA INSTITUIÇÃO E LOCALIZAÇÃO	
Currículo exclusivamente inovador	. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de McMaster, Canadá	
	. Faculdade Médica de Maastricht, Holanda	
	. Faculdade de Medicina da Universidade do Cairo, Egito	
	. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade BenGurion do Negev, Israel	
	. Centro Universitário das Ciências da Saúde da Universidade de Yaoundé, Camarões	
	. Instituto de Medicina da Universidade de Tribhuvan, Nepal	
	. Instituto de Ciências da Saúde de Palo da Universidade das Filipinas	
	. Faculdade de Medicina da Universidade de Newcastle, Austrália	
	. Universidade Autônoma Metropolitana - Unidade Xochimilco, México	
	. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil (1975 a 1985)	
	. Cursos médicos dirigidos pelo Ministério da Saúde Pública, Cuba.	
	. Referências a Nicarágua, Angola, Etiópia, e Iemen do Sul	
	. Em preparo ou implantação: Uruguai, Argentina e Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Brasil	
	Manutenção do ensino convencional com opção para currículo alternativo inovador	. Universidade Nacional Autônoma do México (de experimental a todo o curso)
		. Universidade do Novo México, EUA
. Escola de Medicina Humana da Universidade Estadual de Michigan, EUA		
. Escola Médica de Rush (Chicago), EUA		
. Escola Médica de Harvard, EUA		
. Faculdade de Medicina da Universidade de Chulalongkorn, Tailândia		
. Segunda Universidade Médica de Changai, China		
. (A DENEK propôs este modo de inovar para o Brasil (ABEM, Cuiabá, 1990)).		

Obs.: Nem todas instituições pertencem formalmente à "Rede de Instituições Orientadas para a Comunidade", com ensino baseado na solução de problemas.

Fonte: *apud* (201, 276)

No plano internacional, houve troca de experiência, através da presença mútua de docentes, com o México (Xochimilco), Cuba, Nicarágua, Canadá (McMaster), Estados Unidos (Michigan), Holanda (Maastricht), França (Estrasburgo) e Inglaterra (Southampton), além dos técnicos recrutados pela OPAS e da troca de experiências por intermédio da ALAFEM⁴ (217) e da FEPAFEM (39).

Um dos dados especialmente interessantes de tal intercâmbio foi a queixa dos inovadores da educação médica na China (201) e em Cuba (53) sobre o conservadorismo, até agressivo, dos docentes opostos à mudança, especialmente os da área de ciências biológicas (217, 248).

Como se observa, novo ângulo de estudo de egressos passa a ser o registro e análise dos destinos de ex-dirigentes, ex-docentes, ex-estudantes e ex-funcionários de experiências e movimentos reformadores. Neste caso, um aspecto de especial interesse é o tratamento dado aos líderes e participantes ativos de movimentos estudantis e de docentes (de apoio e de contestação) nas inovações curriculares. Está claro, em depoimentos do presente estudo, que a entrevista de candidatos a residentes e a mestrandos é usada para detectar esses elementos e "barrá-los", sendo um dos meios mais eficazes de se tentar fazer do corpo docente e do conjunto geral de especialistas um rebanho de não-contestadores e dóceis ao "status quo". Se a mudança realizada não for capaz de mudar tais controles ela fica aberta ao retrocesso, como é o caso estudado. Se o processo reestruturador chegar a esses pontos-chave, então se estabelece a **auto-reprodução** do mesmo, ou seja, o corpo de dirigentes e docentes, em vez de ter tido formação na estrutura anterior, passa a ser constituído de maioria formada na nova estrutura (217). Por exemplo, experiências educacionais inéditas, como o internato rural, o ambulatório periférico ou a cirurgia ambulatorial - se, após

⁴ Associação Latino Americana de Faculdades e Escolas Médicas.

dez anos, não contarem com boa parte de supervisores constituída de egressos dessas próprias experiências - a tendência será a exaustão, o desvio ou o retrocesso. Do outro modo, os egressos aí presentes em revezamentos sucessivos serão dinamizadores do processo, como em alguns exemplos entre os entrevistados.

Outro desfecho é a mudança fazer sucesso e se constituir em modismo. Neste caso, as pessoas consideradas seus autores e ideólogos passam a ser demandadas para viagens, postos, funções e atividades que os deslocam dos comandos onde eventualmente são imprescindíveis. Resulta então que a mudança brilha externamente e definha internamente, levando algumas dessas pessoas, até então, muito sérias, a mentir sobre a evolução do processo. Outras pessoas, seduzidas pelo carreirismo, usam a mudança para galgar posições e até angariar votos para a carreira político-partidária. Estes então passam a ser surpreendidos defendendo valores em nome de cuja crítica se fizera a mudança.

Fato importante em relação ao prestígio obtido através da mudança ocorreu com o curso de odontologia da PUC de Minas Gerais⁴, surgida aliás da mesma equipe original da mudança curricular no curso médico ora estudado. As bases pedagógicas são semelhantes, mas a odontologia se orientou mais para a tecnologia simplificada e a medicina mais para o lado social, o que é compreensível (159, 160). Resultou que, pela mudança, o curso da PUC passou a ser mais disputado que o da odontologia da UFMG e, assim, procurado por quase todos os vestibulandos de origem rica, predestinados a utilizar a odontologia sofisticada em vez da simplificada, com isso existindo grande curiosidade sobre eventual estudo de egressos comparativo das duas universidades.

Realmente, quando se trata de estudo de egressos de experiências inovadoras, a primeira curiosidade é compará-

⁴ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

los com egressos do ensino convencional, o que não foi possível, como já mencionado, mas os relatos deles próprios indicam terem estes últimos maior dificuldade em termos de resolubilidade, na relação médico-paciente e em se radicar na localidade, tornando-se "médicos nômades". Isso seria apenas uma hipótese de trabalho para estudo posterior, inclusive porque os currículos não-inovados ou falsamente inovados no Brasil são particularmente heterogêneos. Outra curiosidade seria a comparação dos egressos estudados com aqueles do mesmo curso que foram para cidades maiores, ficaram na capital, foram para o exterior - com residência médica ou sem ela - e aqueles dentre os estudados que vieram para cidades maiores, inclusive tornando-se especialistas ou docentes. Esperamos que o presente estudo prossiga nessas direções. No caso de McMaster uma verificação não tão esperada foi a de que seus egressos têm-se destacado como pesquisadores, o que estaria ligado ao método de solução de problemas (70, 71, 72, 279, 280).

Nesses estudos cuidado especial deverá ser dispensado às "subculturas" das gerações. É que, como é lembrado no texto de VIEIRA (270), entre a equipe docente que lecionou para os médicos ora estudados, figuravam "egressos" do Estado Novo, do populismo democrático juscelinista ("rockfeller generation") e do populismo autoritário do regime militar, enquanto a maioria desses egressos investigados sofreu influxo direto da subcultura "hippie", muitos deles ex-garotos que "amavam os Beatles e os Rolling Stones", que não confiavam em "ninguém com mais de trinta anos ou com mais de trinta cruzeiros", com tendência a "mandar tudo (estabelecido) para o inferno" e com alta receptividade a inovações ligadas ao alternativo (ambulatório periférico), ao ecológico (internato rural), ao não sofisticado (resolubilidade sem alta tecnologia) e ao anti-consumismo (atendimento de necessidades e não apenas de demandas). A geração seguinte, em vez de "hippie", é "punk", a princípio, e, depois, "yuppie", que

cresceu no ludismo eletrônico coerentemente com a agressividade econômico-tecnológica dos "tigres" asiáticos, com a perestroica, com a radicalização fundamentalista, com a terciarização do operariado do primeiro mundo, com a descartabilidade do terceiro mundo e com o sonho de, sem sair daqui, conseguir pertencer a um primeiro mundo sobreposto ao terceiro mundo (a "Bélgica" sobrenadando à "Índia").

À propósito, convém lembrar, também, que a subcultura rapidamente cambiante que estes estudantes receberam no plano geral corresponde a uma subcultura análoga no plano universitário e médico, ligadas à crescente facilidade de viagens ao exterior, acentuada no caso brasileiro pela viagem forçada dos exilados políticos (57, 131). Assim, se antes havia severa seleção dos "primeiros alunos da classe", ideologicamente submissos, para bolsas no exterior (217), na época em estudo deixou de haver seleção ou houve seleção oposta. A nova geração passou a ser mais extensamente "ventilada", tendo como subproduto a migração para a Europa, Canadá e EUA (350.000 neste país em 1990, com proporção crescente de clandestinos), aguardando-se estudo sobre a relação deste fenômeno com a migração de médicos e dentistas, inclusive com uma espécie de assistência médica latinoamericana "clandestina" nos EUA. Tais indicações sugerem que o fenômeno da superposição cultural tem-se tornado complexo componente da "aldeia global". Assim, a idéia da Belíndia, em que o Brasil compatibiliza/incompatibiliza a Bélgica e a Índia dentro de sua realidade (150), deve envolver não só a contiguidade horizontal sul-norte da Bélgica-Índia, os "dois Brasis" de LAMBERT (119), mas a contiguidade vertical social no mesmo local (a Bélgica sobrenadando à Índia) e até a interpenetração complexa das realidades (Figura. 4.3.2.4.).

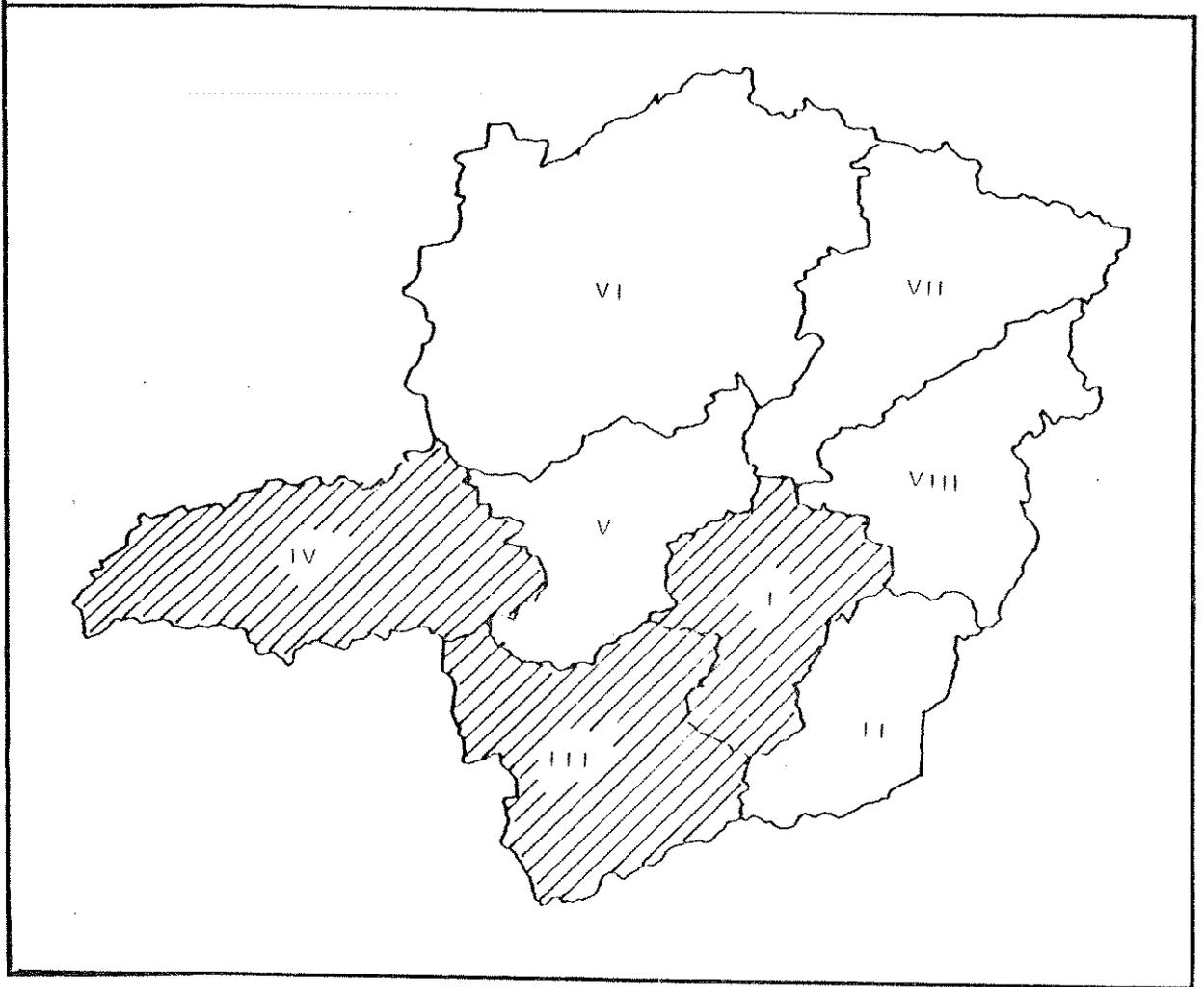


Figura 4.3.2.4. Minas Gerais como sudeste (I, III e IV) e como nordeste do Brasil - a Bel-Índia mineira.

Fonte: Revista VEJA, MG, 13/03/91.

No estudo realizado em 1972, na UFMG (31), os estudantes (geração um pouco anterior e próxima daquela dos egressos ora estudados) tinham entre 19 e 28 anos, sendo 97,8% brasileiros, 87,6% mineiros e 10,1% de outros estados - isso mostra que a UFMG tem um curso médico que serve predominantemente ao estado de Minas, sem deixar de servir a outros estados (4,4% a São Paulo) e a outros países (Figuras 4.3.2.5., 4.3.2.6. e 4.3.2.7.). A idade dos estudantes sugere que caso o curso viesse a ser terminal, em seus seis anos, e caso seus egressos se interiorizassem, sem "esticar" a graduação com a residência, teríamos considerável massa crítica de médicos jovens interagindo precocemente com as necessidades sociais e, especificamente, de saúde das comunidades. A Tabela 4.3.2.4. mostra a comparação desses estudantes, dos residentes da época e dos médicos ora estudados sendo que a Tabela 3.3.2. já nos mostrou quais desses chegaram a iniciar a residência médica.

Tabela 4.3.2.4. Comparação das idades dos alunos de graduação e residentes em 1972 e dos médicos estudados na presente investigação referentes ao curso médico da UFMG.

IDADE	ALUNO/72 %	RESIDENTE/72 %	MÉDICOS ESTUDADOS Nº
19 a 28 anos	92,3	86,8	1
Acima de 28 anos	7,3	11,1	21

Obs. Os médicos estudados estavam desde nove meses a dez anos clinicando no interior.

Fonte: apud (31), 1973.

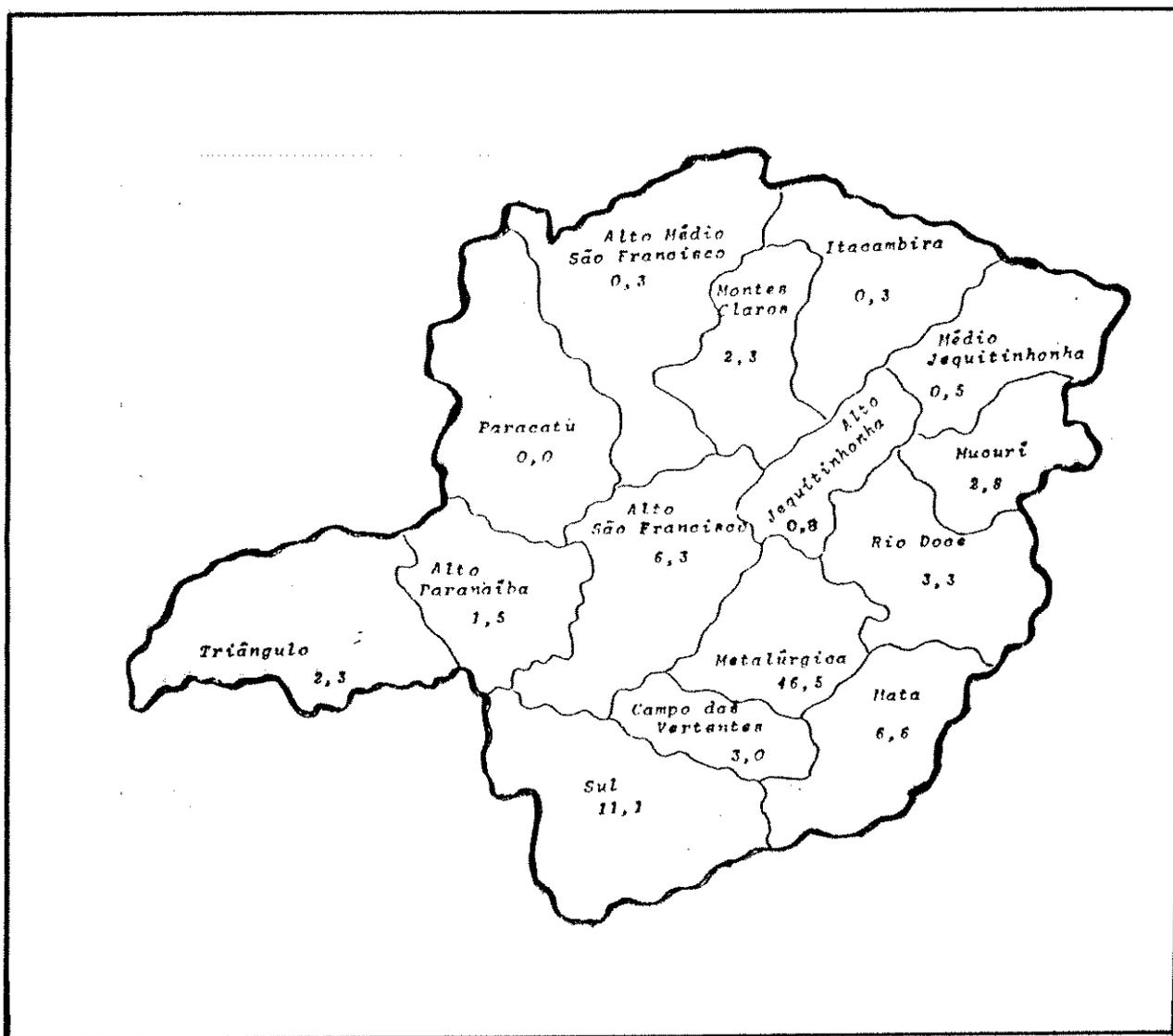


Figura 4.3.2.5. Distribuição de alunos, em porcentagem, de acordo com sua origem, pelas zonas fisiográficas, do Estado de Minas Gerais.

Fonte: apud (31).

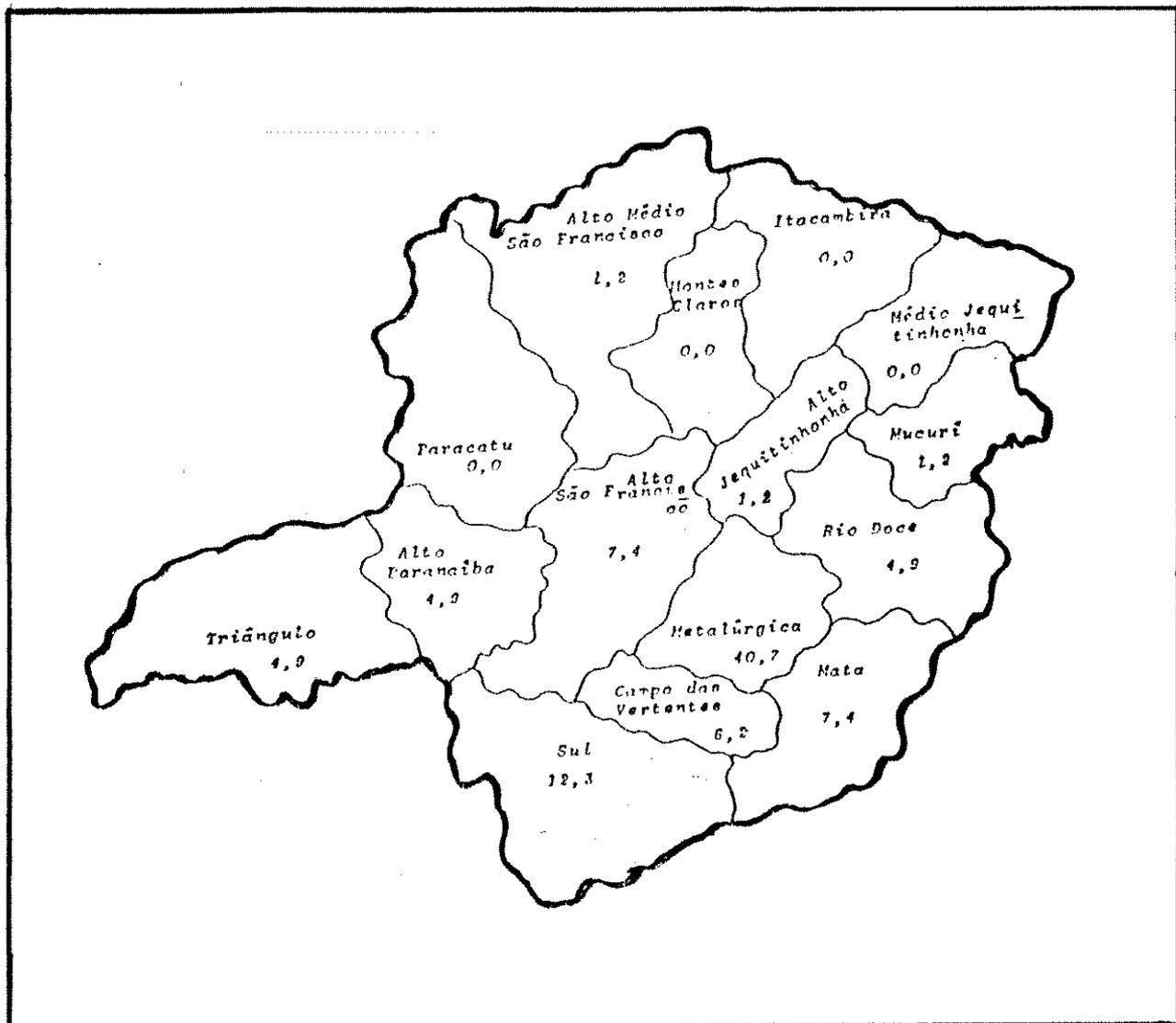


Figura 4.3.2.6. Distribuição dos residentes, em porcentagem, de acordo com sua origem, pelas zonas fisiográficas do Estado de Minas Gerais.

Fonte: apud (31).

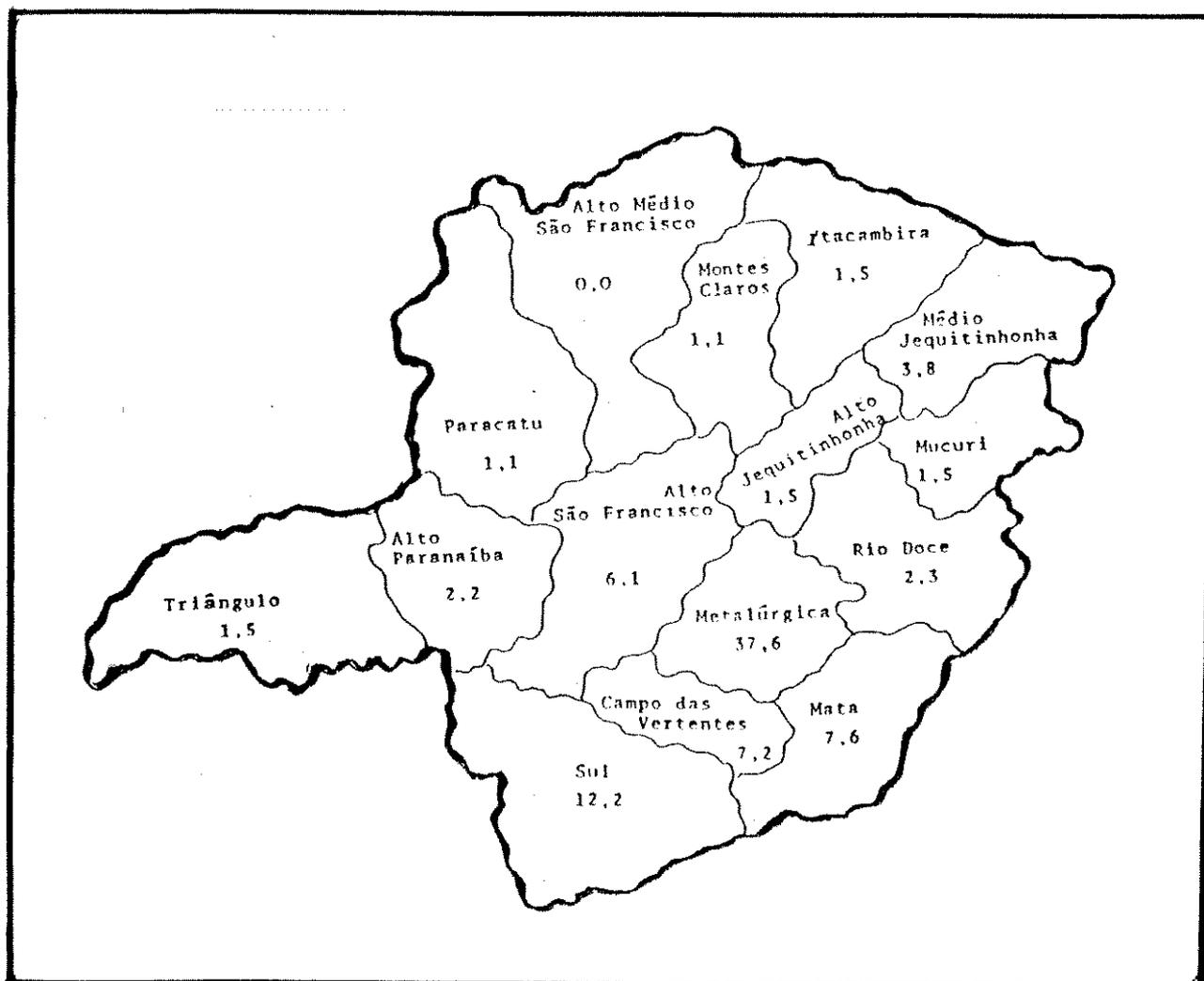


Figura 4.3.2.7. Distribuição dos docentes, em porcentagem, de acordo com sua origem, pelas zonas fisiográficas do Estado de Minas Gerais.

Fonte: apud (31).

Quanto ao local de nascimento, 57,6% provinham das zonas metalúrgica e sul do estado, o que evidencia três tendências: a) as zonas mais ricas economicamente fornecem mais estudantes de medicina (uma escola médica em região pobre atrai estudantes de áreas ricas e não forma médicos originários do local, como ocorre com as duas escolas médicas mineiras do sul fronteiriças com São Paulo, tendo maioria de estudantes paulistas), b) a terceira zona mais rica de Minas, o Triângulo Mineiro, não manda alunos para a UFMG (indicando atração local de suas duas escolas médicas), e c) se, quando se formarem, a profissão estiver sujeita ao mercado e condicionada à renda dos que pagarem os serviços médicos, estas duas zonas já privilegiadas seriam as mais beneficiadas pelo produto educacional da UFMG, em detrimento das áreas pobres. De fato, os médicos ora estudados se localizam nestas duas zonas e adicionalmente em uma área pobre (Figuras 3.3.1 e 4.3.2.4), coincidente com a localização de parte do internato rural da UFMG, mostrando que este, mesmo sem ter esta intenção, foi um fator de direcionamento da interiorização, a despeito do fator econômico (ver a seguir).

Em 1972, 4,6% dos alunos e 15,9% dos residentes eram casados e, quanto ao sexo, 22,0% dos alunos e 8,7% dos residentes eram mulheres (31). As Figuras 4.3.2.8. e 4.3.2.9. mostram o crescimento da participação feminina entre os estudantes, atualizando-se os dados obtidos em 1982 (198). A Tabela 4.3.2.5. mostra que, em 1972, a maioria de docentes, residentes e estudantes nasceram em cidades do interior, ou em zonas rurais, o que poderia pré-condicionar os egressos a escolher o interior (ver a seguir). A Tabela 4.3.2.6. compara a origem dos estudantes de 1972 com os médicos ora estudados.

Tabela 4.3.2.5. Local de nascimento de docentes, residentes e alunos da UFMG, em 1972.

LOCAL	% DOCENTES	% RESIDENTES	% ALUNOS
Capital	32,6	32,5	37,3
Cidade do interior	58,6	60,0	55,7
Zona rural	8,9	7,5	7,1

Fonte: apud (31), 1973.

Tabela 4.3.2.6. Comparação entre a procedência de estudantes de medicina em 1972 e o local de nascimento de 22 egressos no presente estudo.

PROCEDÊNCIA	ESTUDANTES (%)	EGRESSOS (Nº)
Brasileira	97,7	21
M Região Metalúrgica	46,5	8
I		
N Região Sul	11,1	5
A		
S Demais Regiões	30,0	8
Outros Estados	10,1	--
Outro país	2,3	1
TOTAL	100,0	22

Fonte: apud (31), 1973.

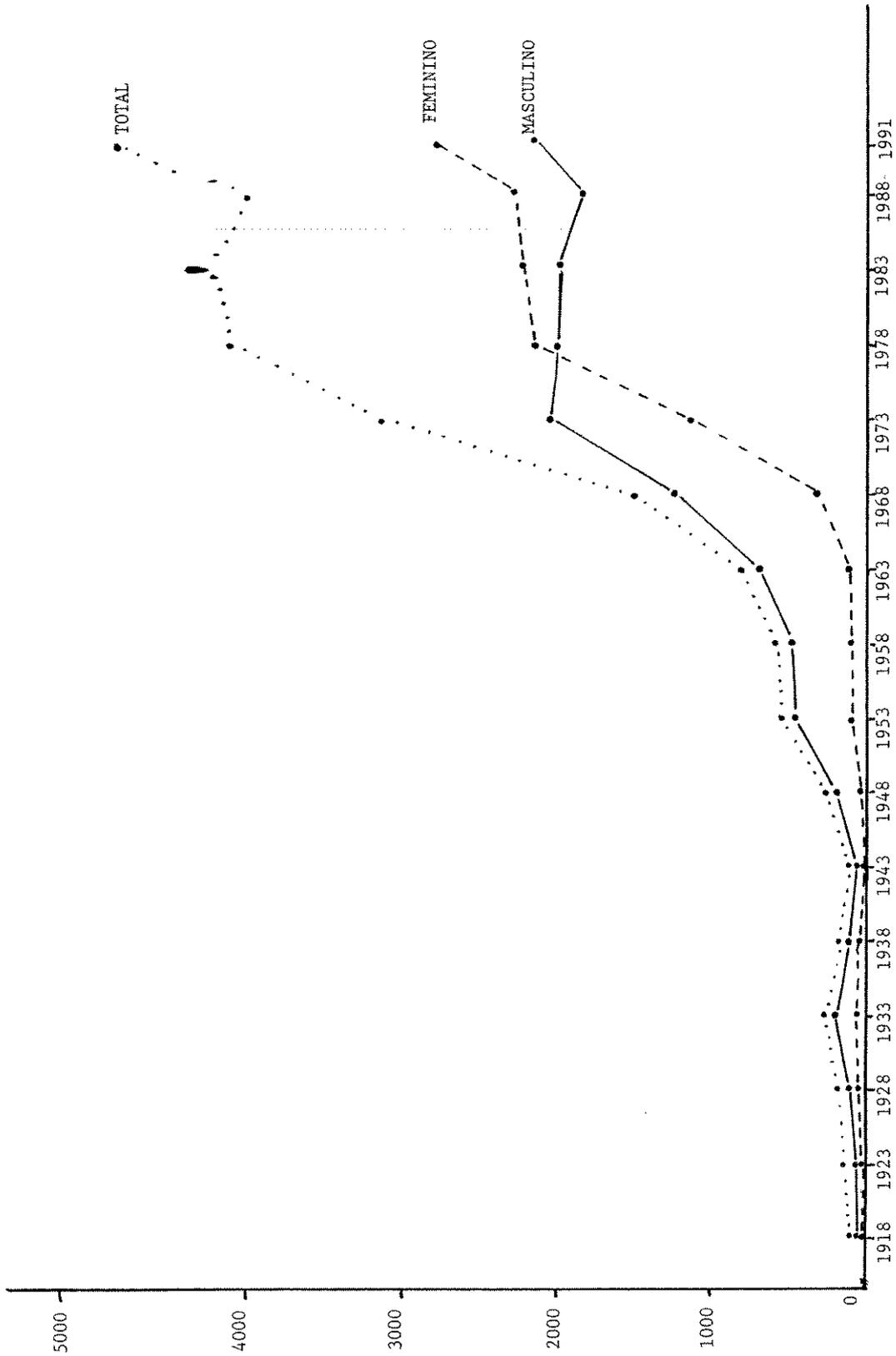


Figura 4.3.2.8. Evolução do número total e por sexo dos candidatos ao curso médico da Universidade Federal de Minas Gerais, de 1918 a 1991.

Fontes: Secretaria de Ensino da Faculdade de Medicina da UFMG; Pró-Reitoria de Planejamento DIPLAN/UFMG; Comissão Permanente do Vestibular da UFMG - COPEVE.

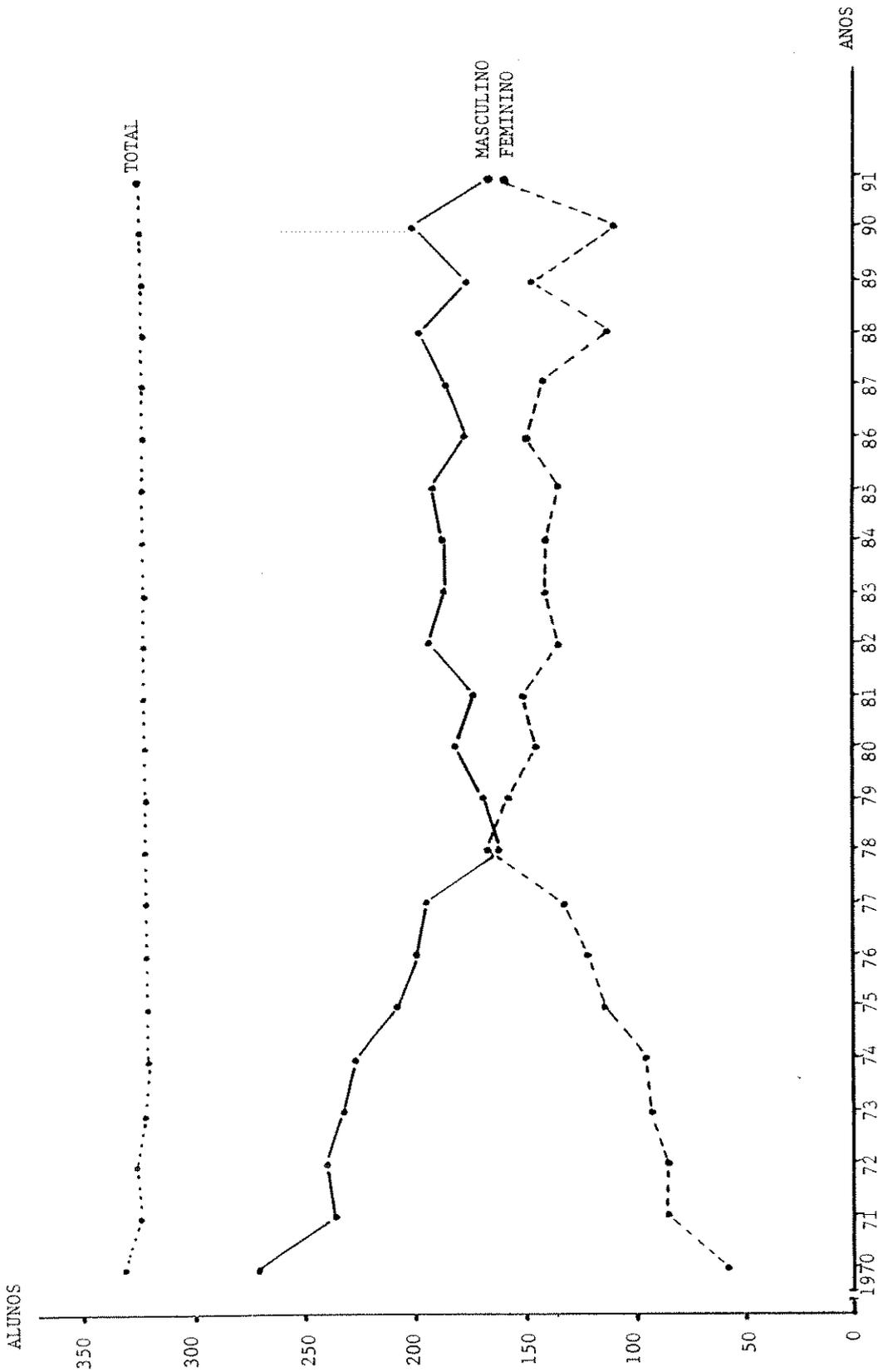


Figura 4.3.2.9. Evolução do número de alunos, por sexo, aprovados e matriculados no curso médico da Universidade Federal de Minas Gerais, de 1970 a 1991.

Obs.: A partir de 1970 o número de vagas do curso médico da UFMG ficou estabelecido em 320 vagas, por ano.

Fonte: Departamento de Registro e Controle Acadêmico, DRCA/UFMG.

Em 1972, o grau de instrução do pai e sua ocupação não diferia entre docentes, residentes e alunos. 41,9% dos pais dos três grupos não estudaram ou fizeram apenas o antigo curso primário, 29,8% fizeram o antigo ginásio ou até o colegial (completos ou incompletos), mas 28,7% tinham curso superior completo ou incompleto. Quanto à ocupação, 81,4% dos pais ocupavam as categorias superiores da escala de Hutchinson, de maior renda e maior prestígio social, incluindo-se fazendeiros ricos que podiam ter apenas o curso primário. Em relação às mães, apenas 4,8% tinham curso superior e a maioria era dona-de-casa. Assim como a equalização numérica entre os sexos, com tendência ao predomínio feminino, também a história pessoal dos entrevistados sugere que em 1972 já haveria o começo da presença crescente de alunos oriundos da classe média de menor renda e mesmo da classe pobre, e que não teria sido captada pela escala usada, que também não registrou o percentual de filhos de médicos. Uma hipótese é que, com a crise do assalariamento da medicina, esta esteja tornando-se acessível a extratos sociais aos quais antes era vedada, e à mulher, ao passo que a fração da classe média alta entre os alunos seja constituída de filhos de médicos ou de outras pessoas com posições capazes de diminuir a incerteza profissional (96, 97, 217, 235). Os demais filhos da classe média mais rica, hipoteticamente, em vez de se desviarem para as carreiras de direito e de engenharia (tradicionais irmãs de "status" da medicina), ambas também em crise, estariam buscando uma carreira supostamente criada para esse fim: administração de empresa. Para verificar essas hipóteses, uma sugestão seria levar o trabalho sobre o assalariamento médico de MACHADO (142) a um novo ângulo: "resistência" ao assalariamento através da "evasão" do extrato social tradicional.

Em 1972, 91,4% dos estudantes, 86,8% dos residentes e 95,3% dos professores do ciclo profissional consideraram como objetivo prioritário ou exclusivo do curso médico da UFMG "a formação de um médico capaz de, trabalhando isoladamente, tratar da maioria dos casos clínicos e cirúrgicos de adultos e crianças." (Tabela 4.3.2.7.).

Em contraposição a essa quase unanimidade, a Tabela 4.3.2.8. sugere que se pensava ser possível a formação desse médico em condições intramurais, pois a idéia do internato rural foi rejeitada nessa pesquisa.

Tabela 4.3.2.7. A formação do médico policlínico, generalista ou prático geral (capaz de, trabalhando isoladamente, tratar da maioria dos casos clínicos e cirúrgicos de adultos e crianças) deve ser o objetivo do curso de medicina da UFMG, em nível da graduação?

OBJETIVO	DOCENTES		RESIDENTES	ALUNOS
	BÁSICO	PROFIS- SIONAL		
• Exclusivo	7,5	15,1	18,1	15,7
• Prioritário	74,1	80,2	68,7	75,7
• Secundário	12,4	1,7	6,1	6,9
• Não deve ser objetivo do curso	6,2	3,3	7,3	1,8

Fonte: apud (31), 1973.

Tabela 4.3.2.8. Todos os alunos devem fazer estágio obrigatório no interior do estado

RESPOSTA	DOCENTES %	RESIDENTES %	ALUNOS %
Não	30,5	48,8	50,3
Sim	43,9	22,0	27,8
Não sei	25,7	29,3	22,0

OBS.: Os docentes do ciclo básico foram mais favoráveis (50,8%) que os do ciclo profissional (37,7%).

Fonte: apud (31), 1973.

Mesmo com tal rejeição por parte dos estudantes, o internato rural foi adotado como estágio obrigatório, com base numa assembléia geral, estando presentes o reitor e o vice-diretor em exercício da faculdade, que o queriam apenas opcional, realizada durante a Semana de Estudos da Saúde e Ação Comunitária, no salão nobre da Associação Médica de Minas Gerais, em 1974.

Essa decisão sobre o internato rural ilustra como se fazia o processo decisório às vésperas de ser implantado o currículo pelo qual se formaram os egressos agora investigados (264), após três anos de levantamento diagnóstico (31, 90, 199, 200, 217). A Tabela 4.3.2.9. resume os objetivos, métodos e resultados desse processo, com a diferença que guarda para com as reformas usuais (apud (198)).

Conforme consta da conclusão da dissertação de mestrado da autora (198), a inovação da UFMG "pode ser identificada, primeiro pelo fato de negar ao currículo o caráter de produto mas por afirmar sua natureza de processo. Em segundo lugar por negá-lo centrado no aluno e muito menos no professor, mas referi-lo essencialmente ao atendimento de necessidades sociais. Em terceiro lugar por ser necessariamente democrático. Nenhuma dessas três características precede de fato as demais, inclusive porque cada qual supõe radicalmente a outra." E a seguir:

1.2.2.2. Principais diferenças entre as reformas usuais e o processo curricular em educação médica da UNFG

OBJETIVO			MÉTODO			RESULTADO		
Currículo	Aluno	Professor	Processo decisório	Enfoque	Linguagem	Universidade	Escola	Educação
Reforma inconsis- tente e inabilitante	Simplex remanejamento nos disciplinas e/ou deflexões, na frequência e nos horários	Treinamento em técnicas de ensino teórico-hierárquico, formal	De cima para baixo, hierárquico, formal	Ortodoxo oficial, assegurado por conforto e proteção política, cultural e ideológica (tecnocrático).	"Pedagógicos" aliados ao caso, ao "mediquês", convenientemente hermeticos e, assim, só acessíveis a círculos fechados monopolistas do saber	Elitista e centrada no ensino (transmissão de conhecimento) e na preservação de estruturas de manutenção e reforço (autoritária e centralizada na relação professor/aluno)		
Processo consistente e dinâmico	Compromisso responsável na relação aluno/paciente atencioso à saúde	Quanto melhor a resolução do problema do aluno/paciente, melhor o processo ensino-aprendizagem	De baixo para cima: paritário entre alunos, funcionários, professores e, se possível, a comunidade: informal	Abrangentemente crítico e, por isso mesmo, ideologicamente pluralista e eventualmente gerador de ideologia original	Linguagem não técnica, mas, se necessário, uso estratégico de retórica técnica, com o intuito de promover o intercâmbio (desmonopolização do saber).	Democrática e centrada no responsável atendimento de necessidades sociais, do qual decorrem o ensino crítico do saber atual e a pesquisa (desenvolvimento de novo saber) (integração ensino- pesquisa)		Processo dinâmico de Democratização e transferência de estruturas (aluno/comunidade/realidade social).

Fonte: apud (198), 1983.

"Na questão específica das escolas médicas, o número destas, sua localização regionalizada e o número nacional, regional e local de vagas para admissão de alunos devem corresponder e integrar-se a uma política e a um planejamento de recursos humanos para a saúde, determinados não de cima para baixo, mas elaborados em amplo debate, com participação ativa de todos, sobretudo das próprias populações interessadas.

A qualidade do ensino médico de graduação, antes avaliada em função apenas da qualificação docente e da disponibilidade de laboratórios e de leitos hospitalares, deve passar a ser medida pelo real acesso dos estudantes a esses itens (em geral desviados para o ensino pós-graduado), inclusive novos critérios de qualificação docente, e pela adição de novos itens, tais como a precocidade de efetiva relação aluno-paciente, a valorização dos componentes psíquicos e sociais da saúde (ao lado do componente biológico) e, principalmente, a qualidade e a quantidade da atenção à saúde da comunidade ocorrida durante o processo de aquisição da aprendizagem.

A efetiva integração entre os chamados ensinos básico e profissional e a ultrapassagem dos antigos limites acadêmicos rumo ao efetivo contato de estudantes e docentes com a realidade de saúde, através do atendimento das necessidades da comunidade, não são possíveis exceto pela clara definição dos objetivos curriculares do curso médico como um todo, acima das unidades e subunidades encarregadas de ministrar o ensino.

Figuras tais como ciclo básico, ciclo propedêutico e internato devem deixar de ser instituições definitivas, passando a objeto de lúcido questionamento, em função dos objetivos curriculares globais. Não tem mais qualquer sentido reservar disciplinas, períodos, séries ou ciclos para ministrar exclusivamente determinados tipos de ensino, especialmente os que traduzem as velhas falácias do teórico antes do prático, do básico antes do aplicado, do especializado antes do geral, do orgânico dissociado do psíquico, do social oposto ao biológico, do preventivo distinto do curativo, e do coletivo separado do individual. Habilidades, atitudes e conhecimentos próprios da profissão médica devem ser adquiridos indistinta e adequadamente desde o primeiro ao último dia do curso. Hoje se sabe que as dificuldades para tal não configuram problema didático-administrativo mas de consciência - sanáveis, portanto, pelo debate aberto e o diálogo sem reservas.

Como exemplo, a divisão da medicina geral nas quatro áreas de clínica médica, pediatria, cirurgia e obstetrícia revelou-se inadequada e, em vez de reavaliada, tem sido acrescida de mais duas áreas, a de medicina coletiva e a de saúde mental. Isso revela a tentativa de emendar esquemas superados para se evitarem reestruturações sérias, objetivas, profundas e corajosas - as quais deverão ser necessariamente coerentes com reestruturações sérias, objetivas, profundas e corajosas da atenção à saúde da população brasileira.

O hospital universitário - pela responsabilidade social que envolve, pelo alto custo relativo de sua manutenção dentro da universidade e por ser o ponto onde a educação e a saúde se encontram - constitui-se no indicador privilegiado para se aferir a tendência governamental, seja para assumir esses dois bens sociais básicos como sua responsabilidade prioritária, seja para fazer deles objeto de lucro.

O hospital universitário é excelente indicador também do grau com que a universidade se compromete com as necessidades sociais, variando do antigo hospital limitado aos setores de internação ao novo hospital que ultrapassa seus próprios muros e alcança e inclui o ambulatório central, os ambulatórios periféricos e o próprio domicílio de seus clientes. Esta abertura à comunidade externa seria incoerente se não se completasse com uma abertura simétrica à comunidade universitária interna (alunos, funcionários, professores e respectivos dependentes), cuja saúde é sua responsabilidade óbvia, mas até agora não demandada.

O custeio básico do hospital universitário deve ser de responsabilidade orçamentária do poder público e nem por isso deve ele deixar de ter renda própria, conjuntamente com a ampla atenção à população carente. E que o custeio básico se refere à atenção básica e o hospital universitário, por natureza, não pode, como os demais, se restringir ao básico. Sua renda própria deve constituir o fundo com que a universidade, escapando do controle econômico externo, financiará com total independência seus projetos de vanguarda na área da atenção à saúde.

O hospital universitário, apesar de representar um alto custo relativo para a universidade, é na maioria dos casos vedado, em seus setores de internação, aos alunos de graduação em medicina e em enfermagem, o que, além de por si absurdo, contribui para a não-terminalidade do curso de graduação. Com isso, a residência médica supletiva passa a ser não só uma necessidade mas um obstáculo, em círculo vicioso, àquela terminalidade. As experiências pioneiras em propor um internato terminal de graduação, têm a responsabilidade de propor também um modelo inédito de residência médica não supletiva, devendo para isso resolver de baixo para cima a questão da interface internato-residência, na qual assume importância a função docente e de pesquisa do médico residente.

A proposta de uma educação médica em que o ensino e a pesquisa são decorrentes da atenção à saúde reforça a importância do regime de residência na pós-graduação médica. Assim a formação pedagógica e a formação científica na pós-graduação médica estarão implícitas necessariamente na residência médica não supletiva, na medida em que o pós-graduando, senhor de uma graduação terminal prévia, estará preparado e inclinado a atividades docentes e de pesquisa integradas ao processo de atenção à saúde próprias do hospital universitário.

Somente assim se impedirá que a pós-graduação continue a ser um reduto elitista e um refúgio aristocrático, em contraste com a alegada massificação da graduação e com a nítida marginalidade da prestação de serviço: o desprezo e conseqüente abandono da graduação impedem-na de ser terminal, revertendo-se o efeito sobre a pós-graduação que, apesar da postura, se torna regressivamente colegialista e supletiva.

A caça colegialista aos créditos em disciplinas formais não terá lugar numa pós-graduação em que o domínio específico em qualquer subárea for demonstrado (em vez de em aulas teóricas ou teórico-demonstrativas, com testes de múltipla-escolha) no desempenho em serviço, com resolução de problemas concretos. A avaliação crítica, com amplo debate, da experiência acumulada e dos progressos recentes deve ser objeto de atividade adicional, de preferência noturna, aproveitada de modo a beneficiar conjuntamente estudantes de graduação e ex-alunos (educação contínua).

Com essa proposta, o currículo foi implantado em 1975, de início com cinco inovações fundamentais: 1) atendimento ambulatorial precoce pelo estudante, inclusive ambulatório periférico, alcançando adultos e crianças em cargas horárias iguais (obedecendo à demografia brasileira), 2) cirurgia ambulatorial executada pelo aluno a partir do oitavo semestre do curso, 3) internato rural obrigatório por três meses, com supervisão à distância, em rodízio com o internato em áreas de internação hospitalar (cuidado progressivo do paciente no hospital universitário), 4) calendário contínuo, sem férias coletivas (férias escalonadas de estudantes, docentes e funcionários), 5) ausência de aulas

expositivas, de frequência obrigatória, nos horários correspondentes ao atendimento de pacientes. Pelo desenho curricular, o aluno só poderia ir para o internato rural ou hospitalar, após passar um semestre em plantões de traumatologia (pronto-socorro central) e um semestre em plantões em obstetrícia. As antigas disciplinas de especialidades e subespecialidades médicas passaram a ser consultorias especializadas dos ambulatórios gerais de adulto e criança e dos rodízios do internato, continuando, entretanto, a ser disciplinas de cursos de pós-graduação. Foram oferecidas, de início, dezesseis disciplinas optativas de temas pioneiros, prevendo-se a oferta de cerca de cinquenta, posteriormente.

Foram previstos seminários com docentes, estudantes e funcionários (200) de dois em dois anos, para progressivo aperfeiçoamento, prevendo-se, para 1982, o desaparecimento da distinção entre ciclos básico, propedêutico, clínico e internato, com a integração total (198) do currículo (este perfil integrado total é defendido pela DENEM (58)). Em 1985 essas previsões não tinham sido totalmente cumpridas, mas o apoio da maioria dos docentes, estudantes e funcionários, inclusive indo à greve (a de 1982, de repercussão nacional, deflagrou o movimento "diretas já" em Minas) em defesa da inovação, mantinha as características de processo em vigor. Mas a abolição do calendário contínuo, o retorno das aulas expositivas, o abandono do sistema de cuidado progressivo no hospital universitário voltado para a renda própria, a extinção das disciplinas optativas e a criação de novo departamento, institucionalizando a equipamento-dependência (contraditória com os princípios antes adotados) foram considerados retrocessos incompatíveis com o prosseguimento do esforço inovador. Melancolicamente, foi um naufrágio com "afogamento ao chegar à praia", pois a proposta se inviabilizava aqui quando por toda a parte, dos EUA ao Japão, de Cuba à China, ela era adotada de acordo com

estratégias peculiares, inclusive por instituições paradigmas e pedagogicamente conservadoras, como o curso médico de Harvard, nos Estados Unidos (201, 276).

Além da UFMG, com base no Congresso da ABEM de Poços de Caldas, de 1979, foi criada, em 1980, a AMEM (Associação Mineira de Educação Médica), uma ameaça de dissidência da ABEM (surgida em Minas, em 1962) (Tabela 4.3.2.10.) não concretizada, e que congregou as nove escolas médicas de Minas em torno do estímulo à inovação por intermédio da regionalização docente-assistencial (2, 66) (Figura 4.3.2.10). Na época foi tentada a criação da APEM (Associação Paulista de Educação Médica), mas as escolas médicas paulistas estavam muito divididas para se conseguir um programa comum, prenúncio da venda de uma delas a uma empresa multinacional (218). Com a eleição de Tancredo Neves à Presidência da República, três técnicos ligados à experiência curricular da UFMG iriam para a assessoria dos ministérios da educação, da saúde e da previdência, respectivamente, e um ex-secretário da saúde de Minas assumiria o INAMPS para preparar logo sua extinção e estabelecer o sistema único de saúde, com base na experiência do norte mineiro. No lado da educação superior seria elevada a gratificação de dedicação exclusiva para 100% e criada a remuneração adicional para quem lecionasse ou trabalhasse em integração ensino-serviço, tendo a resolubilidade como indicador de produção (218). Ao mesmo tempo um representante da mesma experiência seria lançado candidato à primeira eleição direta para reitor da UFMG. Com tal estratégia, o processo do currículo médico seria base para inovar na saúde (sistema único público) e na educação superior (substituição do ensino centrado-em-conteúdo pelo ensino centrado-em-problemas) em todos os cursos da universidade e do país. Tudo isso se frustrou, mas restaram os profissionais formados na vigência da inovação.

Tabela 4.3.2.10. Referencial histórico da educação médica e da atenção à saúde no Brasil, da década de 50 a 90.

Década	50	60	70	80	90
MUNDO/PAÍS	Modernização do Pós-guerra Desenvolvimento de Kubitschek	Neopopulismo consumista	Desdobramento consumista planetário com dissecação quantitativa-qualidade	Refluxo neo-conservador da adequação quantidade-qualidade, com concentração de renda entre as classes e nações (as pobres são pobres mas de gerentes)	Reordenamento econômico
Vertente assistencial	Medicina liberal tecnocêntrica	Unificação estatal repassada para o consumo	Dissociação quantidade/qualidade com sucateamento estrutural	Cosmética da avaliação/qualidade (gerenciamento para não alterar estrutura)	Definição do sistema único ou de mercado
Vertente docente	Ensino biocêntrico flexenariano modelar	Preventivismo e explosão numérica de escolas e estudantes	Dissociação quantidade/qualidade na formação de agentes de consumo	Discurso da avaliação/qualidade: da integração docente assistencial ao complexo industrial-universitário	Completo complexo industrial-universitário ou integração ensino-serviço na rede pública
ABEM	Modelo e similares preexistentes	Instituída em 1962 já com preocupação social	Máquina de ensinar e de ensinar a ensinar. Dissociação graduação (quantidade)/pós graduação (qualidade) Residência de medicina de família supletiva da graduação.	Ambivalência: discurso da avaliação/qualidade ou reestruturação curricular centrada-em-problema	Manipulação externa ou participação ativa, especialmente dos estudantes em reestruturações necessárias

Fonte: apud (40)

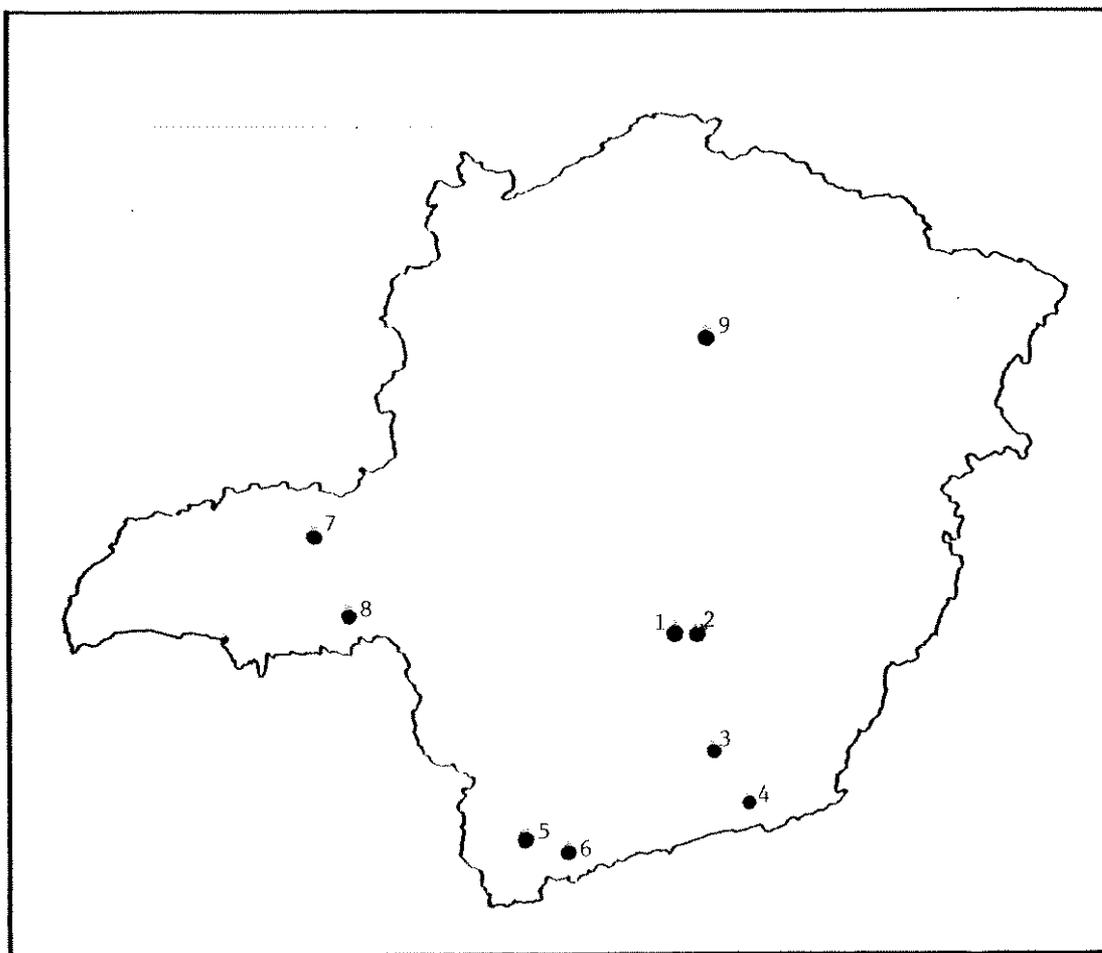


Figura 4.3.2.10. Localização das escolas médicas em Minas Gerais, 1989:
1 e 2 - Belo Horizonte; 3 - Barbacena; 4 - Juiz de Fora; 5 - Pouso Alegre; 6 - Itajubá; 7 - Uberlândia; 8 - Uberaba; 9 - Montes Claros.
Obs.: Em 1990 foi criado novo curso médico em Alfenas, considerado irregular pela ANEM/ABEM.

Vejamos, então, que aspectos desse processo de desenvolvimento curricular teriam que ser reforçados ou corrigidos, com base na retro-alimentação oferecida pelo presente estudo de seus egressos.

Pelos depoimentos, há fortes indicações, a serem confirmadas em estudos específicos, de que a resolubilidade apontada pelos próprios egressos, sempre alta, apesar das queixas e dificuldades indicadas, decorre genericamente do longo período na graduação em que tiveram oportunidade de resolver problemas no ambulatório de medicina geral de adultos e de crianças e no de cirurgia, sendo que, para complementar a resolubilidade, em termos obstétricos e traumatológicos, esta decorreu de plantões extracurriculares nestas áreas.

Com esta verificação surge a curiosidade sobre como é a resolubilidade entre egressos de outros cursos (a quase totalidade dos demais) que, em vez de prolongado preparo ambulatorial, ensinam conteúdos "de cuspe e giz" sobre subespecialidades médicas. Pelas indicações dos médicos entrevistados sobre médicos egressos de outros cursos e pelos estudos diagnósticos (31, 90, 198, 217) estes não apresentam resolubilidade ou a apresentam decorrente de intenso "plantonismo" extracurricular. Aqueles que não apresentam nenhuma ou alguma, mas precária, resolubilidade têm, em geral, duas saídas: ou se tornam nômades, ou descobrem os caminhos, em geral, prósperos de pseudo-resolubilidade (ver a seguir), às vezes, como num caso aqui relatado, até mais popular que a resolubilidade correta, levando à saída da cidade do médico partidário desta. Os nômades podem acomodar-se num emprego ("encosto") ou deixam de exercer a profissão (Figura 4.3.2.11)*. Estão aí algumas evidências do processo de homogeneização da vida profissional independentemente da formação.

* Os conceitos de pseudo-resolubilidade, de resolubilidade senso lato, e de nomadismo foram adotados de SALGADO, C. A. & SALGADO, J. V. (dados não publicados, a quem agradecemos (cf. (215))).

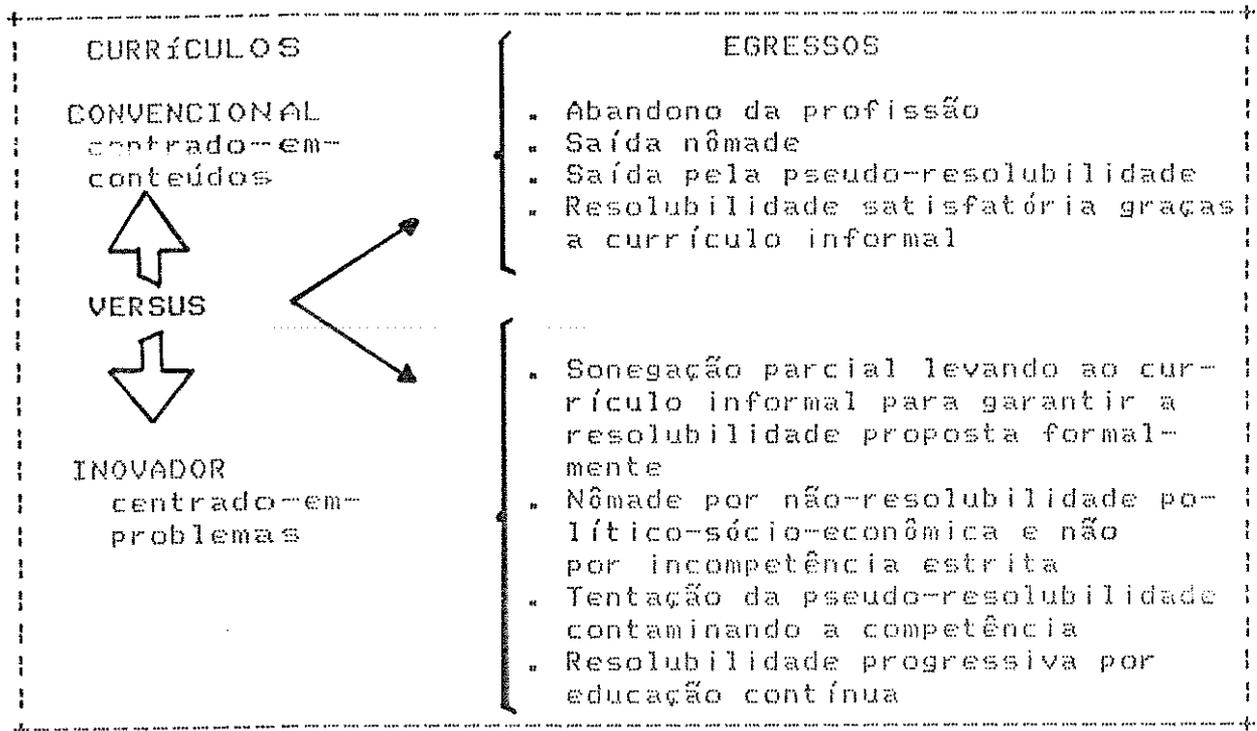


Figura 4.3.2.11. Quadro das alternativas profissionais relativas à resolubilidade ligada à sonegação curricular - no caso do médico que atua isolado em pequenas cidades - e que levam à homogeneização da vida profissional independentemente da formação.

Comparando-se os objetivos educacionais do currículo (264) com os relatos dos egressos sobre sua formação e sobre sua própria resolubilidade, confirma-se que o condicionamento econômico-social-político do currículo leva à sonegação de conhecimentos, habilidades e atitudes, de modo a satisfazer interesses externos, reproduzidos internamente na escola (5, 6, 14, 217). No caso presente, a confirmação é mais flagrante, na medida em que se comprova clara sonegação em um currículo cuja pedagogia deriva precisamente da consciência do processo sonegador e cujo desenho foi específico não só para não ser sonegador, mas para, estrategicamente, "driblar" o processo sonegador (217).

Sob este prisma o estudo de egressos permite complementar os dados do internato rural (que tem como um de seus objetivos a estratégica função de detectar sonegações) sobre aspectos do currículo formal que devam ser aperfeiçoados e sobre como neutralizar sonegações do currículo formal e assim tornar desnecessária a busca extracurricular de resolubilidade.

Quanto ao aperfeiçoamento, os dados dos egressos fazem supor que caso houvesse o "desenvolvimento" curricular previsto (264, 265) - ou seja: 1) a "descida" de atividades que envolvem resolução de problemas até o primeiro ano do curso, com o desaparecimento do "ciclo biológico" como tal; 2) a completa "periferização" do ambulatório de adultos e o prolongamento de ambos (de adultos e de crianças) junto com a "descida" mencionada; 3) o prolongamento da cirurgia ambulatorial pelos diversos semestres, complementando-se sua cobertura dos níveis I e II de Velez-Gil (101) e 4) mudança semelhante na formação dos demais membros da equipe de saúde - a resolubilidade do egresso atuando **solo** seria muito maior que a aqui relatada.

Se tal aperfeiçoamento curricular estivesse em curso, a presente investigação de egressos forneceria subsídios fundamentais não bem percebidos anteriormente e que dizem respeito a quatro resolubilidades mais amplas que a resolubilidade estrita, simplesmente profissional, do médico: 1) domínio de **função política** no relacionamento com o sistema de poder, 2) domínio de **função docente** não só na educação para a saúde do paciente e da comunidade, mas do treinamento da equipe (do mesmo grau e de graus diferentes de escolaridade), 3) domínio de **função administrativa** e 4) domínio da **função de pesquisa** - todos passíveis de serem adquiridos no internato rural e nos ambulatórios periféricos, para os quais a duração destes, no currículo real dos presentes egressos, não foi suficiente. Não só a duração mas o caráter da relação estudante-paciente-comunidade, chegando à intimidade do

domicílio é aqui decisivo. Só assim nos aproximaremos da resolubilidade epidemiológica exaustiva ou político-sócio-econômica (215).

A esse propósito, chama atenção, entre os egressos estudados, certa "insensibilidade" ao trabalho cooperativo. A herança competitiva da tradição liberal da própria profissão e a experiência escolar também competitiva, somadas à competição da realidade profissional, seriam elementos para explicar, por exemplo, que a primeira idéia de um estafado médico isolado, em relação à chegada de um colega, é que este venha a "cooperar" para permitir-lhe férias, ou seja, para fazer o mesmo que ele vem fazendo e não para dividir cooperativamente o trabalho (216). No estudo diagnóstico já se considerava secundário o trabalho cooperativo na graduação, como se tal experiência fosse passível de ser satisfatória na pós-graduação, após prolongada cristalização competitiva na graduação e antes dela (Tabela 4.3.2.11). A equipe mostrada na Figura 4.3.2.12. exemplifica como uma cidade que comporta três médicos pode obter deles máxima resolubilidade sem competição entre eles.

Tabela 4.3.2.11. A formação de pequenas equipes de médicos destinadas a trabalhar no interior deve ser objetivo do curso de medicina da UFMG, em nível de graduação?

OBJETIVO	DOCENTES	RESIDENTES	ALUNOS
Exclusivo	21,0	2,1	4,6
Prioritário	29,0	36,2	28,4
Secundário	44,0	33,8	43,7
Não deve ser objetivo	25,1	27,8	23,5

OBS.: Note-se o posicionamento dos residentes em relação aos alunos e docentes.

Fonte: apud (31), 1973.

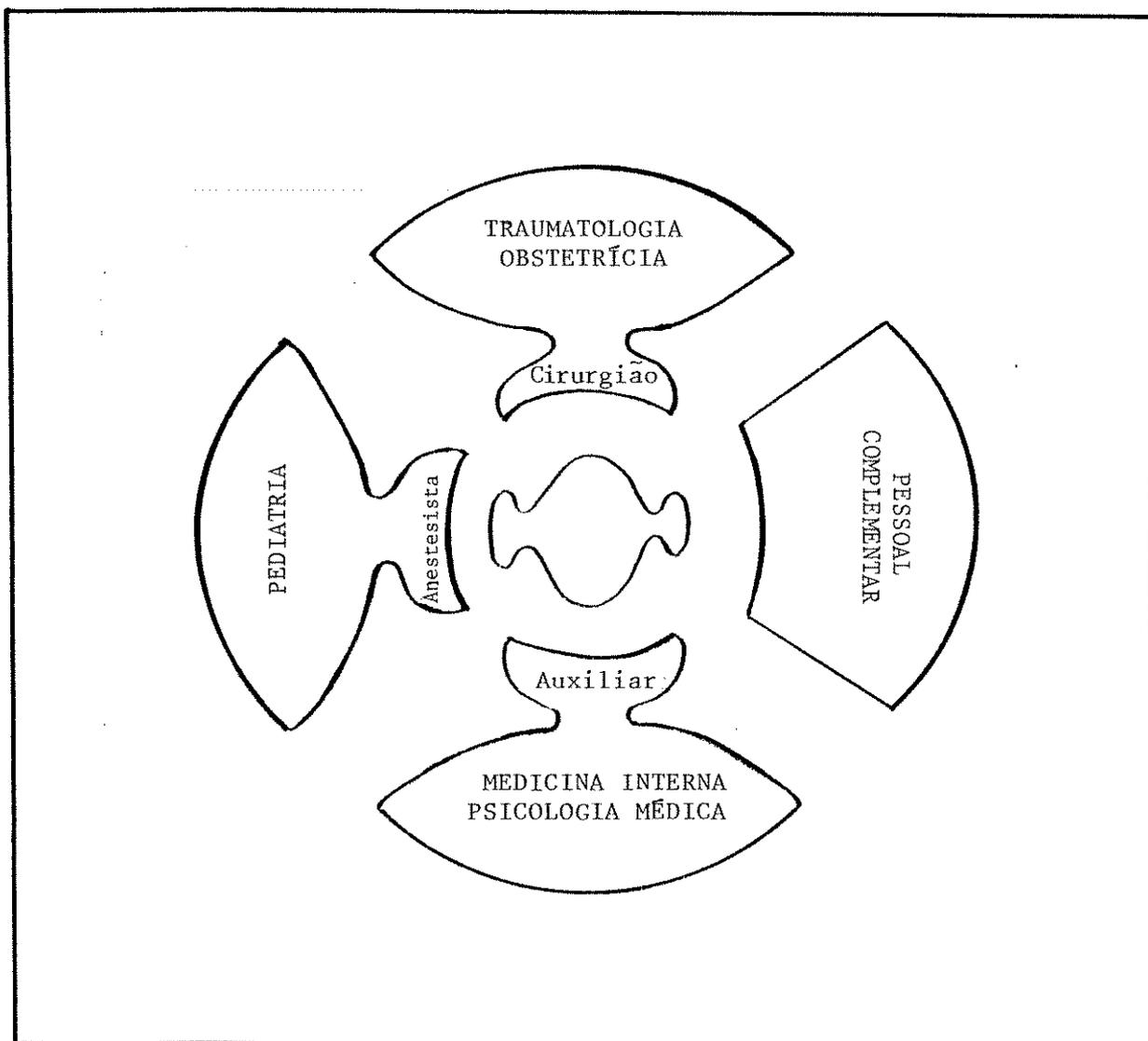


Figura 4.3.2.12. Exemplo de equipe mínima de três médicos, inclusive encontrada espontaneamente em pequenas cidades, com alta resolubilidade, sem competição.

Fonte: (apud (216)).

Quanto às competências claramente enunciadas no currículo formal (264) e que foram frontalmente sonegadas, podemos reuni-las num grupo composto pela traumatologia e pela prática obstétrica e outro pelas experiências de saúde mental, médico-legais e ligadas ao sistema de saúde vigente.

A traumatologia, entendida como atividade interdisciplinar envolvendo medicina interna, cirurgia geral, ortopedia e neurocirurgia, de adulto e de criança, recebeu um semestre exclusivo do currículo formal, a ser cumprido exclusivamente em plantões, em pronto socorro central, com sistema de transporte organizado para socorro das vítimas, e em condições de atender sobretudo o politraumatizado e o grande queimado, com central de toxicologia. Neste caso a sonegação veio da inexistência desse centro e com a deterioração do que viria a sê-lo, inclusive "sonegando" a um dos egressos ouvidos o aperfeiçoamento no exterior em transporte de acidentados. A deterioração chegou ao ponto de os estudantes passarem em 1990, um semestre indo ao pronto socorro para ouvir aulas expositivas sobre "urgências".

Quanto à obstetrícia, os estudos preparatórios do currículo (31,90) indicavam que 100% dos estudantes deveriam passar, pelo semestre já referido, cursando uma disciplina propositalmente denominada "Prática Obstétrica", em condições tais que devessem realizar individualmente pelo menos cinquenta partos e participar ativamente de todas as cesárias que ocorressem nos plantões em que realizassem esses partos. Dificuldades em relação à desativação da maternidade universitária levou o colegiado de curso a reduzir de cinquenta para cinco o mínimo de partos por estudante (264). Os dados dos egressos ora estudados mostram que nem esse mínimo de cinco foi cumprido para todos os alunos e o mais extraordinário é que a disciplina continuou existindo com aquele nome tão claramente específico, sendo que a atenção dos responsáveis estava voltada todo o tempo não para atender à natalidade mas para controlá-la, mesmo que a preço muito alto.

De fato, desde o advento da pílula anti-concepcional, no início dos anos 60, surgiu o interesse pelo "ensino do controle da fertilidade", expressão usada por YUNES em seu levantamento de 1970 (282), sendo que por isso o currículo da UFMG criou em 1975 uma disciplina optativa pioneira de Reprodução Humana & Planejamento Familiar, a ser ministrada interdisciplinarmente, de modo a evitar a abordagem antinatalista e a enfatizar o direito aos meios e à tecnologia médica, inclusive aconselhamento genético, sexologia e tratamento da esterilidade (264).

Logo após a implantação do novo currículo, o Departamento de Ginecologia & Obstetrícia assumiu unilateralmente o controle total da disciplina, restringindo-a à anti-natalidade, no contexto do furor antinatalista da época, na verdade uma indústria que mobilizava milhões de dólares. Assim, a disciplina, com objetivo curricular contrário, foi incorporada à Clínica de Planejamento Familiar (203). Segundo PEIXOTO & LOPES (189) esta clínica já existia na faculdade desde 1966, fruto de um convênio com o "Population Council" e a BENFAM (Sociedade Brasileira de Bem Estar Familiar). ROCHA, LAMEGO & PEIXOTO (203) relatam que, em 1975, foi feito convênio também com a Fundação Pathfinder (de Boston, EUA) para reativar o fornecimento de contraceptivos intrauterinos (DIUs), sendo que a Universidade John Hopkins se encarregava de difundir o ensino da antinatalidade. No Departamento de Ginecologia & Obstetrícia da UFMG, foram atingidas 28.000 mulheres, de 1966 a 1978, das quais em 9.329 foi introduzido o DIU, sendo que uma parte ainda desconhecida desses quase dez mil DIUs era do modelo DALKON SHIELD, responsabilizado mais tarde por complicações graves e mortes, no mundo todo, inclusive nos EUA, onde as indenizações às vítimas de lá levaram à hipoteca dos bens da multinacional que o fabricava. E os estudantes que se envolveram nestes e em outros bem remunerados "serviços" antinatalistas, como alguns de nossos egressos, "desaprendiam" uma lição a mais de ética,

ao "extrair" no pós-parto o consentimento da mãe para a intervenção. Mais tarde, tais "serviços" seriam acusados de esterilizar em massa, por ligadura tubária, porção substancial da jovem população feminina do Brasil (Tabela 4.3.2.12. (191)).

Tabela 4.3.2.12. Percentual de mulheres sexualmente ativas, de 15 a 44 anos, em uso de anticoncepção, segundo o método, no Brasil e por região, em 1986.

	Brasil	Rio de Janeiro	São Paulo	Nordeste
Mulheres em anti-concepção por qualquer meio	65,3	70,6	72,7	53,0
Esterilizadas	27,2	33,6	31,5	25,3
Em uso de anti-concepcional oral	25,0	25,2	24,7	17,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: BENFAM/Westinghouse (1986), *apud* (191).

Descemos a tais pormenores em homenagem às agruras obstétricas descritas por nossos egressos e também porque este talvez seja o caso mais ilustrativo de como o modelo departamental, introduzido na universidade brasileira a partir do Relatório Atkon, antecedente ao acordo MEC-USAID, traz entre seus objetivos colocar os departamentos em conexão direta com o interesse das indústrias, constituindo o complexo industrial-universitário (218). Assim se submete a

universidade à humilhante condição de co-responsável por acontecimentos como os acima e à revelia de um currículo em vigor, aprovado democraticamente, com diretrizes que apontam em sentido diametralmente oposto.

A sonegação de procedimentos médico-legais está ligada, segundo os exemplos relatados pelos egressos, à proximidade que tais atos guardavam, por intermédio da polícia, com o autoritarismo em vigor até há pouco. O mesmo ocorreu durante a formação desses egressos, mais próxima ainda do regime militar, em cuja crônica incidentes médico-legais foram manchete da imprensa (episódio Herzog) (221). No concernente à UFMG, além da pressão contra a experiência curricular, acusada de subversiva por autoridades ligadas a esta especialidade, acontecimentos dramáticos vieram a ocorrer posteriormente e que certamente serão estudados de modo desapassionado, com o passar do tempo, inclusive com acesso a dados judiciais (episódio Ivan Lage).

Já em relação à saúde mental, a crônica deste currículo é rica por outras razões. Os estudos diagnósticos coincidiram com grande efervescência da crítica à psiquiatria repressiva oficial, agravada pela assistência médica ultra-mercantilizada. A inquietação se refletiu não só em livros publicados sobre os hospícios mineiros (74, 269), mas na presença em Belo Horizonte, desde o início dos anos 70 até recentemente (além da quase vinda de Piaget), de Foucault (82), Lapassade, Moffat (estes em debates às escondidas), Davanzo, Basaglia (74), Berlinguer, Daniel (57) e Merquior - numa diversidade que se complementava com a visão múltipla de líderes locais como Jairo Bernardes, Domingos Gandra, Célio Garcia, Ronaldo Simões, Luis Carneiro*, Márcio V. Pinheiro, Raimundo Cabral, Caio Líbano e, *in memoriam*, Gonçalves Gomide e Clovis Alvim. Tudo isso fazia crer em garantia de ótima formação em saúde mental (não repressiva) de nosso médico

* Coordenador do "Seminário sobre Alternativas de Atenção à Saúde Mental", na UFMG, que procurou resgatar os aspectos mais inovadores de toda a experiência acumulada, 1982.

geral na graduação. A morte de dois destes, logo os que eram docentes da graduação encarregados da difícil tarefa (Bernardes e Gandra) e a emigração de um terceiro, convidado para a pós-graduação (Pinheiro), provocou uma espécie de trauma de liderança, abrindo-se espaço para a sonogação verificada, já que a consultoria de atenção à saúde mental, nos ambulatórios, na internação hospitalar e no internato rural (prevista para ser integrada aos cursos de psicologia da UFMG e de serviço social da PUC) passou a ser atribuição dos oponentes ideológicos do currículo aprovado em 1974 e adeptos da psiquiatria ortodoxa.

Por fim, a formação de egressos equipamento-dependentes, apesar de o currículo propor o contrário, está transparente em alguns dos presentes relatos. Em vez de surpresa ou decepção, deve ser recebida com objetividade, no sentido de que representa excelente antídoto para a ingenuidade ou o "voluntarismo" dos propositores de aperfeiçoamentos curriculares. Mas também é consolador ouvir do egresso a crítica de que a própria disponibilidade "gratuita" dos exames complementares convidava a seu uso, por hábito ou rotina, nos ambulatórios da faculdade. É muito significativo o depoimento do médico que disse ser ele um profissional "barato", já que resolvia os casos sem depender de exames, mesmo os mais simples. Na verdade, a persistência da equipamento-dependência num currículo que foi desenhado com vários dispositivos para neutralizá-la, apenas confirma a força do consumismo na medicina atual, especialmente a força da adaptação que o modelo flexneriano sofreu para que o ciclo básico biológico se transformasse em convincente instrumento desse consumismo (217). Nesse ciclo e no ciclo profissional a presença vitoriosa de proprietários de laboratórios privados de exames diagnósticos chegou ao ponto de impor ao currículo, ora analisado, um retrocesso inacreditável: criar um departamento novo em que passaram a controlar exatamente as

disciplinas destinadas originalmente a treinar os alunos para que evitassem o consumismo tecnológico-dependente.

Diante de tanta sonegação, o estudante escapa pelo currículo INFORMAL, também chamado currículo PARALELO ou CLANDESTINO, constituído pelas atividades extracurriculares, procuradas deliberadamente para suprir a competência sonegada ou mesmo para suprir remuneração de plantões ("plantonismo" precoce) no mercado de mão-de-obra barata (199), mas que acabam suprimindo conhecimentos ou habilidades heterogêneas ou conflitantes entre si, como subproduto. O conjunto das experiências formais e informais constitui o que SALGADO (217) designa por REALIDADE CURRICULAR. É possível que as contingências dessa condicionem a translação das atitudes "humanitárias" para as "cínicas", ao longo da graduação (apud (23, 176)).

Os dados de grande riqueza ilustrativa e mesmo de denúncia ora coligidos sobre o currículo informal, junto aos egressos, mostram que estudos adicionais serão necessários para revelar todo o potencial de seu significado pedagógico e para o mercado de trabalho - sem o que o aperfeiçoamento da educação centrada na integração ensino-serviço não irá muito longe.

Concluindo, a principal lição que estes egressos, por meio da análise aqui feita, devolvem à escola parece ser a confirmação do condicionamento econômico-sócio-político de sua formação, em geral envolvendo decisões tomadas fora de seu próprio país. Como consequência, as mudanças educacionais não podem limitar-se ao aspecto educacional, devendo abranger mudanças econômico-sociais para que sejam eficazes.

Outra lição é a de que os sucessivos modelos ou modismos pedagógicos devem ser criticados como "despistes" destinados a desviar as energias em jogo para longe do

atendimento às necessidades sociais. O ensino médico centrado-em-problemas, em vez de modelo ou modismo, parece ser um retorno à pedagogia primal, usada com a velocidade e a disponibilidade da informação de hoje - tanto que, em vez de surgir de um centro avançado e dali exportado, surgiu multicentricamente em diversos ambientes econômico-sócio-políticos.

Verifica-se, também, que não basta que um curso se declare adepto de uma pedagogia autêntica e eficaz. Na distância que separa a boa intenção pedagógica (currículo formal) até o ensino e deste até a aprendizagem de fato acontecida há espaço suficiente para muitas ingerências, especialmente aquelas sofisticadas do processo sonegador aqui comprovado e documentado (realidade curricular).

"E agora, doutor?"

(Paráfrase do célebre poema JOSÉ de CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE, recitada a cada festa de formatura de medicina da UFMG, desde a década de 50).

4.3.3. A decisão de ir para o interior

Um estudo abrangente de egressos permitiria comparar egressos, até da mesma turma, de destinos divergentes, como entre os que ficaram na cidade onde estudaram e os que foram para cidades maiores e menores, no país ou no exterior, bem como entre os que se especializaram e os que se mantiveram como médicos gerais ou que se dedicaram à pesquisa, à administração e/ou à docência (3, 25, 70, 72, 83, 97, 109, 127, 145, 153, 166, 173, 184, 193, 202, 208, 240, 255, 256, 270, 279, 280). Até que isso seja possível e na ausência de grupos controles, podemos analisar a época e a razão que os presentes egressos apresentam para sua interiorização, com base em dados precariamente generalizáveis da literatura.

Lembraremos fatores que vão do plano psicológico, ao sócio-cultural e, enfim, ao econômico. Os fatores psicológicos individuais tendem a ter realce quando se usa o método biográfico, como aqui. Há os que nunca se adaptaram à cidade grande e os que querem submeter-se logo ao máximo desafio. Há os que não querem voltar à cidade natal por razões anteriores, ligadas à história da família e/ou para mostrar que venceram fora de lá. Há os que aceitam influência de docentes, de parentes, de amigos, e, principalmente, do cônjuge (186, 250, 257, 260). Mas já aqui estamos na esfera econômica e sócio-cultural. O cônjuge, principalmente a esposa não médica, seria fator de resistência à interiorização ou de rápido retorno à cidade maior, por razões de estilo de vida ou de trabalho dela, e pela preocupação com a educação dos filhos. De fato é fator importante, pois parece ter sido decisivo no retrocesso do calendário contínuo da inovação curricular da UFMG, pois as esposas dos jovens docentes não quiseram abrir mão da coincidência entre as férias escolares coletivas de verão dos filhos e as dos pais, para que fossem

juntos à praia (dos docentes mais veteranos os filhos até preferiam ir separados).

Outro fator aparentemente individual é a insegurança técnica, o famoso pavor de o primeiro caso ser uma facada no tórax ou um parto difícil. A análise precedente mostrou que tal insegurança é fácil de ser superada curricularmente, especialmente com o "efeito ansiolítico" do internato rural: ou seja, trazer, para dentro do processo formador da graduação, a neutralização do máximo de incertezas. Mas, se o internato rural completa esta neutralização no aspecto técnico, ele gera incertezas no aspecto extra-técnico, que são os relacionamentos "de ambiente", com o paciente, com a comunidade e com o sistema de poder (ver a seguir), mas observamos que a tendência em clinicar em ambiente já conhecido parece ser maneira de diminuir esta incerteza. No caso da cidade natal, pequena ou grande, onde o pai é médico e superou tudo isso, temos um exemplo de fator forte em casos individuais de "herdeiros" que recebem "herança" econômica (clientela estabelecida), técnica (suplementação de aprendizagem com o pai) e ambiental (relação estabelecida com pacientes-comunidade-sistema de poder local).

A recíproca dessas considerações tem importância em termos de "força de trabalho" médica "ociosa", "desativada" ou "inativa". É que, entre os médicos mal-distribuídos, nos estados e no país, existe uma população de profissionais tecnicamente inseguros e que se refugiam na fácil "segurança" do subemprego múltiplo, tecnicamente nada exigente e só existente no "anonimato" das grandes cidades, com a vantagem de poderem continuar usufruindo da imagem tradicional do médico clínico, nos momentos "não-anônimos" de suas vidas. Esses subempregos são em geral de função administrativa mas o interessante é que podem ser bons empregos, até em dedicação exclusiva (sanitaristas) e até na universidade (docentes de ciclo básico). Na verdade, profissionais que tiveram boa formação médica, com quatro anos de atividade clínica intensa

na graduação, ao se dedicarem, após a formatura, à docência, pesquisa, laboratório e administração - completamente afastados dos pacientes e da comunidade - representam vultoso investimento sócio-econômico desviado e desperdiçado, mais grave em países empobrecidos, onde tais funções podem e devem ser bem exercidas por quem não custou tão caro e não ocupou espaço de outros com aquela formação. E em algumas situações, como em guerra ou epidemia, tal força-de-trabalho pode ser mobilizada e, após rápida reciclagem, ser colocada a serviço coletivo. Então, quando se quer organizar a atenção à saúde, não se pode esquecer essa reserva, e se deve saber ativá-la e aproveitá-la, ao mesmo tempo em que, por reformulação educacional, se impeça seu renascimento.

Importante fator de interiorização, em que motivações sócio-culturais e econômicas interagem de modo complexo, é o recente fluxo-refluxo representado pelo cruzamento entre o êxodo rural e a fuga dos grandes centros. De fato, o ensino superior centralizado resulta do êxodo rural e é fator de êxodo rural. No Brasil a falsa descentralização através de cursos-de-fim-de-semana privados foi substituída, em alguns casos, em cidades-pólo do interior, como Ribeirão Preto, Campinas, Piracicaba, Botucatu e Sorocaba (em São Paulo) e em Ouro Preto, Juiz de Fora, Uberlândia, Uberaba, Viçosa e Lavras (em Minas), onde cursos ou universidades públicas igualam e em vários aspectos superam os das capitais. Então o fator êxodo-rural, em seu componente próprio da classe média, pode ser neutralizado por universidades públicas no interior desenvolvido, com a vantagem de facilitar a fuga do grande centro, decorrente da violência urbana e da valorização da ecologia. Tudo isso pode ser aplicado ao médico e a cidades menores, ou seja, se estas cidades conseguirem que cheguem até elas os atrativos antes exclusivos das capitais e hoje repassados às cidades-pólo, pelo menos os atrativos mais próprios das aspirações do médico, de sua esposa e de seus filhos. Em resumo, todos os fatores favorecedores e

desfavorecedores da interiorização mencionados devem ser conhecidos e estudados para serem usados como variáveis estratégicas na futura organização de adequado sistema de saúde, mas sempre se tendo em mente que a variável principal é o fator econômico-social.

O fato de Minas Gerais compreender regiões ricas e pobres (Figura 4.3.2.4) permite interessantes observações sobre a relação entre assalariamento e interiorização. O interior antes desprezado, passando a ser o último refúgio dos médicos que insistem na clínica liberal (autônomo), pode frustrá-los caso a população não tenha poder aquisitivo para seus serviços, mas pode ainda dar-lhes prosperidade em cidades de renda alta e bem distribuída - ambos os casos ilustrados no presente estudo.

Com efeito, pelo estudo de MELLO, em 1973 (156), verifica-se que não adianta aumentar vagas em todas as escolas médicas, impor serviço civil obrigatório, criar faculdades no interior, ou fazer "campanhas" de interiorização, para que inúmeras cidades desassistidas passem a ter pelo menos um médico. Tudo isso seria inútil se não se "interioriza" a renda. Com efeito na Tabela 4.3.3.1, está bem clara a correlação entre a presença de médicos e a de agências bancárias no interior.

Tabela 4.3.3.1. Municípios brasileiros sem médicos e sem agência bancária, segundo regiões selecionadas, 1973

REGIÃO	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	
	Sem médico	Sem banco
Norte	98	93
Maranhão e Piauí	189	196
Nordeste (1)	685	837
Minas Gerais e Espírito Santo .	373	479
Rio de Janeiro	1	3
São Paulo	175	162
Centro Oeste	189	172
Sul	185	229
BRASIL	1.895	2.171

(1) Excluídos Maranhão e Piauí

Fonte: apud (156).

É claro que tal correlação só existe se o sistema de saúde é de mercado. Se o autor tivesse feito a correlação entre agências bancárias e a presença de pelo menos uma professora (pública) ou um agente de polícia (pública) não teria a mesma evidência. A conclusão de seu trabalho de que não se deve ter ilusões e gastar recursos com remédios para a má distribuição de renda, está correta. Mas faltou insistir em que, além disso, seria muito útil saber aqui mesmo no Brasil como a educação, o fisco, a religião, o exército e a polícia interiorizam seus agentes ou saber lá fora como países organizados (capitalistas e socialistas) interiorizaram a locais menos prósperos seus agentes de saúde, em adequados sistemas universalmente públicos.

Os EUA, que estão em transição em seu sistema de mercado, passando de um subsistema tradicional liberal, em que o médico era profissional autônomo (inclusive frente ao seguro saúde), para um subsistema de mercado assalariado, em que o

médico é empregado das "Health Maintenance Organizations" (HMO) de pré-pagamento (cf. 218) - apresentam médicos mal-distribuídos, tanto na relação urbano-rural, quanto litoral-interior (25, 240, 254, 256). Estas falhas na extensão de cobertura, associada à espiral de custos de 15-20% ao ano e ao alargamento das faixas populacionais sem poder aquisitivo para tais custos (218, 221, 248), intensificaram a busca de alternativas de cobertura universal (116). Em países como México e Brasil, com problemas econômico-sociais mais graves, os problemas não só de interiorização, mas de retenção local (104, 127), de migração interna e externa se tornam maiores e complexos (3, 8, 138, 173, 182, 184, 185, 191, 195, 204, 224, 259, 263). Cuidar desses efeitos sem enfrentar a questão sistêmica parece um erro tendente a desviar a atenção de estudiosos e pesquisadores indispensável ao esforço capaz de beneficiar a saúde coletiva a curto prazo.

O estudo comparado da questão mostra surpreendentes pontos comuns e divergentes. A Figura 4.3.3.1. revela que no levantamento de PARKER & TUXILL (186) sobre a atitude de médicos rurais e urbanos nos EUA sobre a prática rural em pequenas comunidades surge um fator "idealismo" (vou para lá porque lá há escassez de médicos) não presente desta forma entre nossos entrevistados (ver a seguir).

Assim, a principal conclusão dos relatos colhidos e dos dados anteriormente disponíveis é que a interiorização do médico depende principalmente do fator econômico, determinado pelo mercado ou corrigido pelo sistema público.

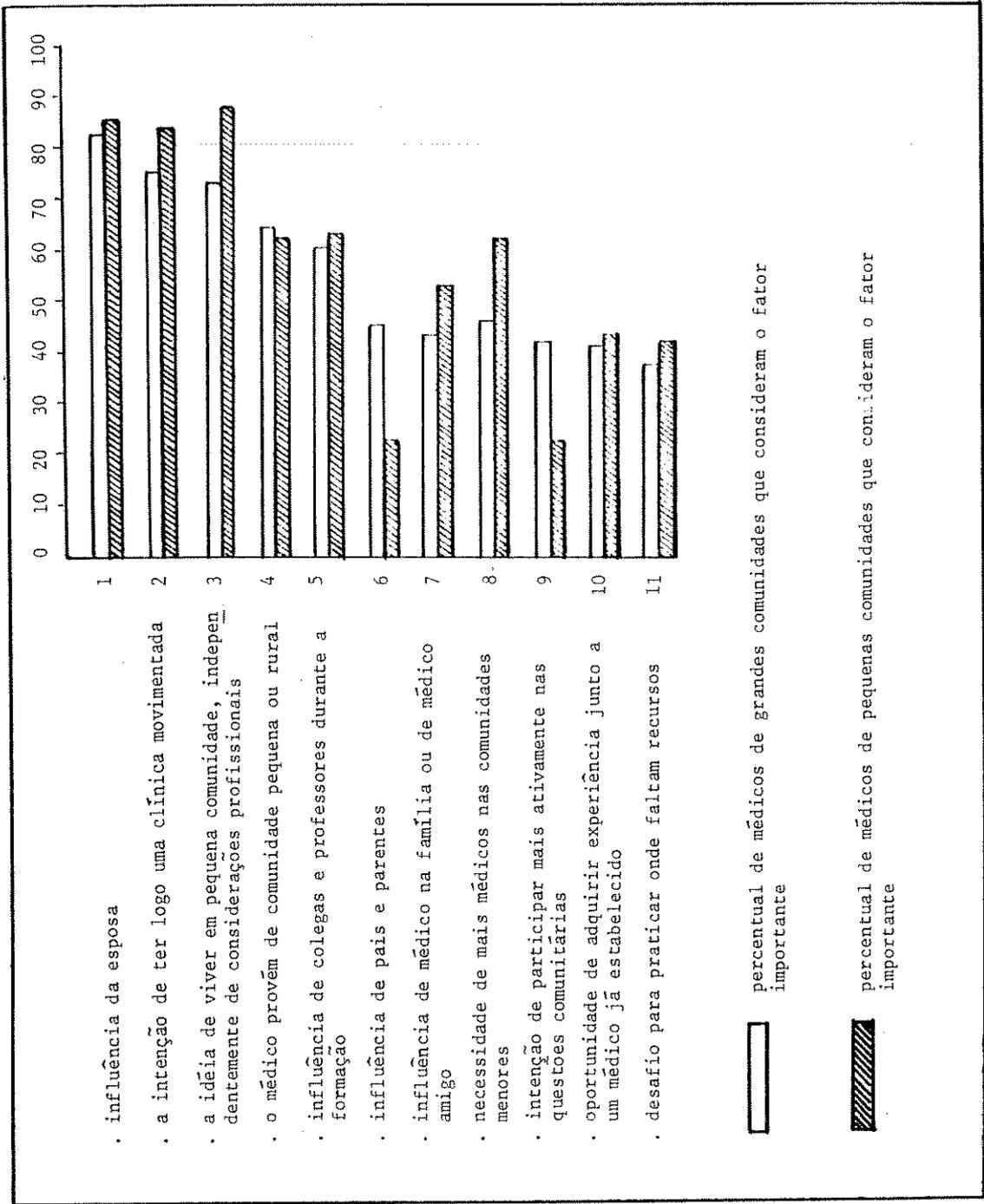


Figura 4.3.3.1. Respostas de médicos dos EUA sobre a importância de fatores que tendem a influenciar os médicos em geral, para que se localizem em pequenas comunidades.

Fonte: apud (196).

Os fatores secundários nas esferas psicológica, social e cultural não devem ser desprezados. Devem ser considerados secundários mas estratégicos, sob o contexto da análise anteriormente feita referente à decisão de estudar medicina, em que se contrapõe preferência *versus* escolha, sobretudo usando-se o critério de diminuir incertezas - por exemplo o apoio de retaguarda técnica e preparo/continuidade educacional - fatores esses estruturadores, isto é, diminuidores das incertezas e ambiguidades da vida profissional.

De um modo ou de outro, fatores primários e secundários, ao influir na decisão de ir ou não para o interior e lá clinicar *solo*, terminam por definir o perfil quantitativo e qualitativo do grupo que fez tal opção.

O que qualitativamente chama atenção nos entrevistados (e que pode não ser peculiar a eles) é a presença entre eles de apenas uma mulher e de um estrangeiro, a presença de pessoas de poucos recursos econômicos com origem social correspondente, a presença de indivíduos de origem urbana e ainda a ausência de motivação "ideológica" para interiorizar-se.

A autora, ao estudar o processo curricular desses médicos, em sua tese de mestrado (198), levantou os números da progressiva presença feminina na universidade e no curso médico, reduto historicamente discriminador da mulher (165, 175, 198, 223) (Figura 4.3.2.8). Este fenômeno, embora coerente com a crescente presença ativa das mulheres, na sociedade em geral, resulta menos de vitória contra a antiga discriminação e mais de mudança de perfil profissional imposta pela medicina de consumo, com a abolição das barreiras "elitizantes" próprias da medicina liberal anterior (217). A presença de apenas uma mulher no grupo presente traz curiosidade sobre sua motivação corajosa e sobre seu desempenho, por sinal vitorioso e por sinal ao lado de outra

mulher, enfermeira religiosa. De fato, no processo de localização do grupo estudado encontramos quatro casais, que serão objeto de estudo à parte, mostrando que o casal talvez seja a modalidade prevalente atual da presença da mulher médica em pequenas cidades, o que estaria de acordo com as bases antropológicas da formação de equipes (216). Já a presença de um estrangeiro no grupo também mostra estar ainda valendo a condição do Brasil, desde os anos 50, de país importador além de exportador de médicos, não deixando a interiorização de ser uma das alternativas de migração em geral, como veremos a seguir (184).

Quanto ao extrato sócio-econômico destes profissionais e de suas famílias, verifica-se de um lado a continuidade histórica de médicos filhos (ou parentes) de médicos (ou de profissionais da saúde (92, 176)). Ao lado disso, temos a presença de médicos filhos de famílias pobres de origem (95, 96, 97, 235). Tal fato pode significar que a carreira médica continua sendo encarada como canal de ascensão social, um degrau abaixo, isto é, antes canal de médio a alto, hoje também de baixo a médio grau. O surgimento de estudantes de medicina e de médicos cujas famílias continuam habitando favelas já é conhecido depois da expansão das vagas no vestibular e do número de escolas médicas. Como no caso das mulheres, em vez de conquista social, esta abertura decorreu da mudança do padrão profissional, em que a antiga figura sacerdotal-liberal, raro por definição, é substituída pela figura do agente de consumo, necessariamente numeroso e, como tal, recrutável indiscriminadamente (217) (Figura 4.3.3.2).

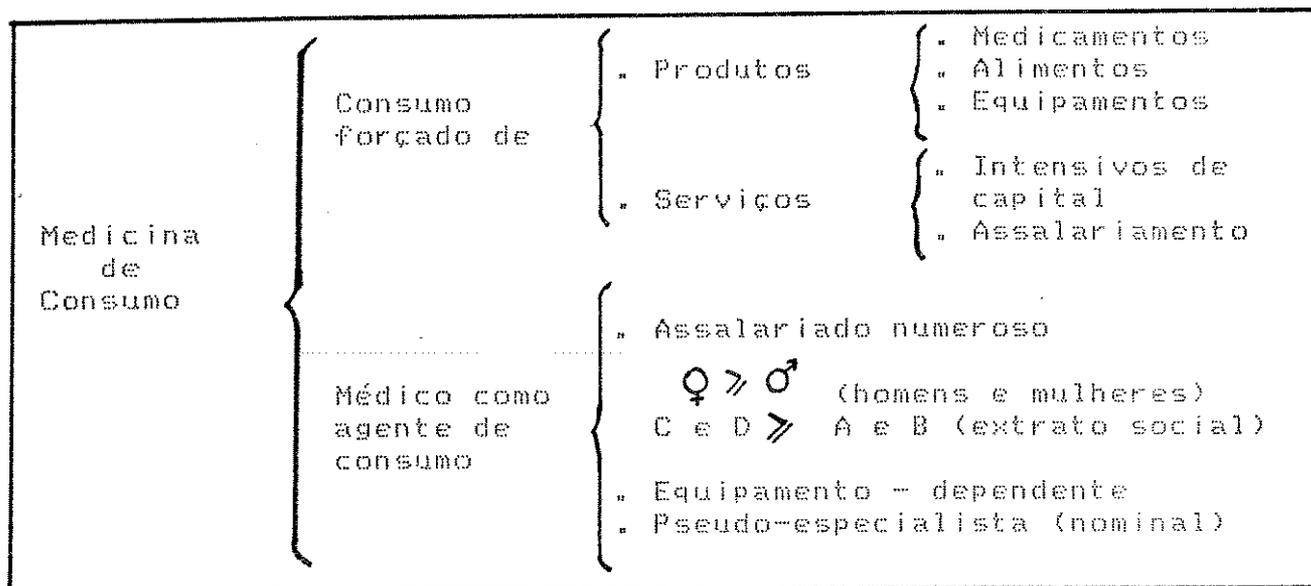


Figura 4.3.3.2. Características gerais da medicina de consumo desde a II Guerra Mundial e perfil do novo médico exigido por ela para ser agente de consumo.

Fonte: apud (217).

A presença no grupo estudado de médicos nascidos e criados em cidades grandes e mesmo na capital contraria a idéia de que o médico do interior seria um interiorano que nunca deixou de sê-lo, tendo saído, a contragosto, para a cidade maior apenas em busca do diploma só aí disponível (8, 110, 186, 187, 260). Contrariam ainda mais essa possível regra os casos de médicos já estabelecidos no interior, que, sendo interioranos de origem, aspiram a viver na cidade grande e aceitam diminuir sua renda e estabilidade para tentá-lo, como exemplificado nas entrevistas. Em contrapartida os entrevistados mostram que a motivação ideológica para optar pelo interior não é mais numerosa que as demais.

Com base nas espécies qualitativas verificadas nas entrevistas, propomos aqui um significado amplo à motivação ideológica, que seria contraposta à motivação negativa da origem por inadaptação à cidade grande, mencionada acima, e à motivação do mercado de trabalho (neste caso em vez

de atraído, tãngido para o interior). Distinta assim dessas duas motivações, poderíamos dividir a motivação ideológica, senso lato, em motivação do desafio da realização pessoal, religiosa, ecológica e política (Figura 4.3.3.3.). O conceito aqui de ideologia refere-se a engajamento em proposta de não mudança ou mudança que, no senso lato, vai da mudança individual de si (realização pessoal), individual dos outros (religiosa), coletiva referente ao ambiente (ecológica) e coletiva referente à estrutura social (política, senso estrito).

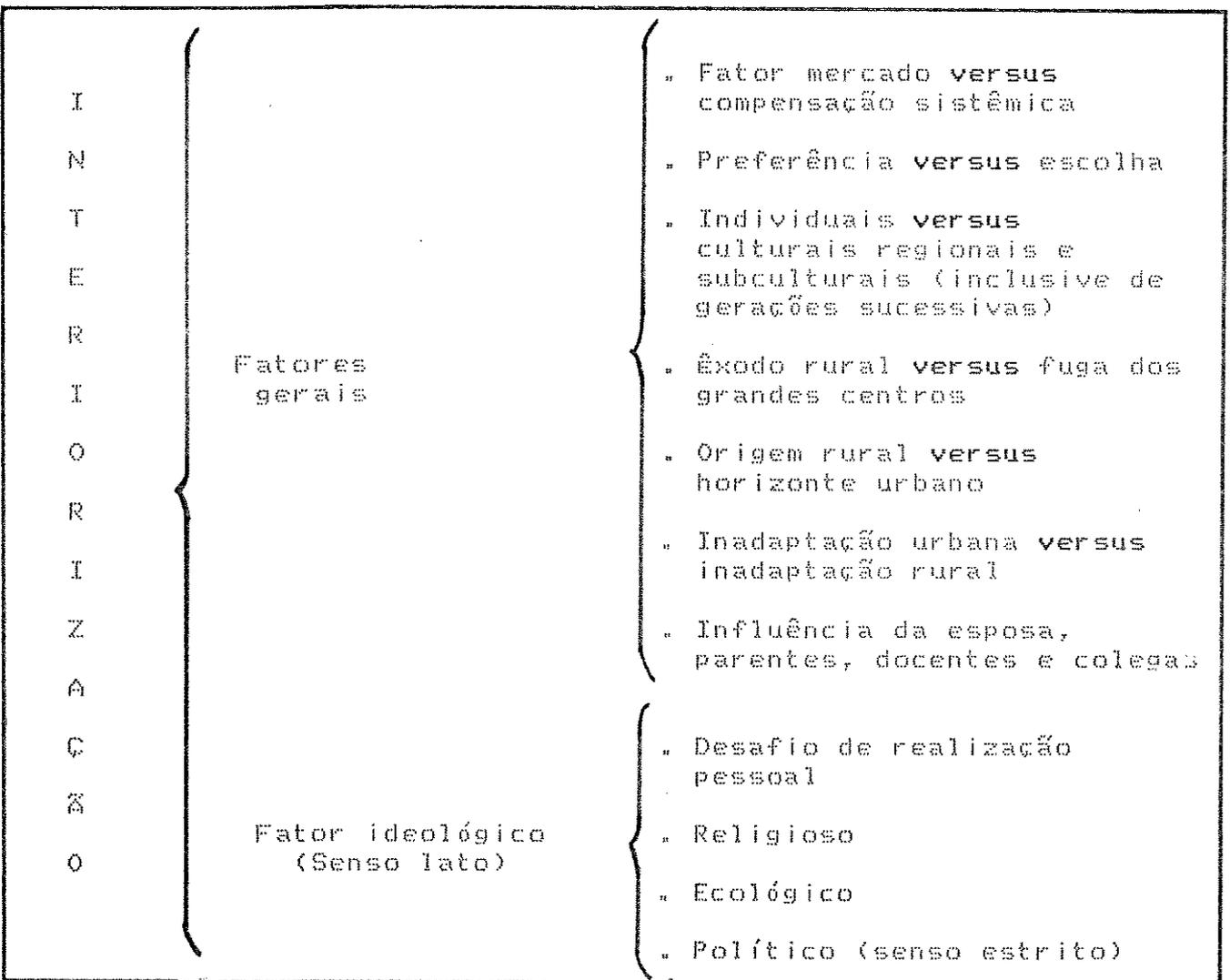


Figura 4.3.3.3. Levantamento de fatores gerais e ideológicos determinantes ou influenciadores da localização do médico em pequenas cidades.

Um dos equívocos relativos ao internato rural se relaciona com a interiorização do médico e com os fatores de interiorização do médico, da medicina e do ensino médico.

Quando o internato rural foi preparado e depois implementado, foi objeto de interpretações equivocadas no lado assistencial e no lado docente. No primeiro caso seria uma estratégia de interiorização do médico, de imediato, preenchendo, a baixo custo, vazios de médicos com concluintes do curso, e, no segundo caso, um modo de livrar a escola de parte de seu ônus docente. Nenhum desses dois objetivos presidiu a criação do estágio. Do ângulo atencional, e coerente com o modelo curricular, o internato rural era uma estratégia para culminar o processo de exposição do estudante à realidade de saúde, o qual, imerso em uma comunidade, nela procuraria atender ativa e independentemente as necessidades de saúde concretas encontradas. Do ângulo didático, representava a oportunidade de afastar o estudante dos aspectos indesejáveis da proximidade docente, para que ele próprio auto-avaliasse a terminalidade de sua graduação e para que a coordenação curricular obtivesse dados internos de retro-alimentação, para correções turma por turma. Em outros termos, seria "uma espécie de controle de qualidade do produto através de um dispositivo didático de antecipação da vida profissional". A eventual interiorização daí decorrente seria mera consequência não necessariamente desejada, dependendo, como já se sabia, de outros fatores gerais e individuais.

Esses equívocos resultaram da pressa desinformada em confundir o internato rural com o serviço médico-social obrigatório prestado no interior pelo recém-formado, em vigor em outros países, e que inclusive chegou a ser proposto à Constituinte no Brasil. Os serviços civis e militares obrigatórios comportam críticas, sobretudo por seu caráter antidemocrático e tamponante de problemas sociais

procastinados, o que não cabe aqui discutir. Mas, só pelo dito, seria injusto confundi-los com o internato rural. Demais, na época, não era fácil distinguir qualquer proposta séria dos engodos extensionistas produzidos pelas manobras "psico-sociais" do governo militar, dentre os quais lembramos o CRUTAC (132) e o Projeto Rondon (86), este sintomaticamente gerido pelo Ministério do Interior e não pelo MEC.

Daí, também, a dificuldade entre nós para a proposta séria de trabalho comunitário (11, 28, 29, 39, 84, 89, 91, 140, 141, 177, 178, 243, 274, 278). O próprio termo extensão foi exportado para cá (81) trazendo em sua semântica a revelação do equívoco original (234) e sua marca ficou tão forte que se fixou na constituição (19).

Tanto a experiência totalizadora do internato rural, antes da graduação, como a vida profissional destes 22 médicos, confirmam a gravidade do equívoco da antinomia medicina preventiva *versus* curativa, maior ainda se aplicada aos profissionais de saúde e maior ainda se aplicada aos médicos. A existência de ministérios distintos para cuidar de cada uma, no plano nacional, e de departamentos acadêmicos correspondentes, nas universidades, simbolizam o atraso nesta área imposto por uma concepção tendenciosa da atenção à saúde (9, 217). Os exemplos, entre os entrevistados, em que nítida melhoria do quadro de saúde resultou de sua chegada à cidade, ilustram bem quão impossível teria sido isso caso a atuação preventiva tivesse sido tentada sem o atendimento curativo. Quase todos os exemplos mostram que a dissociação ocorre na prática quando a sobrecarga assistencial é tão desumana para com o médico a ponto de ser compreensível não ter ele as mínimas condições sequer de se lembrar (muito menos agir) de que esta mesma sobrecarga seria radicalmente diminuída caso a demanda assistencial fosse abortada pela prevenção. A "posteriori", entretanto, a maioria reconhece este fato, mas sua convicção sobre isso seria universal se de um lado tivessem todos a oportunidade de experimentar, como alguns

tiveram, ainda na graduação, especialmente no internato rural, a formidável sensação de ser autor de uma redução de demanda assistencial por melhoria do quadro de saúde, e que logo a seguir, já como médico, contasse com uma sobrecarga inexistente para ter condições de ratificar a experiência curricular. A lição pedagógica decorrente seria programar no currículo o atendimento comunitário precoce e sem descontinuidades, de modo a que 100% dos estudantes vivessem tal mudança e, ao mesmo tempo, banir as experiências curriculares que dissociem as ações curativas e preventivas. Entre as ações preventivas, os estudantes têm de adquirir domínio não só sobre funções de diagnóstico de saúde da comunidade e não só sobre planejamento com base nesse diagnóstico (como pensavam alguns preventivistas). Os estudantes têm também de adquirir domínio sobre funções docentes e de pesquisa, como já mencionado acima, e administrativas concretas (administração ágil e desburocratizada, como está claro em várias entrevistas).

O biombo entre o curativo e o preventivo tem uma ilustração insólita na UFMG. A OPAS escolheu o Hospital das Clínicas da UFMG para ser pioneiro no Brasil na instalação do primeiro Centro de Tratamento Intensivo (CTI), mas não isoladamente e sim junto a um projeto de Cuidado Progressivo do Paciente, também inédito (264). Acontece que, na época, o CTI se transformou numa "vedete" tão absorvente que o resto do cuidado progressivo foi protelado. De tal maneira que propiciou uma "vergonha" **em termos de prevenção**, que foi, ao mesmo tempo, um "destaque" internacional **em termos de produção científica**. Ficou-se sabendo muito bem como era tratar em CTI quadros "exóticos" de hidrofobia (170), tétano (133) e ofidismo (105), todas doenças clara e facilmente preveníveis e que jamais chegariam ao CTI em países sérios.

Outro lugar-comum que deve ser questionado diante destas 22 experiências é o do perfil técnico (ver imagem a seguir) do "médico do interior", cujos sinônimos mais

próximos seriam "médico de cuidado primário", "geral", "generalista" ou "prático geral" (1, 8, 17, 20, 28, 31, 58, 63, 75, 77, 88, 102, 134, 145, 152, 169, 181, 182, 187, 204, 212, 213, 216, 239, 259, 273, 275, 278).

O currículo que formou estes 22 médicos diz textualmente: "O objetivo prioritário de seu curso de graduação deverá ser a formação de um médico generalista, policlínico capaz de prestar a assistência primária de saúde e de exercer a medicina comunitária" (264).

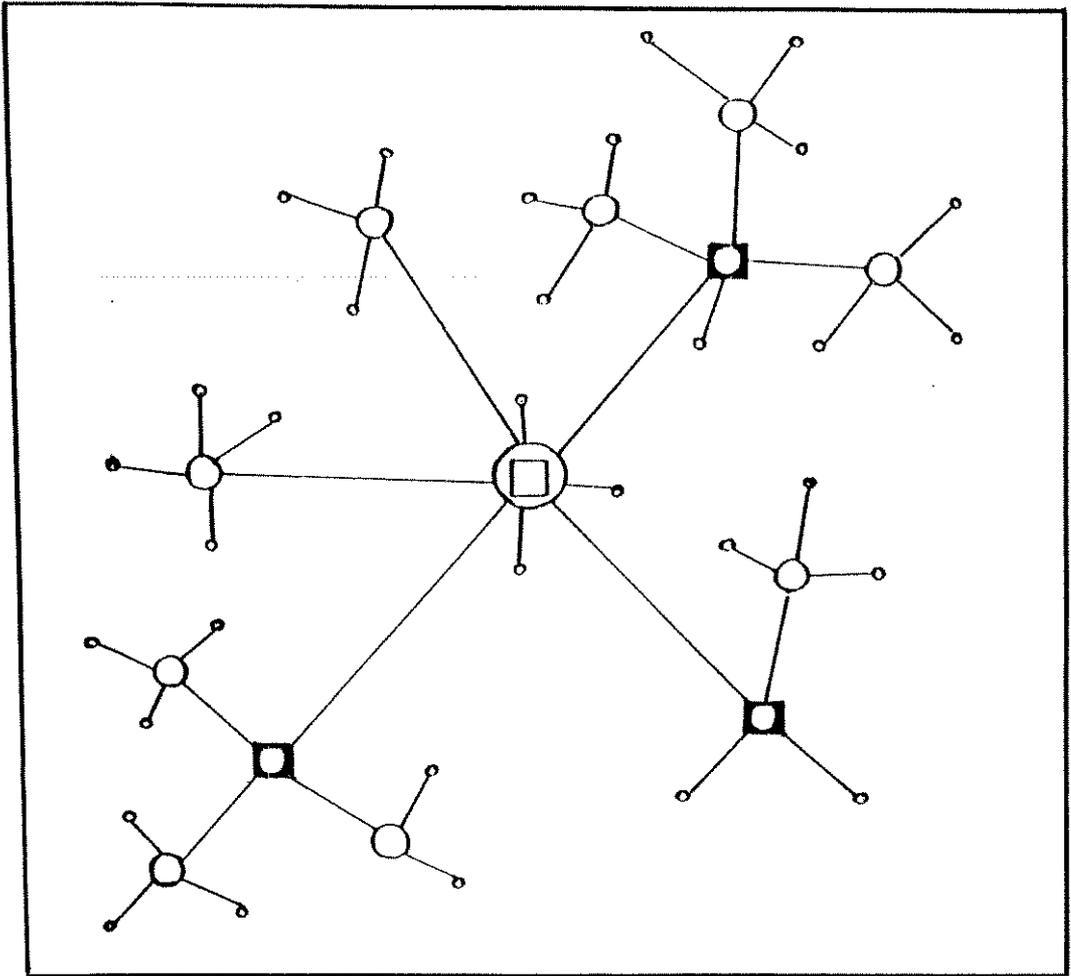
Embutida nesta definição passou a ser corrente a idéia de que este médico geral devesse atuar desarmadamente em relação a recursos tecnológicos diagnósticos, por exemplo: sem recorrer ao raio-x mais simples e aos exames de fezes, urina e sangue mais elementares, bem como atenderia apenas pacientes ambulatoriais, não internando nenhum paciente nem sequer uma parturiente de parto normal. Em relação à tecnologia terapêutica limitar-se-ia a vacinações, à hidratação oral e a prescrições de uma lista básica de medicamentos e, em termos cirúrgicos, a lancetar abscessos, suturar pequenos cortes e a retirar verrugas. Tal camisa-de-força tem raízes históricas como se verá e está ligada aos interesses de fazer deste submédico um "consolador" dos pobres e ao mesmo tempo um "triagista" dos ricos rumo aos consultórios privados dos especialistas da capital, os quais não por coincidência eram por sinal os confeccionadores curriculares dessa camisa, na medida em que eram os docentes dos cursos médicos e dos estágios informais. A ruptura dessa camisa-de-força foi gestada na década 1968-1978 entre a "revolução estudantil de maio" (268) e a "declaração de Alma-Ata" (275, 277), quando se revelou, de um lado, aqueles e outros interesses congêneres, e, de outro, descobriu-se a criminosa sonegação aos pobres do mínimo da tecnologia em expansão já amplamente disponível para os ricos (40). Encontra-se aí também a explicação do desinteresse desses "interesses" pelo estudo de egressos.

Estudos, como o da vida destes 22 médicos, serão úteis para apontar, discriminadamente, item por item, que componente ou parcela do desenvolvimento tecnológico será passível de ser descentralizada, ambulatorizada, e "periferizada", inclusive por efeito de uma busca consciente de uma tecnologia apropriada que estrategicamente se apossa de qualidades deselitizadoras ou "neo-populistas" da tecnologia emergente, como "maneabilidade simplificada", "portabilidade", "miniaturizabilidade" e até "descartabilidade" (154, 248). Ao mesmo tempo tais mudanças devem estar imediatamente presentes em seu justo valor e em seu significado próprio na experiência curricular, em vez de estar a reboque do "marketing" tendencioso que as acompanha. Tudo isso implicará a reavaliação e flexibilização de conceitos ligados à tecnologia organizacional anterior (Tabela 4.3.3.2. e Figura 4.3.3.4), como hospital, ambulatório, centro de saúde, posto de saúde, unidade mista, atendimento móvel, atendimento domiciliar - impedindo que constriam a potencialidade profissional do médico geral, especialmente aquele que escolhe clinicar isolado em pequenas cidades. A pesquisa e o ensino voltados a tais aspectos da evolução tecnológica, inclusive em condições de campo, seriam alternativas de evolução correspondente aos cientistas que sinceramente querem sobreviver à "morte natural" do ciclo biológico (118, 271).

Tabela 4.3.3.2. Características do módulo básico do PIASS (com remanescentes referidos pelos entrevistados)

CARACTERÍSTICAS	UNIDADES QUE COMPÕEM O MÓDULO BÁSICO	
	POSTOS DE SAÚDE	CENTRO DE SAÚDE
ÁREA DE LOCALIZAÇÃO	DISTRITOS, VILAS, POVOADOS	SEDES MUNICIPAIS
POPULAÇÃO ALVO	500 a 2000 HABIBANTES	2000 a 6000 HABITANTES
AÇÕES BÁSICAS DESENVOLVIDAS	<ul style="list-style-type: none"> . cuidados primários . controle de doenças transmissíveis . primeiros socorros . tratamentos padronizados . controle de egressos . referência a unidades mais complexas . coleta de amostras . visita domiciliar . apoio a parteiras curiosas . cuidados com a gestante puérpera e ao recém-nascido . educação e desenvolvimento comunitário . coleta de dados . suplementação alimentar (PNS) 	<ul style="list-style-type: none"> . todas as atividades do posto de saúde . atenção médica . atendimento odontológico . laboratório básico (local) . vigilância epidemiológica . supervisão e apoio técnico e logístico ao posto . treinamento . atenção hospital geral-internações (no caso das UM)
REFERÊNCIAS	Para o CENTRO DE SAÚDE	para unidades mais complexas (UM, hospital local, reg. etc.)
RECURSOS HUMANOS	Auxiliar de saúde polivalente (geralmente uma, podendo ser duas)	Médico, dentista, enfermeiro, laboratorista, tecnólogo ou auxiliar de saneamento, visitadora, atendentes polivalentes, apoio administrativo
INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> . Área: 40 a 70 m² . Construção simples . Material de técnicas básicas de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> . Área: 70 a 150 m² . Construção simples . Material e equipamento padronizado para uma unidade ambulatorial ou mista

Fonte: apud (2009).



LEGENDA:

-  Hospital Regional - Centro Regional de Saúde
-  Hospital Local Unidade Mista
-  Centro de Saúde
-  Posto de Saúde
-  Fluxo de Referência/Supervisão

Figura 4.3.3.4. Modelo do sistema regionalizado que foi referência ao PIASS.

Fonte: apud (209).

Impressiona nos depoimentos a autodefesa que alguns egressos fazem de seu despojamento para enriquecimento pessoal. Antes de tudo, é preciso conhecer a raiz dessa preocupação. Por exemplo, Pedro Nava, a propósito de seu pai, também médico na pequena Juiz de Fora de seu tempo, disse: "Esse era o processo do médico se fixar no interior. Apadrinhado por um fazendeiro que lhe dava o partido de sua fazenda e mais o da dos amigos da redondeza. Dessa forma já se chegava com a clínica feita e área de atividade demarcada. Era só esperar o dinheiro." Mesmo que algo parecido ainda vigore e mesmo que se tornem fazendeiros ricos, usando ou não o chamado "golpe do baú" (tornando-se herdeiros através do casamento), ou se enriqueçam por empreendimentos ou fontes extra-médicos - nada disso deve interferir na análise objetiva do resultado social-sistêmico de seu trabalho. Isso porque sua estratégia de sobrevivência e de auto-satisfação, inclusive as respectivas conotações éticas, deve ser analisada sempre diante da omissão do sistema de saúde em remunerar e compensar adequadamente não só o médico mas seu grupo familiar pela carga e circunstâncias de seu trabalho.

O fator estruturador mais importante, depois da oferta dessa tranquilidade econômica (salários diretos e indiretos), é a garantia da informação, hoje possível e ampla. E a primeira informação em relação ao médico do interior é aquela capaz de mudar a atitude de todos e a dele em relação à sua imagem (independente do perfil técnico acima mencionado).

Pelos depoimentos presentes, os médicos de cidade grande desprezam e depreciam os médicos de cidade pequena (e estes se depreciam a si próprios), aparentemente por razão psicológica ligada à percepção geral da profissão como escada de ascensão social: o médico isolado de cidades pequenas (médico de roça) seria o incapaz, que não conseguiu o que os outros conseguiram - ser médicos de cidade grande. Ora, pelo que foi dito acima sobre insegurança técnica, tal incapacidade não se refere ao aspecto técnico, e sugere

interesse econômico diante do fato de que o "establishment" da medicina de consumo é urbano e urbano centralizado, daí sua figura símbolo ser o "medical center". Vimos que a OMS propôs em 1978 que esta montagem centralizadora voltada para o consumismo impedia a concretização de uma conquista, percebida, com vinte e cinco anos de antecedência, como econômica, tecnológica e administrativamente exequível, de garantir-se o mínimo de saúde para todos os habitantes do mundo no ano 2000.

A informação sobre tal revolução não só possível, mas já a meio caminho (277) e até já em antecipação em alguns países, é de que seu êxito depende da resolubilidade periférica de problemas de saúde (formação por intermédio do ensino centrado-em-problemas de saúde) e da mudança da atitude discriminadora dos diferentes níveis de atenção à saúde. Tal mudança será tanto mais efetiva e geral se o "counter-marketing" da proposta for enriquecido associando-a à revalorização rural trazida pela reeducação ecológica e pacifista, com o acréscimo da revalorização das práticas naturais e alternativas da "ciência" superior das soluções da natureza e da pureza e integridade selvagem, que de valor bárbaro passa a valor sábio (219). Com isso vem um interesse (inédito na história) pela história, e, através dela, se verifica que a história verdadeiramente relatada mostrará que o primeiro impacto amplamente efetivo da tecnologia, na prolongada história de modestos resultados da medicina, a vacina aconteceu por iniciativa de um médico rural, Jenner, para lembrarmos disso mais uma vez, e que um século mais tarde, uma mulher não-médica, Nightingale, um químico não-médico, Pasteur, e outro médico rural, Koch, completariam essa revolução tecnológica, chamada revolução bacteriológica, primeiro passo para o sonho possível do ano 2000.

"Vi uma cabocla no chão
E um cabra tinha na mão
Uma arma lumiando.
Virei meu cavalo a galope,
Risquei de espora e chicote,
Sangrei a anca do tar,
Desci a montanha abaixo,
Galopeando meu macho,
Seu dotô fui chamar.
Vortemo lá pra montanha,
Naquela casinha estranha,
Eu e mais seu dotô.
Topemo um cabra assustado,
Que chamando nois prum lado
A sua história contô:"

Trecho de CABOCLA TEREZA, canção sertaneja clássica de RAUL TORRES e JOÃO
PACÍFICO, 1937.

4.3.4. Vida profissional

De início convém lembrar que a vida profissional tratada até aqui, neste estudo, sempre posterior à formação, corresponde a uma espécie de "ilusão geocêntrica" decorrente da sequência biográfica da entrevista. É que a vida fora da escola, ou seja, a realidade social, e, dentro dela, a realidade de saúde, é o determinante principal da formação profissional, incluindo-se nesta desde a imagem do médico até a realidade curricular, por isso mesmo que nesta o currículo formal desempenha, como vimos, papel bem menor do que se supunha até recentemente (Figura 4.2.2.).

Pois bem, tendo-se decidido a ir para o interior, o médico tem várias alternativas: ir para perto ou distante de alguma referência (a faculdade onde estudou, a cidade natal, a família, cidades onde tem a quem encaminhar seus pacientes, o litoral, o oeste, o norte), ir só ou acompanhado (de esposa médica, bioquímica ou do lar, de colega ou de colegas, formando equipe ou não), ir para onde não há ou já há médicos (para competir ou para atender demanda insatisfeita), ir para ser médico geral ou especialista, ir para ficar ou já pensando em sair logo. Cada opção está ilustrada nos depoimentos colhidos, de onde as extraímos, e aplica-se a elas o que foi dito quer sobre escolha da profissão, quer sobre a interiorização (Figura 4.3.3.3), incluindo-se a distinção entre escolha e preferência. No entanto, quanto mais se caminha do genérico ao específico, mais a escolha depende das condições do quadro econômico-social da saúde a ser atendida e principalmente das condições político-sistêmicas oferecidas aos profissionais para que o enfrentem.

A desigualdade econômica, sendo o principal determinante do quadro dos problemas de saúde, determina também as condições de trabalho dos profissionais da saúde, especialmente sua resolubilidade.

A Figura 4.3.4.1 mostra a escandalosa concentração de renda no mundo, onde, em 1988, muito mais da metade da humanidade (quase três bilhões de seres humanos) percebia menos de quinhentos dólares **per capita**, ao ano, enquanto no bolsão privilegiado do chamado primeiro mundo, uma minoria (858 milhões) tinha renda de 3500 a 6000 (e até mais de 12000) dólares **per capita**, ao ano (281). O Brasil, que está no grupo dos pobres, com renda **per capita** de 2280 dólares ao ano, em 1988 (Tabela 4.3.4.1), representa um duplo escândalo, primeiro, por ter povo tão pobre, sendo potencialmente tão rico em todos os sentidos (desde os tempos coloniais e na medida que o tempo passa (87, 111, 219)), e, segundo, por exibir por sua vez inacreditável concentração de renda, em que 5% da população detém 40% da riqueza nacional. A relação entre tal estado de coisas e a saúde está bem demonstrada nas Tabelas 4.3.4.1, 4.3.4.2, 4.3.4.3, 4.3.4.4, 4.3.4.5, 4.3.4.6, 4.3.4.7, 4.3.4.8, 4.3.4.9, 4.3.4.10, 4.3.4.11, 4.3.4.12 e na Figura 4.3.4.2 em que são apresentados os indicadores econômicos e de saúde do país e dos estados mais ricos - dados que são coerentes com os presentes relatos de médicos que, tendo vida profissional num desses estados, recebem o impacto dessa grave realidade exatamente no "front" de nosso a-sistema de saúde.

De fato, o Estado de Minas Gerais se mostra atraente para um estudo preliminar como este, por vir sendo apontado como representativo do Brasil, tanto do ponto de vista geográfico quanto do histórico-cultural.

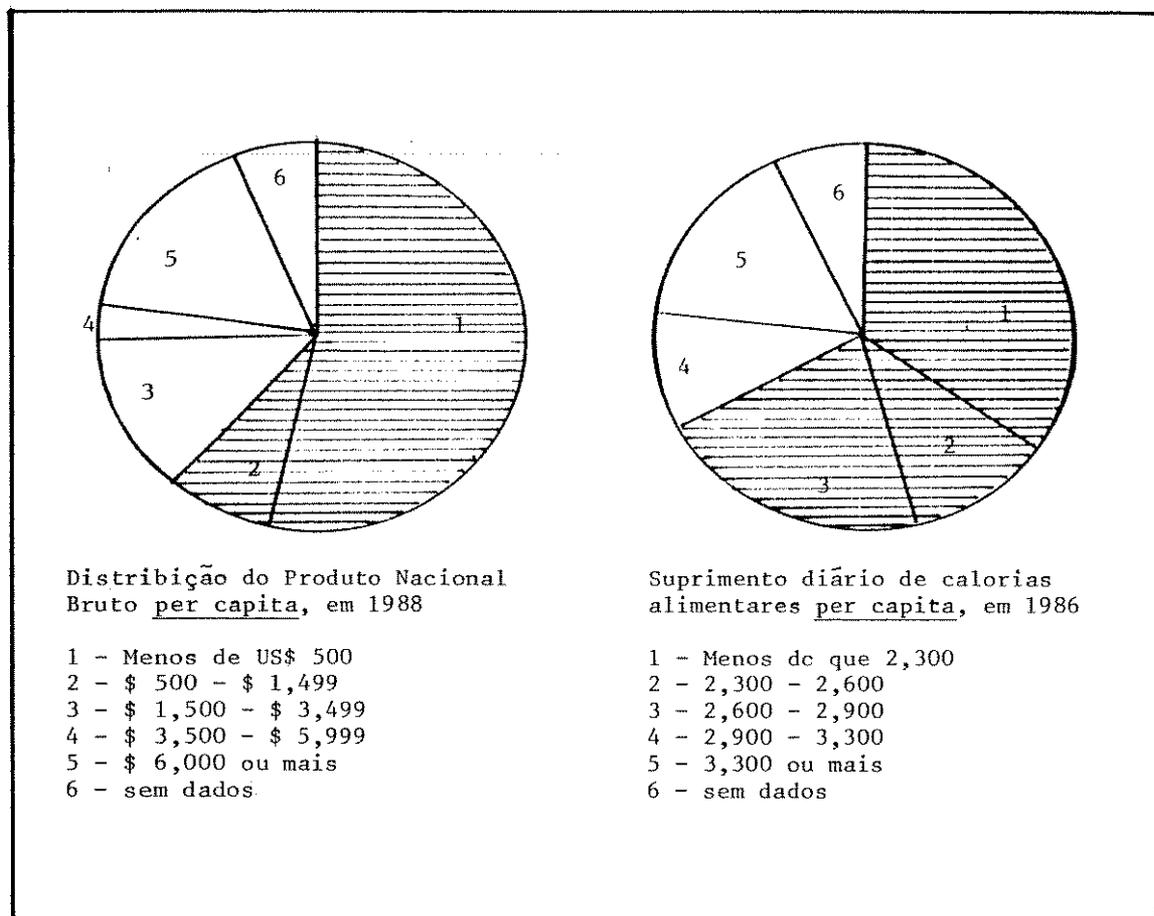


Figura 4.3.4.1. Distribuição da população mundial quanto ao Produto Nacional Bruto per capita e ao suprimento diário de calorias alimentares per capita, segundo o Banco Mundial.

Fonte: apud (281).

Tabela 4.3.4.1. Indicadores do Banco Mundial necessários como referência para se avaliar a grave situação da distribuição de renda no Brasil.

INDICADORES	Data do dado disponível	1985	1986	1988	1980-88
População				144.369.000 habitantes	
Crescimento da população					+ 2,2%
Produto Nacional Bruto (PNB)				US\$ 328.860.000.000	
Crescimento do PNB					+ 3,4%
PNB per capita				US\$ 2.280	
Crescimento do PNB per capita					+ 1,2% (-0,3 de 86 a 88)
Suprimento calórico diário per capita			2.656		
Expectativa de vida				65 anos	
Analfabetismo		22%			

Fonte: apud (281).

Tabela 4.3.4.2. Tendência dos gastos totais com assistência médica, segundo a porcentagem do PNB, em alguns países, em 1950, 1975 e 1982.

	EUA	CANADÁ	FRANÇA	SUECIA	GRÃ BREITANHA	BRASIL
1950	4,5	4,0	(3,4)	3,4	3,9	1,0
1975	8,6	7,1	7,9	8,5	5,5	3,6
1982	11,0					5,6

Fonte: apud (150).

Tabela 4.3.4.3. Taxas de mortalidade, por 100 mil habitantes segundo as principais causas externas em quatro países, em 1980.

	Acidentes de trã- sito	Homicídios	Suicídios	Outras violências	Total de causas externas
Japão	9,9	11,1	17,6	1,7	45,3
Inglaterra	11,7	0,8	8,8	3,1	41,2
Chile	12,9	2,6	4,9	38,1	78,7
Brasil	16,7	11,7	3,3	11,4	59,0

Fonte: apud (191).

Tabela 4.3.4.4. Taxa de fecundidade total nas regiões nordeste e sudeste e todo o Brasil, de 1940 a 1980.

	1940	1960	1980
Nordeste	7,15	7,39	6,13
Sudeste	5,69	6,34	3,45
Brasil	6,16	6,28	4,35

Fonte: apud (191).

Tabela 4.3.4.5. Percentual de população ocupada no setor terciário e referente à força de trabalho em saúde no Brasil, em 1970 e 1980.

	1970	1980
Setor terciário	37,80	46,60
Força de trabalho em saúde	02,10	02,80

Obs.: Nos EUA as atividades de saúde subiram de 02,30% em 1940 para 05,90% em 1970.

Fonte: apud (153).

Tabela 4.3.4.6. Mercados farmacêuticos mais importantes, no mundo, pelo volume de vendas, 1973.

PAÍS	US\$ (milhões)	% vendas	Per-capita US\$
Estados Unidos	5.500	20,3	26
Japão	4.100	15,1	39
Alemanha Ocidental	2.000	7,4	33
França	1.800	6,6	34
Itália	1.560	5,7	28
Espanha	725	2,7	21
Reino Unido	700	2,6	12
BRASIL	580	2,1	6
México	550	2,0	11
Canadá	385	1,4	18
Sub-total	17.900	65,9	-
Restante	9.280	34,1	-
TOTAL	27.180	100,0	-

Fonte: apud (51).

Tabela 4.3.4.7. Participação das vinte maiores empresas farmacêuticas nas vendas em 1976, Brasil

Nº. Ordem	Empresa	Valor (Cr\$ 1.000,00)	%
01	Roche	363.565	3,70
02	Bristol	289.457	2,94
03	Hoescht	288.064	2,93
04	Schering	286.225	2,91
05	Sydney-Ross	279.538	2,84
06	Bayer	246.357	2,50
07	Fontoura-Wyeth	239.452	2,43
08	Johnson & Johnson	232.700	2,36
09	Merck	223.472	2,27
10	Merrel-M. Brasil	219.702	2,23
11	Lepetit	219.037	2,23
12	Sarsa	212.493	2,16
13	Ciba	207.869	2,11
14	Ely-Lilly	198.385	2,02
15	Squibb	196.045	1,99
16	Rhodia	192.311	1,95
17	Pfizer	190.445	1,93
18	Sandoz-Wander	189.989	1,93
19	Berlimed	176.769	1,79
20	Merck-Sharp & Dohme	175.386	1,78

Fonte: apud (51).

Tabela 4.3.4.8. Distribuição dos médicos nas capitais e no interior, segundo o estado/território, Brasil, 1987.

ESTADO/ TERRITÓRIO	NÚMERO DE MÉDICOS		TOTAL
	CAPITAL	INTERIOR	
REG. NORTE	3.856	995	4.851
Acre	126	24	150
Amazonas	1.107	147	1.254
Pará	2.086	358	2.444
Rondônia	416	459	875
Amapá	---	---	---
Roraima	121	7	128
REG. NORDESTE	21.653	7.506	29.159
Maranhão	1.089	556	1.645
Piauí	909	419	1.328
Rio G. Norte	1.326	460	1.786
Ceará	3.357	807	4.164
Paraíba	1.842	996	2.838
Pernambuco	5.240	1.709	6.949
Alagoas	1.915	300	2.215
Sergipe	949	150	1.099
Bahia	5.026	2.109	7.135
REG. SUDESTE	67.639	38.645	106.284
Minas Gerais	7.183	8.713	15.986
Espírito Santo	1.634	1.371	3.005
Rio de Janeiro	30.000	10.000	40.000
São Paulo	28.822	18.561	47.383
REG. SUL	11.784	13.325	25.109
Paraná	4.693	5.345	10.038
Santa Catarina	852	2.018	2.870
Rio Grande do Sul	6.239	5.962	12.241
REG. CENTRO OESTE	7.736	3.747	11.483
Mato Grosso do Sul	788	718	1.506
Mato Grosso	540	598	1.138
Goiás	2.235	1.919	4.154
Distrito Federal	4.173	512	4.685
Brasil	112.668	64.218	176.886

Fonte: Conselho Federal de medicina (agud (235)).

Tabela 4.3.4.9. População nacional de médicos, dentistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem com a respectiva porcentagem em relação ao total de profissionais de saúde do Brasil, em 1970 e 1980.

	1970		1980	
	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem
Médicos	45.113	14,71%	101.793	17,13%
Dentistas	30.376	09,90%	55.116	09,27%
Enfermeiros	4.974	01,62%	12.084	02,03%
Auxiliar de enfermagem	134.099	43,72%	300.388	50,54%

Fonte: apud (153).

Tabela 4.3.4.10. Percentual da população de médicos nas regiões sudeste e nordeste do Brasil, em 1970 e 1980.

	1970	1980
	Sudeste	63,63
Nordeste	17,58	19,22

Fonte: apud (153).

Tabela 4.3.4.11. Percentual urbano e rural da população nacional e percentual, em relação ao total do estado, da população de médicos e de habitantes concentrados nas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte, Brasil, em 1970 e 1980.

	1970		1980	
	Médicos	Habitantes	Médicos	Habitantes
Nacional Urbana		55,90		67,60
Nacional Rural		44,10		32,40
Rio de Janeiro	94,14	78,73	81,97	79,83
São Paulo	56,67	45,78	59,21	50,27
Belo Horizonte	60,52	13,98	45,30	18,98

Fonte: apud (153).

Tabela 4.3.4.12. Indicadores econômico-sociais e de saúde dos oito estados mais ricos do Brasil, segundo dados disponíveis entre 1970 e 1990.

ESTADOS DO BRASIL	Área terrestre em km ²	POPULAÇÃO			Participação no PIB Nacional %			População atendida pela rede geral de (1)			TMI (70 - 90) (Estimativa)		Expectativa de vida ao nascer (em anos) (Estimativa 1990)
		1970	1980	1990	1970	1980	1990	% Água	% Esgoto	Total	Urbana	Rural	
1. São Paulo	248.255,7	17.776,2	25.521,2	33.069,9	39,43	37,45	35,77	100,55	56,94	74,65	74,84	75,56	63,55
2. Minas Gerais	586.624,3	11.487,1	13.378,5	16.854,7	8,28	9,27	12,52	77,36	47,32	76,24	78,06	72,12	63,13
3. Rio de Janeiro	43.653,3	9.250,1	11.508,2	14.133,3	16,67	14,18	10,91	73,11	43,73	75,07	76,06	75,37	63,23
4. Rio Grande do Sul	280.674,0	6.900,7	7.923,0	9.163,2	8,60	7,79	7,01	69,42	13,92	48,49	50,13	45,13	70,62
5. Paraná	199.323,9	8.265,1	7.775,8	9.137,7	5,43	5,82	6,32	62,94	17,10	71,56	73,75	68,78	64,37
6. Bahia	566.978,5	7.195,1	9.635,8	11.738,0	3,80	4,34	4,80	42,51	7,33	95,97	96,94	95,11	57,99
7. Sta. Catarina	95.318,3	2.877,1	3.697,5	4.461,4	2,68	3,19	3,33	64,59	5,22	62,54	65,62	58,49	66,78
8. Pernambuco	101.023,4	4.908,1	6.261,1	7.360,9	2,91	2,54	2,57	53,93	5,69	136,91	131,10	145,45	47,77

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil. Fundação IBGE. Rio, 1970 e 1990; MUNIZ, M. As duas faces de Minas Gerais. VEJA. MG. 13.03.91; (1) Indicadores para o ano de 1988: dados publicados no Catálogo Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental: CABES, 1988 - publicado em maio de 1990.

* TMI = Taxa de mortalidade infantil.

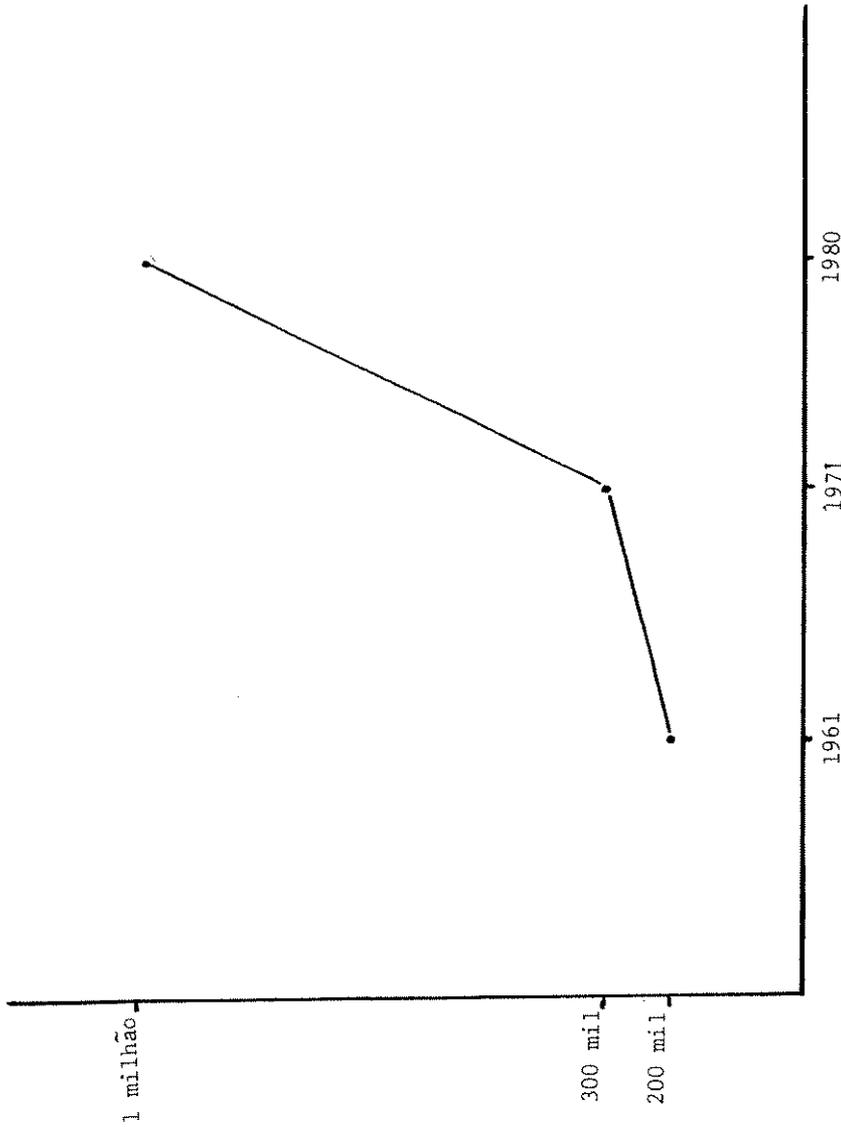


Figura 4.3.4.2. Expansão do emprego em saúde no Brasil de 1960 a 1980; do total de um milhão, 82% são pessoal de nível médio e elementar. Obs.: Em 1989 havia 300 mil empregados no setor saúde sem qualificação específica (228).

Fonte: apud (96).

Geograficamente inclui áreas semelhantes às de todo o país, exceto a paisagem amazônica, e, por isso, sua economia abrange todo o espectro da indústria extrativa, do ferro ao urânio, da madeira às gemas. Só a evasão econômica por minerais preciosos (num maço de cigarro se transporta até 2,5 milhões de dólares em diamante) daria para fazer de Minas a região mais educada e mais sadia do mundo, mas faz de sua região mais pobre a área mais "dolarizada" do Brasil.

Sua siderurgia é uma espécie de símbolo das contradições mais cruéis da região: é ecológica, por usar o carvão vegetal, um combustível renovável, e é anti-ecológica por destruir não só o cerrado (dois milhões de hectares nativos queimados por ano) mas até o resto da mata atlântica, como depõe cruamente um médico-fazendeiro neste estudo - alterando, fixando ou expandindo velhas endemias (fome, leishmaniose, ofidismo) e produzindo novas (envenenamentos, acidentes por moto-serra).

A agro-pecuária também envolve os extremos, desde a subsistência à grande escala de exportação de café e soja (também contrabandeados), sem deixar de ser hegemônica na carne e no leite - o que torna mais afrontosa a desnutrição ou a fome como "o maior acidente de trabalho daqui", encontrado em um dos relatos. Antes, o minifundiário fabricante de queijo mineiro dava leite gordo ao filho de seu mais pobre empregado; agora empresas transnacionais de laticínios, de guloseimas e até de cosméticos retiram a gordura do leite para fazer iogurte a ser ingerido pelos ricos, provocando nanismo, cegueira e outras desnutrições nos pobres. E depois ainda propõem ao governo corrigir a deficiência por eles provocada vendendo-lhe toneladas de vitamina A para ser adicionada ao açúcar de cozinha.

Por ser ligação norte-sul e leste-oeste (esta intensificada por garimpeiros e por um médico local, como presidente do país - Kubitschek) e por sediar grandes

empreiteiras (uma delas multinacional) é cruzado de rotas migratórias, cujas conseqüências para a saúde vão, desde o recrudescimento da febre amarela e da malária, até a expansão da esquistossomose e da toxicomania, esta última expressa em dois depoimentos. Entre os migrantes que cruzam o estado incluem-se profissionais de saúde, especialmente médicos, como se verá. Desde já, entretanto, observa-se (Figuras 3.3.1. e 4.3.2.4. e Tabela 4.3.4.8.) que os 22 médicos estudados distribuem-se predominantemente ao longo das áreas mais ricas, confirmando os argumentos de MELLO (156, 157), e parcialmente obedecendo ao fator localizador não intencional do internato rural (Figura 4.3.4.3.). Convém lembrar que em 1990 havia em Minas Gerais 141 municípios sem médico (24,22% dos 723 municípios totais), segundo o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais. A Tabela 4.3.4.13. mostra os demais dados da distribuição dos médicos mineiros.

Histórico-culturalmente, o estado oferece dados singulares para compreensão das atitudes, hábitos e costumes ligados à saúde, defrontados pelos médicos no interior. Sabe-se que a zona sul do estado (Figura 4.3.2.4.), se aproxima daquela porção nacional que, se destacada das demais, seria um país desenvolvido por vários indicadores, inclusive de saúde. Ora, historicamente, Diamantina, ao norte, no esplendor do diamante, dispunha de médicos do mesmo nível da Europa urbana da época (126), enquanto, no sul do estado, comunidades de origem açoriana, mantinham-se apegadas à medicina medieval portuguesa, muito anterior a Cabral, e que receberam a solidariedade, no mesmo apego, de imigrantes italianos e de outras regiões européias também oriundos do meio rural. Como conseqüência, em pleno século XX, mesmo as famílias dirigentes não toleravam o parto senão assistido por velhas parteiras leigas (48, 111, 158, 168, 223, 262). Fica evidente que a atenção à saúde da população desde cedo não foi prestada por médicos e, pelos presentes relatos, não o é até hoje.



Figura 4.3.4.3. Localização em relação a Minas Gerais e ao Brasil das duas principais áreas iniciais do internato rural do curso médico da UFMG, 1978.

Fonte: **apud** (141).

Tabela 4.3.4.13. Relação médico/habitante em Minas Gerais, no período 1970-1990.

	1970			1980			1990		
	População	Nº de Médicos	Rel. Méd/hab.	População	Nº de Médicos	Rel. Méd/hab.	População	Nº de Médicos	Rel. Méd/hab.
Minas Gerais	11.487.415	5.402	1/2126,5	13.378.553	12.038	1/1111,3	16.854.745	18.878	1/892,8
Minas Gerais Exceto RMBH	9.834.098	2.835	1/3468,8	10.769.033	5.618	1/1916,8	13.149.028	10.349	1/1270,5
RMBH	1.653.317	2.567	1/644,0	2.609.520	6.420	1/406,4	3.705.717	8.529	1/434,4

RMBH = Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Obs.: De acordo com os dados de 1990 é provável que os dados anteriores da população médica ativa tenham sido superestimados em cerca de 16%. Os dados de todos os períodos não excluem os médicos que não trabalham diretamente com o paciente.

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil. Fundação IBGE-Rio, 1970, 1990; Estimativa IBGE-MG para 1990; Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais - 1970, 1980, 1990.

Com efeito, podemos encontrar na visita a Minas do naturalista francês Saint-Hilaire, em 1816, um "flash" da assistência à população e de seu quadro de saúde (214). Dirigindo-se a Minas Novas, no caminho, "foi-me necessário parar alguns instantes na pequena fazenda de S. Roberto. O título de doutor que me quiseram dar, de Vila do Príncipe até Passanha, atraíra vários doentes a S. Roberto; por mais que repetisse que não era médico, foi-me necessário, de qualquer forma, indicar medicamentos; estou, porém, bem certo de que minhas inofensivas receitas não causaram a morte de ninguém". Na paróquia da Vila (hoje a cidade do Serro) o minucioso observador levantou que naquele ano a população era de 28.659 habitantes (sendo 3228 brancos), morreram 1156 (87 brancos), sendo a hidropsia a causa dominante (363 mortes, quatro de brancos), numa região que mais tarde se revelou área de doença de Chagas. Das 1165 crianças que nasceram (634 livres e 531 escravas) - 115 faleceram com menos de um ano de idade.

Antes disso, os jesuítas, que influíram pouco na Minas colonial, chegaram da Europa treinados, como missionários, para "barbear, purgar e sangrar", ofício repassado aos barbeiros escravos (85). Além disso, a população contou com os pajés da região, que aliás eram representativos dos índios do sul e do norte, senhores de opulento arsenal fitoterápico. A partir daí, a população mineira passou a contar com duas linhas não médicas de assistência: o AUTO-CUIDADO, ligado embrionariamente à medicina-do-trabalho, em virtude da necessidade de manter a força escrava de trabalho, e a REDE DE BÓTICAS, desde uma época em que não se dissociavam as atribuições entre mineralogistas (atraídos às Minas), botânicos e farmacêuticos. Foi nesta província que se produziram os dois primeiros livros brasileiros de auto-cuidado*, com nomes hoje estranhos, o "Erário Mineral", de Gomes Pimenta, de 1735, e "Governo de Mineiros", de Antônio Mendes, de 1771, de autoria de "cirurgiões" não-médicos e "muito necessário para os que vivem distantes de profissionais, seis, oito e mais léguas"(223). Data de 1848 a publicação em Ouro Preto, em dois tomos, de um "resumo" de homeopatia, muito próximo, no tempo, da proposta de Hahnemann e que no título já diz ser "apropriado às pessoas que habitão longe dos recursos médicos" (242). Mas o mais famoso desses manuais, no Brasil, veio a ser o "Chernoviz", do médico polonês, com esse nome (formado em Montpellier, na França, e naturalizado brasileiro, clinicando aqui no século XIX), e que ainda hoje é muito utilizado (44). Curioso é que um dos médicos aqui estudados procurou seguir a linha desses autores, chegando a divulgá-lo na estranha modernidade de uma rádio-pirata.

Os verdadeiros boticários não têm sido estudados adequadamente porque hoje são confundidos com os atuais revendedores irregulares de medicamentos industrializados. Os

* Os livros de auto-cuidado ainda hoje são usados e populares nos EUA, mais na linha de educação para a saúde, enquanto no terceiro mundo visam a suprir a falta de médicos, como o livro hoje clássico "Onde Não Há Médicos" de Werner (273).

boticários, ligados em sua origem, como foi dito, aos naturalistas, manipulavam eles próprios os remédios, constituindo uma rede de considerável extensão geográfica. Mundialmente, precederam os médicos em sua ordem corporativa e hoje podem ser considerados a primeira experiência histórica de extensão orgânica de cobertura em cuidado primário, tanto nas metrópoles, como nas colônias. Em Minas, sabe-se que o Visconde de Barbacena, o mesmo que abriu a devassa da Inconfidência, veio para o Brasil pretendendo abrir uma botica (era mineralogista) e o próprio Tiradentes, fitoterapeuta, era sócio de uma botica em Vila Rica, onde hoje está a Associação Comercial(114). DE PAULA (59) lembra que os boticários eram muito criteriosos ao clinicar, e reproduz uma carta de Euzébio Sarmiento, farmacêutico licenciado por concurso, natural de Brejo das Almas (hoje Francisco Sá), em 1897: "Sinto profundamente que o seu digno pai, meu particular amigo e compadre, continue a passar mal de seus incômodos, e muito mais pela certeza que tenho de estar ele sendo vítima de um estado mórbido diante do qual a ciência médica se confessa impotente, ..." "... vítima de uma grave lesão do coração, de cujo sofrimento pode obter alguns ligeiros alívios mediante um tratamento profilático muito constante e racional, mas não curar, como é nosso desejo. ..." "... me reconheço e me confesso inteiramente incapaz para o desempenho duma missão tão espinhosa quão difícil. ..." "Remeto-lhe... um pouco de digitalis em rama, em lugar de digitalina, visto ser este alcalóide eminentemente tóxico, e exigir no seu emprego a mais rigorosa vigilância do profissional que a empregue..." Notável neste documento não é apenas a cultura e a prudência do boticário, mas o fato de ser válido seu conteúdo ainda hoje, cem anos após tê-la escrito em pleno "grande sertão".

Provavelmente os últimos exemplares de boticários autênticos tenham sido citados no presente estudo, e um deles, sendo oponente de um dos médicos, foi reconhecido por este como criterioso. A criação da Escola de Farmácia de

Ouro Preto em 1839, antecedendo por sete décadas a primeira escola médica do estado, mostra a importância e o respeito que devem ser atribuídos aos profissionais que prestaram notável serviço e que devem ser distinguidos daqueles comerciantes irregulares, meros aproveitadores da tradição gerada por essa experiência histórica de assistência democrática, e que hoje recebem e lucram, criminosamente, na linha de frente da ganância da indústria farmacêutica.

Além dessa distinção entre farmacêuticos e aproveitadores, convém lembrar que, antes das escolas médicas, eram licenciados cirurgiões não-médicos que devem ser distintos dos médicos que eram diplomados em Portugal e em outros países europeus. Com isso fica claro que a maioria da população era cuidada por barbeiros, terapeutas populares, parteiras, boticários e, pequena parte, por cirurgiões não-médicos. Os médicos diplomados, portanto, eram tão raros e tinham que provir de famílias com tanta riqueza e poder, de modo a mandá-los à Europa (85), que ao regressar iam exercer funções dirigentes e raramente clinicar. Daí as contradições da imagem do médico que as famílias e o povo herdaram e que se mantém tendenciosa até hoje, pelo menos em Minas, pela projeção atual de médicos mineiros nos meios de comunicação. De fato, já em 1776, Francisco de Melo Franco se iniciava como pioneiro da esquerda estudantil em Coimbra, preso pela inquisição e depois pediatra da corte (223). Logo a seguir os estudantes de medicina de Montpellier foram pega-chave nas inconfidências mineira e do nordeste (114, 223), numa linhagem que chegou aos dias de hoje pelas figuras como Carlos Chagas, Vital Brasil, Pinheiro Chagas, Juscelino Kubitschek, Clóvis Salgado, Guimarães Rosa, Silva Mello, Pedro Nava, Joubert de Carvalho, Hélio Pellegrino, Ivo Pitanguí, Hésio Cordeiro, Valdo Vieira e Hilton Rocha*. Lamentavelmente o critério de

* Dois outros médicos são notícia nacional repetidamente: o primeiro, nascido na Bahia, Ivan Claret, por seu apostolado ecológico de 17 anos na cidade mineira de Nanuque, foi premiado, em 1990, pela ONU; o segundo nascido em região próxima, Hosmany Ramos, após trabalhar como cirurgião plástico no Rio, cumpre pena por homicídio e outros crimes (ambos não são egressos da UFMG).

ser notícia nem sempre faz justiça aos méritos reais ou à história completa de cada um. Por exemplo, os cientistas, Baeta Vianna, Amílcar Martins, Wilson Beraldo e Oswaldo Costa, de grande importância na história recente da medicina, não são notícia de massa. Por outro lado, poucas pessoas, mesmo nos círculos especializados, sabem que Carlos Chagas, o maior cientista brasileiro, clinicou no sertão, bem próximo ao boticário Sarmento, acima citado, e na mesma época dele, que Guimarães Rosa clinicava a cavalo em Itaguara e ainda que Vital Brasil e Oswaldo Costa foram também médicos de roça. Se isso fosse conhecido, a imagem do médico glorioso não seria tão distante daquela do médico do interior.

Esses dados históricos têm particular interesse para a compreensão da adequada especificação das prerrogativas do médico no sistema de saúde ideal, para além da influência da tradição, "status" e corporativismo, sempre presentes quando se trata de modificar limites no velho "latifúndio" (217) ocupacional deste profissional.

Provavelmente, a maioria dos especialistas em recursos humanos para a saúde não duvida de que a atenção à saúde dispensada por profissionais do 2º grau, adequadamente formados e instrumentados, e com atribuições claras num sistema de referência e contra-referência (local, regional e macro-regional), seria eficaz e econômica, permitindo o melhor aproveitamento do pessoal de 3º grau para ainda maior benefício social.

Os problemas ligados ao perfil, à formação e à utilização desses profissionais surgiram no mundo todo, quer desenvolvido quer subdesenvolvido, quer capitalista, quer socialista (17, 20, 79, 93, 102, 134, 137, 143, 145, 152, 158, 159, 160, 163, 173, 181, 187, 209, 228, 239, 258, 262, 273, 275, 277, 278). Hoje vive-se uma acomodação empírica das tentativas realizadas. Em Minas Gerais uma das escolas médicas, a de Montes Claros, foi direcionada no contexto do

entusiasmo inicial (59, 79) e hoje tem um curso sem essa peculiaridade (66). Os dados do presente estudo mostram que as atribuições, o número e o potencial do pessoal de 1o e 2o grau continua desaproveitado ou mal-aproveitado, mas mostram que seu aproveitamento futuro dependerá de se incluir, na formação médica, a participação precoce do estudante de medicina no treinamento e na atuação em equipe junto a esses recursos humanos, dentro do princípio de que só atua bem em equipe quem for formado, não só já trabalhando em equipe como formando equipes. Além disso, outra lição pedagógica está aí implícita, a da função docente do estudante, formadora da futura função docente do médico. Antes já se aceitava que a atuação comunitária do médico implica a função docente para educar a comunidade para a saúde (274, 278), mas, como também mostram os dados presentes, os médicos aqui estudados foram demandados para treinamento e reciclagem de profissionais de saúde de 1o e 2o graus. Convém lembrar que a imagem do médico que esses profissionais têm e terão, interagindo com a mesma imagem tida pela comunidade e pelos médicos que com eles atuarão em equipe, será fator decisivo na atenção à saúde a ser dispensada.

Quanto aos profissionais de 3º grau que surgiram nos relatos: enfermeiras-religiosas, farmacêuticos e dentistas, verifica-se que os que têm formação de 3º grau apenas ocasionalmente tendem a preceder o médico. Parece que a regra é o médico encontrar "enfermeiros", "farmacêuticos" e "dentistas" práticos e depois ser o fator de atração dos respectivos profissionais de nível superior. Além dos aspectos discutidos a seguir, cabe aqui lembrar que é mais válido ainda para estes o princípio da pedagogia do trabalho em equipe acima exposto e que o maior conhecimento da área de cada qual seria imperativo na graduação de cada qual, inclusive de outros profissionais de saúde que ora tendem a se interiorizar, como o fisioterapeuta. É importante também definir o que de conhecimentos, habilidades e atitudes das

demais profissões de saúde, de 2º e 3º grau, deve ser cumulativamente também próprios do médico geral, que num lugar onde não há dentista é capaz de operar uma fimose e não é capaz de extrair um dente, ou onde não há enfermeira não é capaz de esterilizar instrumentos corretamente, "pegar" corretamente uma veia, ou ensinar a mãe a preparar uma mamadeira, sem contaminá-la. Neste sentido a experiência da disciplina Prática Hospitalar, ministrada na UFMG contra tantos preconceitos e com distorções, além de mal copiada por outras escolas médicas, parece referência obrigatória (144, 264).

Mas deixemos por um instante o sistema ideal e voltemos aos seus fundamentos históricos, indagando agora não sobre a interiorização do médico mas da medicina.

A medicina oficial brasileira foi litorânea até este século. Com a descoberta da doença de Chagas, em 1909, no sertão mineiro, e a criação da primeira escola médica longe do litoral, hoje Faculdade de Medicina da UFMG, dois anos depois, em 1911, cujos egressos são tema do presente estudo - o interior do país passou a ter uma atenção médica além daquela já mencionada, prestada por poucos médicos egressos da Bahia, do Rio de Janeiro e do exterior (34, 198, 223).

Não podemos esquecer que Chagas descobriu a nova doença quando dava cobertura sanitária à interiorização da ferrovia no Brasil. Desde a criação da Escola de Engenharia de Minas em Ouro Preto, em 1876, trinta e sete anos após a da Escola de Farmácia, mapeava-se o subsolo mineiro. A euforia da confirmação da gigantesca reserva de ferro do estado levou seus descobridores a, ingenuamente, divulgar na Europa seus pormenores e imediatamente o solo respectivo passou à propriedade de estrangeiros. A Tabela 4.3.4.14. documenta mais um exemplo da correlação entre Minas, minério e saúde.

Tabela 4.3-4.14. Correspondência entre fatos econômicos relacionados com a exploração estável de minérios e datas da interiorização da medicina no Brasil, de 1907 a 1911.

	FATOS ECONÔMICOS	HISTÓRIA MEDICA
1907	Quantificação das reservas de ferro de alto valor, de fácil extração e em gigantesca quantidade, em Minas Gerais	
1909		Descoberta da doença de Chagas em Lassance, MG
1910	Compra das terras das reservas de ferro por estrangeiros, após a divulgação ingênua destas em Estocolmo	
1911		Fundação da Faculdade de Medicina (hoje da UFMG) em Belo Horizonte

Obs.: A Faculdade de Medicina de Belo Horizonte foi a primeira escola médica brasileira fora do litoral; as três que a precederam localizavam-se em cidades próximas ao litoral: Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre.

Fonte: apud (60) e Centro de Memória da Medicina de Minas Gerais.

Dados ainda em levantamento no Centro de Memória da Medicina de Minas Gerais mostram quatro fatores adicionais de interiorização da medicina oficial, do litoral para Minas Gerais: um foi a extensão até o norte e nordeste deste estado de um provável processo de interiorização de médicos formados em Salvador e que migraram principalmente subindo o rio São Francisco. O segundo foi a busca da nova capital mineira, Belo Horizonte, como local climaticamente propício à cura da tuberculose, havendo entre os fundadores de sua primeira escola médica, médicos tuberculosos, suspeitos ou ex-tuberculosos, o que fez dos sanatórios tisiológicos a sua primeira indústria médica. O terceiro foi outra indústria surgida em torno das estações hidroterápicas do sul do estado e o último fator, interrelacionado com este, a expansão cafeeira, do Vale do Paraíba e Zona da Mata Mineira (posteriormente rumo ao oeste, em Minas e São Paulo), que gerou riqueza suficiente não só para industrializar o país, mas para enviar os filhos dos fazendeiros a estudos principalmente de especialização na Alemanha, na Áustria e na França (antes e depois da I Guerra Mundial, até o "crack" da Bolsa de Nova York), inclusive com a interiorização da grande cirurgia, mesmo em cidades não muito grandes, no mesmo nível daquelas dos países de origem.

Após a II Guerra Mundial, inicia-se a influência norte-americana, já preparada nas décadas anteriores, por intermédio da Fundação Rockefeller que contou com a participação de Carlos Chagas na introdução, no Rio, da enfermagem nightingaleana (94), com o treinamento de seu brilhante parente Pinheiro Chagas nos EUA, destinado, frustradamente, a influir no ensino médico de Minas, e com o entusiasmo carismático de Baeta Vianna, que veio a criar a mais notável escola de bioquímicos brasileiros, generalizando a influência focal alemã, em favor da medicina científicista, equipamento-dependente (168, 198).

Vianna veio a ter relação com a interiorização da medicina em três aspectos. Num, porque não só tornou possível a interiorização do laboratório clínico, como efetivamente adaptou a tecnologia a esse fim, miniaturizando a dosagem de uréia (128), tornando-se pioneiro, no plano internacional, no que viria a ser chamada de tecnologia simplificada e, depois, apropriada. Noutra, porque, com seus estudos relacionados com o bócio endêmico, distinto da doença de Chagas, desdobrou o referido impacto da descoberta desta, exibindo a realidade nosológica por meio da autoridade científica. E também como secretário estadual de saúde, logo no pós-guerra, participou ativamente da tentativa de implantar aqui a concepção norte-americana que distingue, de um lado, a ação sanitária via higiene pública, e, de outro lado, a ação clínica via assistência médica, privada para os ricos e filantrópica para os pobres. Os primeiros postos de saúde adequadamente equipados foram então disseminados por Minas Gerais, estrutura cujos remanescentes encontram-se (após mudanças e guinadas feitas pelos sucessivos secretários de saúde (Tabela 4.3.4.15.)) nos relatos dos entrevistados neste estudo (148). Decorre daí a dificuldade, documentada nos depoimentos presentes, de população e médicos aceitarem o posto de saúde como local de assistência médica e não apenas o simples "posto de higiene" original.

Foi na gestão de Vianna, com adequado financiamento e com equipamentos restantes da II Guerra, que o então Serviço Nacional de Malária (embrião da atual SUCAM¹), irmão do então Serviço Especial de Saúde Pública (posteriormente Fundação SESP²), conseguiu uma das mais brilhantes vitórias mundiais contra a malária nos vales do Rio Grande-Paraná, sem a qual o atual desenvolvimento da região sudeste brasileira seria retardado.

¹ SUCAM: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública.

² SESP: Serviço Especial de Saúde Pública (depois Fundação).

Tabela 4.3.4.15. Algumas referências históricas para situar a formação e a vida profissional dos egressos do curso médico da UFMG de 1978 a 1985.

	69-73	74-78	79-84	85-90
Presidente da República	Emílio Medici	Ernesto Geisel	João Figueiredo	José Sarney
Ministro da Saúde	Rocha Lagoa Machado de Lemos	Almeida Machado	Castro Lima Waldyr Arcoverde	Carlos Sant'Anna Roberto Santos Borges da Silveira Seigo Tsuzuki
Ministro da Previdência	Júlio Barata	Nascimento Silva	Jair Soares Hélio Beltrão Jarbas Passarinho	Waldir Pires Raphael Magalhães Renato Archer Jader Barbalho
Ministro da Educação	Jarbas Passarinho	Ney Braga Euro Brandão	Eduardo Portella Rubem Ludwig Esther Ferraz	Marco Maciel Jorge Bornhausen Hugo Napoleão Carlos Sant'Ana
Governador de Minas Gerais	Rondon Pacheco	Aureliano Chaves	Francelino Pereira Tancredo Neves	Hélio Garcia Newton Cardoso
Secretário de Estado da Saúde	Fernando Veloso	Dario Tavares	Eduardo L. Coelho Dario Tavares	Raimundo Resende José Maria Borges Edgardo C. Melo Serafim Godinho Sebastião Helvécio
Ensino Médico na UFMG	Reforma universitária pelo paradigma MEC-USAID, com substituição das cátedras pelos departamentos e ciclo básico conjunto a toda a área da saúde.	Estudo diagnóstico do ensino médico na UFMG e implantação do novo currículo, com ensino predominantemente ambulatorial e internato rural no Norte de Minas.	Criação da AMEM, nova orientação da ABEM e proposta sistêmica de saúde, através do Prev-Saúde, com base na experiência do Norte de Minas.	Retrocesso substitui o processo curricular e o desmonte privatizante impede a implantação do sistema único de saúde conquistado na constituinte.
Ensino Médico no Mundo	Ascensão anterior e queda de paradigmas tamponantes oferecidos como currículos "compactos", "inchados" e "esticados", ligados à medicina de consumo.	Claro delineamento do ensino-por-problema emergente dos desvios precedentes e convergente à Declaração de Alma-Ata, oposta ao consumismo em saúde.	Mudança curricular em Cuba, convergente com McMaster e expansão do ensino-por-problema, de Changai a Harvard, envolvendo o 1º, 2º e 3º Mundo.	Conferência mundial com Declaração de Edimburgo e apoio da OMS à progressiva troca de experiências, em substituição à imposição de paradigmas.

A Fundação Rockefeller, além dessas iniciativas, participou de duas outras que têm a ver com a interiorização da medicina e de outras técnicas. A primeira foi a "extensão rural", embrião da EMATER¹ de Minas e depois estendida a outros estados (81), e que interiorizou a equipamento-dependência para insumos agrícolas, tratores, adubos e venenos, estes, mais tarde, oferecendo à medicina quadros endêmicos e epidêmicos de morte e invalidez (24), aliás mencionados nos presentes depoimentos. Outro insumo, o crédito agrícola "perdoável", tem sido fator de fixação e de desvio de médicos no interior, como consta de um dos depoimentos. Uma outra iniciativa foi a mudança do ensino médico nas principais escolas médicas do país, inclusive na UFMG, cujos egressos estamos estudando, por meio da introdução do modelo flexneriano de ensino, o qual em vez da interiorização (217, 248) favoreceu a sofisticação da medicina nas capitais e nas cidades maiores, com agravamento do "déficit" médico/população.

Dois médicos mineiros, um egresso da faculdade estudada, Kubitschek, e outro um de seus catedráticos, Clóvis Salgado, o primeiro como governador do estado e presidente da república e o segundo como seu vice-governador e seu ministro da educação, reforçaram essas orientações, já que defendiam o desenvolvimentismo, nome que deram ao contraditório processo de modernização que promoveram, sendo que, na saúde e na educação, o fizeram com a autoridade de suas ocupações anteriores (221). No período militar autoritário, surgiram dois fatos novos de grande impacto para a interiorização. No lado assistencial foi feita a unificação INPS/INAMPS que significou a opção pelo assalariamento estatal do médico liberal, mas de modo que o estado fosse mero repassador da principal soma de recursos à minoria proprietária de leitos hospitalares e de laboratórios de exames, mantendo a maioria dos médicos em brutal regime de subemprego, e de empregos

¹ EMATER: Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (a educação agro-pastoril) adequada aos lavradores antes já era feita em Viçosa, desde a década de 30.

múltiplos, com fictício atendimento da crescente demanda massificada (218). Nesse caso, houve interiorização parcial dessa distorção, na medida em que o tamanho maior das cidades era compatível com a mesma, sendo que as cidades pequenas podiam ser procuradas como último reduto liberal (96, 235), mas isso era dificultado pela insegurança clínica do médico que passou a ser formado. De fato, no lado docente, a expansão da produção de médicos pela multiplicação de vagas no vestibular e de novas escolas, já esboçada no período pré-militar, feita nos moldes neo-populistas do consumismo atual, não visava obviamente a dar segurança clínica a ninguém, mas tão somente a produzir um "agente de consumo" de medicamentos, equipamentos e de serviços (Figura 4.3.3.2).

A expansão de vagas e de escolas chegou ao Brasil, denotando nitidamente a emergência de interesses transnacionais consumistas, não coincidentes com a influência liberal/elitista anterior. De fato ela ocorreu logo após a fundação, em Belo Horizonte, da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em 1962, nos moldes das congêneres norte-americanas e colombiana, e a tentativa de consolidação, em Poços de Caldas, em 1964, da fundação da Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM). Isso explica porque a ABEM e a FEPAFEM no Brasil, desde sua criação, desempenharam papéis moralistas tão moderados e anacrônicos quanto inócuos, diante da brutalidade desses interesses, e o mesmo pode ser dito da OPAS/OMS e das comissões ministeriais de ensino médico, criadas aparentemente para reforçar as outras (20), mas que acabaram legitimando o "carnaval" das escolas médicas de fim-de-semana (40) (Tabela 4.3.2.10).

Essas escolas têm interesse para o tema da interiorização da atenção médica, especialmente no aspecto da migração de profissionais. A Figura (4.3.2.10) mostra que as escolas médicas foram criadas duas a duas em cada principal região do estado, exceto no nordeste mineiro, muito pobre, e

apenas uma no norte, mas esta logo recebeu a companhia do internato rural da UFMG. O fato de figurarem em duplas sugere saudável competitividade regional, mas o processo de criação das menos antigas sugere influência de destacamentos militares locais e interesses comerciais. Observa-se que aquelas próximas a São Paulo têm predominância de estudantes paulistas e que as outras têm minoria de estudantes locais, mostrando, como já mencionado, que a presença da escola não significa mais médicos para a região e que o estado ou a região da escola está formando profissionais para outro estado ou região. Há evidência de que filhos de famílias ricas que só conseguem passar no vestibular dessas escolas, têm, em suas famílias, agentes que, enquanto o filho estuda, ficam providenciando sua residência médica e seu emprego próximo às respectivas regiões ou capitais. Já os "órfãos" se destinam a serem médicos-nômades, como foi citado num dos depoimentos, despreparados até para enganarem populações locais, através da pseudo-resolubilidade, e migram continuamente até se "encostarem" sem clínica efetiva. Caso especial são os estrangeiros que, através do casamento com brasileiro/a, e atendendo comunidades carentes, procuram conseguir, com menos risco, um lugar ao sol (8, 25, 110, 184, 256).

Sem perder de vista os aspectos acima da interiorização da medicina oficial e das escolas médicas, condicionantes fundamentais da vida profissional de todos os médicos do estado, podemos tratar agora dos fatores conjunturais.

A vida profissional dos médicos em Minas, na época compreendida pelo presente estudo, é influenciada, ou influenciável, por quatro fatores conjunturais decisivos para a interiorização da atenção à saúde e sua configuração futura: 1) a rapidez e globalização de transporte e comunicação, 2) a ação político-religiosa com envolvimento da área da saúde, 3) os avanços e retrocessos de unificação/descentralização

organizacional e decisória e 4) a recuperabilidade dos egressos por programação específica (Figura 4.3.4.4.).

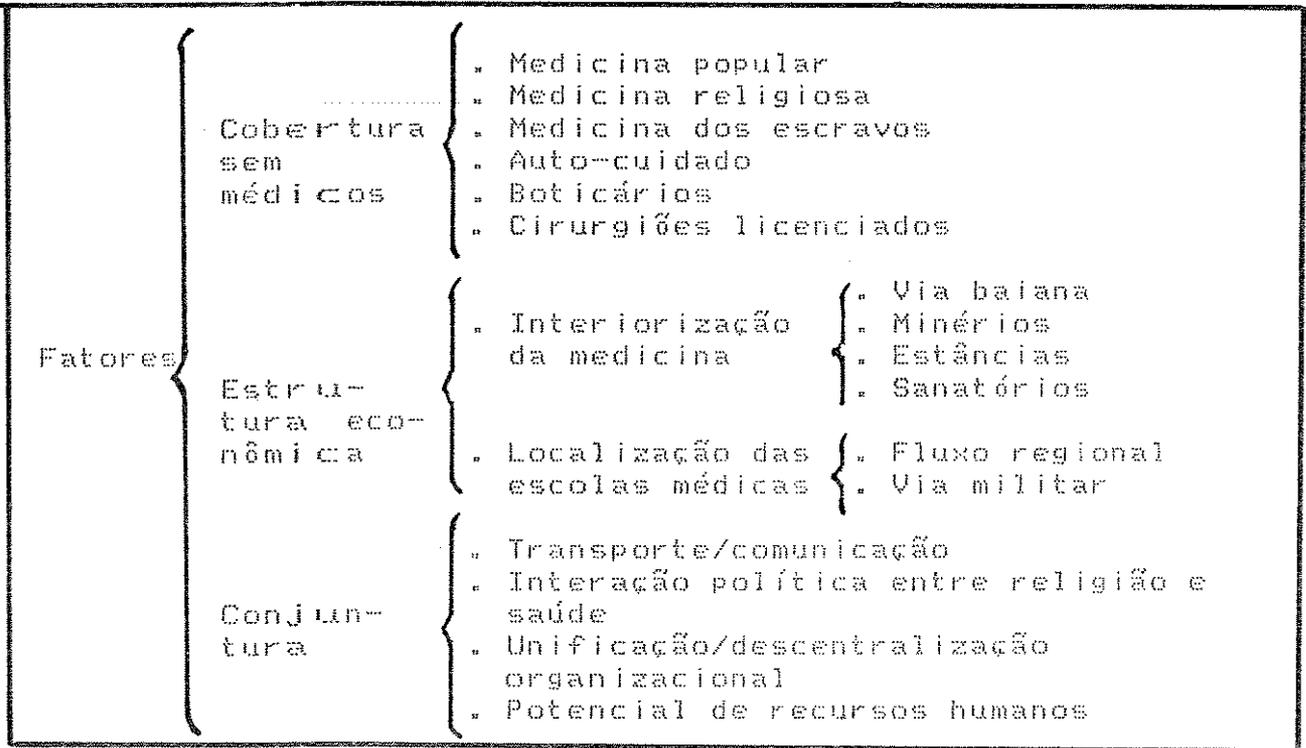


Figura 4.3.4.4. Fatores que influenciam a vida profissional do médico mineiro e sua interiorização.

Fonte: Centro de Memória da Medicina de Minas Gerais, 1989.

A rapidez de transporte propiciada pelo simples asfaltamento da antiga estrada de terra, intransitável nas chuvas, modifica o padrão de atenção à saúde prestado pelo médico local e seu esquema, até então em vigor, de referência e contra-referência. O mesmo pode ser dito da instalação de uma repetidora de canal de televisão, que passa a noticiar sobre alta tecnologia médica, tráfico de órgãos e de crianças para transplante e sobre denúncias de erros médicos. Se estes são impactos de importância em países com sistemas de saúde bem estabelecidos, pode-se imaginar o que ocorre

cotidianamente em nosso a-sistema em vigor e que transparece em alguns dos presentes depoimentos. Desde já este estudo surpreendeu o braço comprido dos fabricantes de marcapasso, fazendo surgir no pano de fundo da miséria mais negra um estranho desfile de portadores de implantes eletrônicos de penúltima geração, orgulhosamente realizados, por sinal, não em Belo Horizonte, mas em São Paulo.

Outro processo é a ação político-econômica de organizações religiosas transnacionais que estão em plena competição no interior e nas cidades grandes. Predominam, de um lado, os grupos protestantes, em que sobressaem os pentecostais pela agressividade proselitista, e de outro, os grupos católicos, em que sobressaem as comunidades eclesiais de base; os dois lados presentes nos depoimentos colhidos, evidenciando como a assistência médica é estratégica para ambos os grupos.

É irônico que o forte catolicismo mineiro, que chegou a usar sua força contra as primeiras incursões da Fundação Rockefeller, na capital, acusada de ser entidade "protestante", nada tenha feito, no sertão, contra o início da hoje gigantesca investida protestante e que também acabou sendo, não intencionalmente, o início da primeira grande experiência da atenção médica unificada no país, e, segundo tudo indica, do sistema oposto, o prepagamento em bases transnacionais (129). Este começo envolveu peripécias de toda ordem, inclusive com ação internacional da polícia (79). Não cabe aqui descrevê-las, mas pode-se dizer que começou com um "pastor" norte americano, enfermeiro de saúde pública, que chegou a colocar no rio São Francisco várias "lanchas bem equipadas", distribuindo, "sem limites", para a clientela ribeirinha, remédios e extraíndo "cento e tantos" dentes por dia. O pastor "era uma fera para arranjar verbas americanas" e, logo que foi criada a escola médica de Montes Claros, ofereceu financiamento para formar "enfermeiros" destinados a disseminar o atendimento que ele vinha fazendo, denominado de

assistência simplificada rural (59, 163). Logo ficou claro que a facilidade de dólares (266) tinha a ver com o controle de natalidade (267) e as autoridades tiveram a sabedoria de assumir e corrigir a orientação do projeto, unificando recursos financeiros, materiais e humanos num ensaio pioneiro de sistema de saúde (Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas) (140, 141). Este serviu de base a que se propusesse mais tarde o "Prév-Saúde", paradoxalmente inviabilizado por industriais do pré-pagamento, um deles identificado à organização protestante ligada ao pastor iniciador de tudo (135). O curioso é que a indústria educacional surgida como subproduto desse movimento também teve suas peripécias de caráter policial (131). E a experiência global tem sido objeto de teses acadêmicas, inclusive no exterior (79, 252, 258).

Já a esquerda católica, com raiz remota mineira na JEC (Juventude Estudantil Católica) e na JUC (Juventude Universitária Católica) se envolveu com a saúde principalmente por meio do internato rural e depois por outros programas ligados a ele, sendo paradoxal que sua base estrutural tenha sido os projetos acima e depois tenha sido financiado, parcialmente, pela Fundação Kellogg. O deslocamento do internato rural e de alguns dos médicos estudados do vale do São Francisco para o Vale do Mucuri e do Jequitinhonha tem a ver com o avanço da igreja católica progressista nestes vales. Os estudos "Os demônios descem do norte" e "Enquanto o diabo cochila" são fundamentais para se conhecer os dados gerais e históricos desse confronto religioso, cujo envolvimento com a saúde está bem evidente nos depoimentos ora analisados.

É digno de nota que "quadros" egressos da experiência integrada do norte de Minas tiveram alguma participação em aperfeiçoamento do ensino médico e de odontologia, no novo sistema de saúde da Nicarágua, no projeto do curso médico de Xochimilco, no México, nas administrações da OPAS, da ABRASCO e da ABEM, na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Constituinte, além das várias orientações

assistenciais e de ensino no país (Rio Grande do Sul, Goiás, Rondônia e Amazonas). Embora tenham tido contato menos direto com a experiência mineira, mas com intensa troca de idéias sobre experiências mútuas, a nova administração recuperadora da Fundação Oswaldo Cruz (9) e a brilhante experiência de municipalização da saúde de Campinas (cujo líder foi ex-dirigente do PIASS (232)) ilustram bem o potencial que o Brasil acumula para organizar seu sistema único, caso haja decisão política para tanto.

Em termos de referencial para estudos mais amplos, devemos aproveitar este instante para correlacionar as inovações curriculares (em medicina na UFMG e em odontologia na PUC-MG), as inovações assistenciais ligadas a protestantes e católicos no norte-nordeste de Minas e os movimentos religiosos e políticos aflorados com elas, principalmente na década de 70, mas que foram gestados na década anterior. Segundo Gutiérrez, autor em 1971 do texto inicial da teologia da libertação, "foi no Brasil e, mais precisamente, na JUC, no início dos anos 60 que muitas das intuições do que constituiria mais tarde a teologia da libertação latino-americana começaram a concretizar-se, num lento processo ligado a uma prática e, sobretudo, a uma prática política" (253). Esse processo foi lento mas tem um ponto de guinada: enquanto políticos católicos em vários países criavam a "democracia cristã", com base em Maritain, a JUC de Minas opta por linha esquerdista, com base em Mounier, e, coerentemente com a proposta de "consciência histórica", tenta usar o carisma de Hebert de Souza, o Betinho, para assumir o controle da União Nacional dos Estudantes (UNE), em 1960. Mesmo sem a UNE, a linha se reforçou com Helder Câmara, Amoroso Lima, Leonardo Boff, Gustavo Gutiérrez, Tomás Balduino, Pedro Casaldáliga, Evaristo Arns, culminando no intercâmbio Fidel Castro - Frei Beto, tipicamente mineiro, logo esvaziado pela perestroica. Remonta, pois, a 1960 o nexu que permitiu o convênio para o internato rural da UFMG em Ceres, Go (139).

Mesmo essa orientação de esquerda se dividiu mais tarde em direitistas, ilustrada nestas páginas pela equipe do GEERES (45, 241) e marxistas não mais católicos, também aqui presentes (28, 142), que se cruzaram com ex-marxistas, em caminho inverso, como o médico mineiro Hélio Pellegrino, um dos ideólogos do Partido dos Trabalhadores. A busca de caminho, sem disciplina partidária, é tradição mineira, desde Melo Franco e os estudantes-de-medicina ativistas da Inconfidência, até os casos dos ex-militantes Carlos Drummond (farmacêutico formado na UFMG) e Darcy Ribeiro (ex-estudante de medicina da UFMG, cujo irmão médico é um dos idealizadores da escola médica de Montes Claros (59)).

Sem esses dados, coligidos pelo Centro de Memória da Medicina de Minas Gerais, algumas passagens dos presentes relatos perderia a força de significação*, principalmente o curioso fato de que o apoio transnacional de católicos belgas, austríacos, italianos e alemães a nosso internato rural não passa de efeito bumerangue de ideologia gestada aqui, porque aqui a miséria convidava a compreender melhor o que queriam dizer Mounier e João XXIII.

Paradoxalmente o movimento pela concretização pedagógica do internato rural é anterior a 1960 e liderada por estudantes nacionalistas, independentes da militância jucista e comunista, atentos às diferentes experiências de extensão de cobertura na Austrália (rádio-comunicação), na União Soviética, na China e até em Sierra Maestra (Che Guevara). Daí os protestos quando a idéia foi encampada inadequadamente, em 1964, pela direção da faculdade, com a escolha da cidade de Jaboticatuba como uma espécie de laboratório rural, o que nunca foi concretizado (currículo de cinco anos, 1965).

* Herbert de Souza e seus irmãos Henrique (o humorista Henfil) e Francisco (músico), além dessa relação indireta com os problemas de saúde no Brasil, vieram a ter mais tarde relação trágica e direta com um dos nossos descabros mais criminosos: por serem hemofílicos, se contaminaram com a AIDS, resultando na morte dos dois últimos.

Lamentável é que os profissionais que se interiorizaram nestas áreas aí clinicam hoje como se nada disso tivesse acontecido e nem tendo notícia do que realmente aconteceu.

Em estudo à parte, igual levantamento será feito sobre o destino de alunos e egressos engajados em atividades clandestinas no regime autoritário e, com a abertura democrática, em atividades partidárias, inclusive com a competição "aparelhista" para controlar "a área da educação", "a área da saúde", "o currículo" e "o internato rural". Mesmo com o bloco unido inicial se desunindo pela diversidade partidária, pela perestroica e pelo ativismo ecológico, as antigas "máquinas" da igreja e do Partido Comunista não deixaram de funcionar. Pelos relatos dos entrevistados, a igreja católica, ligada ou não ao PT, continuará importante na luta pela saúde em regiões miseráveis (273, 274), mesmo enfrentando a maior desmoralização econômica dos pentecostais, dos capitalistas selvagens e dos conservadores do Vaticano. As comunidades eclesiais de base (68), e as pastorais universitária (108), da saúde (47) e da terra (46) continuarão personagens da história aqui recontada, já que no último ano foram mortas 79 pessoas em conflitos de terra no Brasil e que neste momento mais de 300.000 pessoas não têm moradia em Minas Gerais.

No lado educacional, o problema dos católicos, obrigados a defender o ensino não estatal, leva a situações não só contraditórias, como a citada no curso de odontologia da PUC-MG, mas de reacionarismo franco, como no caso citado do GERES. Em Minas Gerais, com a consolidação dos mencionados interesses estrangeiros, ligados à siderurgia, surgiu, na época da criação da UFMG (UMG, inicialmente estadual), o "movimento da escola nova", com a vinda para Belo Horizonte de estrelas internacionais da modernização internacional da educação, florescente no continente europeu antes da II Guerra. Por exemplo, em 1929 chega a Belo Horizonte o médico

francês Théodore Simon (co-autor do célebre teste do QI (coeficiente intelectual), de Binet-Simon. Foi imediata a reação do clero e de líderes leigos católicos, antes já posicionados contra colégios protestantes na capital, em Juiz de Fora e em Lavras, e contra qualquer ameaça ao prestígio nacional do célebre ensino católico mineiro (Colégios Caraca, Santo Antônio (S. J. Del Rey) e Arnaldo (Capital)). Como desta vez a iniciativa era não confessional e identificada com a escola pública, representando interesses internacionais superiores aos da igreja, a oposição desta foi repleta de deslealdades, pré-inaugurando a "indústria" do anti-comunismo (192), repetidas mais tarde contra a JUC (253), contra os projetos educacionais de Tancredo Neves, contra a inovação do ensino médico (88) e, depois, o GERES (45).

A partir das reportagens de LIMA (129, 130) e dos estudos de CURY (54) serão esclarecidos muitos aspectos, inclusive de interesse da educação médica, como o descarte da Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte (originalmente pós-graduação médica (sem graduação) na PUC-RJ, com participação destacada de dois ex-alunos da UFMG (Siffert e Pitanguy) bem como as causas do foco mineiro de antinatalismo (de origem anticlerical).

Se os egressos que atuam isolados no interior, tivessem essa visão histórica, teriam consciência clara do jogo do qual participam de lances finais. Com isso, talvez não tivessem a sensação que transmitem de serem peças descartáveis.

Por aí saberiam, por exemplo, que o Prev-Saúde foi proposto inicialmente a partir do teste norte-mineiro e de um programa de recursos humanos da OPAS (137) e que, diante da agressividade dos interesses privatizantes opostos, foi

amenizado e/ou disfarçado em siglas sucessivas: CONASP, PAIS, AIS, SUDS, SUS¹ (39, 180, 218).

Essa variedade de siglas indica que a ambivalência governamental não mudou, mesmo quando o regime autoritário se democratizou, nem mesmo depois de a constituição apontar para o sistema único. A dura realidade dos egressos estudados mostra ter fundamento o temor de que a ameaça da descentralização com a municipalização (56, 232), de belo sonho se transforme no pesadelo da **prefeiturização**, já antecipado em vários depoimentos. E o despreparo para esse tipo de luta está claro quando se verifica que vários médicos considerando a **prefeiturização** como inevitável optam por se tornarem, eles próprios, os prefeitos, vice-prefeitos e vereadores. Não se percebe, em nenhuma experiência neste estudo, indicação de estar a luta sendo travada no lado correto, ou seja, a institucionalização do processo decisório descentralizado colocado nas mãos da comunidade organizada.

No período 85-90, além do retrocesso curricular, houve, por parte dos governos federal e estadual, sistemático desmonte dos organismos públicos, especialmente na área da educação e da saúde. Minas Gerais foi colhida em pleno entusiasmo para a montagem de seu sistema público de saúde e para a estatização de suas nove escolas médicas. O governador deste período, seus auxiliares e sua cobertura federal não só neutralizaram tudo isso, como abriram caminho à criação irresponsável de novas escolas médicas e novas pseudo-universidades, assim como impediram que o Conselho Estadual de Saúde fosse decisório. Este tivera a oportunidade de se constituir com adequada representatividade comunitária, estava-se preparando para estimular a criação de Conselhos Municipais nos 723 municípios do estado, com até maior representatividade. O Conselho Estadual seria, a seguir,

¹ CONASP = Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária; PAIS = Programa de Ações Integradas de Saúde; AIS = Ações Integradas de Saúde; SUDS = Sistema Unificado Descentralizado de Saúde; SUS = Sistema Unificado de Saúde.

transformado em um colegiado de representantes dos Conselhos Municipais, acrescido de devida representação complementar. Ao contrário disso, o governo estadual criou a representação do "colegiado de secretários municipais de saúde" na alta direção decisória de saúde, acima do Conselho Estadual (164). E o novo governo federal, por esta e outras configurações que estava assumindo o SUS, conseguiu detê-las por legislação complementar à Constituição (19).

Tais referências, além de documentar os aspectos superestruturais da saúde em Minas, ou seja, a outra ponta do sistema percebida pelos entrevistados, neste estudo, mostram como se faz o jogo político neste estado. Este jogo é de conhecimento nacional através de referências folclóricas (10) mas deve ser objeto de conhecimento mais profundo (147), em que o referencial histórico de primeira mão é fundamental e este, sim, tipicamente mineiro.

Diante do exposto é inevitável a pergunta: estes egressos poderiam ser alvo de algum programa especificadamente destinado a recuperá-los como recursos humanos preciosos e aproveitar suas experiências? De fato, a releitura das entrevistas destes profissionais mostra que coletivamente somam experiência inestimável e única e que por isso podem passar a "docentes" do futuro sistema de saúde do país, desde que sejam levados a co-participantes de uma reflexão séria. Suponha-se que leiam o que até agora foi aqui exposto, troquem idéias e fatos adicionais, não só entre eles mas com os estudiosos das questões envolvidas e de outras que podem ser levantadas. Não há dúvida que o resultado disso estará no que pode ser de mais aderente à crua realidade do interior mineiro e naquilo que de mais bem fundamentado pode existir para dar atenção de saúde condigna à população que conhecem tão bem.

Se isto for verdade, não pode haver maior injustiça para com estes egressos do que exigir deles certificado de residência médica para concurso ou qualquer

outro propósito. Seu trabalho em tais circunstâncias não só deve ser considerado equivalente à melhor "residência médica" como, adequadamente orientado, equivaler à pós-graduação, principalmente aqueles que receberam em suas cidades estudantes do internato rural.

Há experiência suficiente para veiculação de educação contínua à distância, na área de conhecimentos. Na área de habilidades é gratificante verificar como um simples treinamento de cerca de cinquenta partos pode significar em termos de ampliação da resolubilidade de um egresso (217, 220, 221). Então só restaria aprofundar a questão das atitudes. A chave para isso, e que transparece com grande força confirmatória neste estudo, é a distinção entre competência e consciência (39). "Se admitirmos que a competência de um profissional compreende conhecimentos, habilidades e atitudes, verificamos que dispomos de mais um enfoque, método ou instrumento para medir conhecimentos e habilidades, mas de quase nenhum para medir atitudes e valores. Tal desafio pode ser enfrentado através da distinção entre competência e consciência, o que permite concluir que a dificuldade para avaliar atitudes corresponde na prática à eliminação deste componente da competência, o que é compreensível diante do caráter competitivo das profissões. Outro conceito que pode ser útil para a avaliação crítica de atitudes e valores é o conceito de que o estudante ou o profissional, ao distinguir necessidades sociais entre as demandas da realidade social e ao procurar atender umas e outras através de sua **COMPETÊNCIA** (conhecimentos e habilidades) terá **ipso facto** a consciência da **REALIDADE** e das **NECESSIDADES**. Neste primeiro nível, podemos falar apenas de **CONSCIÊNCIA INDIVIDUAL**. Esta passa a **SOCIAL** quando se manifestam **autonomia, iniciativa e responsabilidade** na busca do atendimento das necessidades distinguidas inicialmente, o que indissociavelmente leva à motivação da resolução **em equipe** dos problemas. Finalmente a consciência será **POLÍTICA** quando alcança o plano de atitudes em favor de

mudanças ~~estruturais~~ capazes de dar eficácia máxima às motivações ~~anteriores~~. Desses três enfoques - 1) DISTINÇÃO ENTRE ~~COMP~~ETÊNCIA E CONSCIÊNCIA, 2) CONSCIÊNCIA DE NECESSIDADES NA REALIDADE e 3) GRADAÇÃO DA CONSCIÊNCIA, DE INDIVIDUAL A SOCIAL E A POLÍTICA - podemos extrair os elementos ~~iniciais~~ de métodos e instrumentos para avaliar atitudes e ~~v~~alores, bem como a correlação com dispositivos curriculares para sua aquisição na escola, a aferição dessa aquisição e ~~v~~ finalmente, a aferição da utilização dessas atitudes e ~~v~~alores na vida profissional."

Os relatos de nossos entrevistados mostram que não atingiram tais graus de consciência e, quando o fizeram, foi de maneira precária e associada à frustração - em contraste ~~com~~ a competência técnica em relação à qual, mesmo com falhas ~~mal-sanadas~~ no currículo informal), não escondem sua satisfação. Tal resultado já era detectado nas avaliações do internato rural, mas pouco foi feito para superá-lo e o que se fez foi ~~in~~ócuo.

Tais dificuldades permitem compreender por que o ensino da ética e da deontologia médica, no ensino tradicional, sempre foi não só dissociado da resolução de problemas ~~cl~~ínicos, mas expressamente ligado ao da medicina legal. A ~~mes~~ma razão explica por que as recentes mudanças no código de ~~ét~~ica (18) são cosméticas e mantêm-no defasado do assalariament~~o~~ do profissional e do consumismo em saúde. Por isso é que o pont~~o~~ próprio para a firme conexão entre competência e consciência não deixa de ser o completo preparo do profissional na relação médico-paciente - e este foi um dos pontos fort~~es~~ do preparo dos egressos estudados. Por que não se estendeu ~~aos~~ demais degraus da consciência?

Por hipótese, o desenho curricular formal e as práticas ~~in~~formais não conseguem resolver para o estudante e o profissional esta relação médico-paciente, no seu aspecto relação-de-p~~o~~der, e muito menos resolver os dois degraus

acima, relação médico-comunidade e relação médico-poder-político. Isso indica que o estudante pode livrar-se da relação autoritária estudante-professor, sem resolver completamente seu aspecto de poder e com isso leva para a vida profissional um despreparo que se transforme em submissão ao sistema de poder ou em conflitos que chegam a ameaças de morte, ou à incompatibilidade total do profissional com o poder político local/regional, em pequenas cidades.

Tais evidências sugerem aprimoramentos no desenho curricular que levem ao uso da **resolução de problemas no âmbito das relações-de-poder** desde o primeiro dia do curso médico e em reciclagens de egressos, completando com isso os programas de educação contínua referentes a aspectos cognitivos e psicomotores. Neste caso, a recuperação de profissionais "inativos" seria viável. No caso de se decidir usar a resolução-de-problemas deste tipo, através de simulações, deve-se cuidar para que apenas problemas concretos, presentes ou passados, da própria experiência de quem os vai resolver sejam incluídos para completar o repertório das possibilidades.

Pelas evidências indiretas, inclusive dos presentes relatos, é provável que estudos comparativos venham comprovar que egressos de cursos tradicionais são mais submissos ao "status quo" do poder político vigente, ou seja, venham comprovar a correlação entre poder-docente/passividade-discente e poder-político/passividade-profissional - o que explicaria muita impotência e inércia do médico como agente de mudança, relativa ao quadro de saúde e ao quadro social, especialmente atuando **solo** em pequenas cidades (113, 217). Para a reversão de tal reprodução intramural das condições do poder extramural, possível não só através da neutralização do poder docente (ensino-por-problemas) mas da derrubada do biombo separador entre o mural e o extra-mural (atendimento comunitário, ambulatórios periféricos e internato rural - curriculares formais) - SALGADO propõe a substituição da

denotativa «designação integração docente-assistencial por integração de docente-atencional (217).

Aspecto interessante da questão de poder é aquele que foi revelado pela experiência da UFMG. E que, entre os que defenderam tal inovação, surgem também relações de poder que deveriam ser ampla e democraticamente debatidas. Em estudos subsequentes será possível analisá-las com isenção, e entre elas não poderá faltar o fenômeno ocorrido com a abertura democrática. Como a mudança educacional ocorreu sob um regime autoritário no país, com o qual se identificavam os docentes conservadores, estabeleceu-se fácil, maniqueísta e supersimplificada polarização política. Com a abertura democrática, da qual a mudança foi parte, o reagrupamento dos unânimes gerou pelo menos quatro linhas de aspirantes à hegemonia na nova ordem: os quase-cardeais (visando a controlar a mudança por cargos fora e acima do processo em si), os aparelhistas (visando a atrelar o processo a interesses partidários), os populistas (visando a controlar internamente o que restou do processo, obviamente sem compromisso ideológico com ele) e os apóstolos (fascinados com o sonho quase impossível), incluindo-se aí quem jogue em duas ou três dessas posições.

Por último, mas não com menos importância, parece-nos necessário lembrar que, se o aspecto informação é essencial à resolução de problemas em geral, ele é crítico nas situações e questões específicas analisadas neste estudo.

A escassez e a inacessibilidade da informação foi fundamental para o estabelecimento da educação tradicional autoritária. Na educação médica o monopólio de conhecimentos e habilidades por parte do docente de uma disciplina corresponde a igual monopólio externo pelos respectivos profissionais - correspondência que prosseguiu coerente com a progressiva especialização da medicina e com a transformação das cátedras em departamentos disciplinares.

Ora, uma reestruturação desmonopolizadora se viabilizará rapidamente caso a informação antes monopolizada passe imediatamente a ser veiculada com confiabilidade e regularidade por fora do controle dos monopolistas. Técnicas tutoriais e elaboradas, como as do currículo de McMaster, ou o "jeitinho" brasileiro, como as do currículo da UFMG, permitem tal ultrapassagem intra-curricularmente, mesmo com as barreiras do idioma dos textos científicos confiáveis.

A inovação da UFMG coincidiu com um "boom" mineiro de livros médicos originais, mas poucos preocupados em ser coerentes com o currículo (78, 125, 146, 205, 219, 227). Tais livros são citados nas entrevistas como valiosos para os egressos. Ao mesmo tempo foi criado um boletim de medicamentos e terapêutica para atualização mais rápida e que circulou de 80 a 85 (2) em competição desigual com a propaganda da indústria farmacêutica, o que também transparece nas entrevistas. Numa das entrevistas, flagramos a indústria farmacêutica chantageando o fornecimento de um boletim, que não passa de propaganda de seus produtos, para forçar a compra de seus produtos pela farmácia local.

Tanto para os estudantes como para os egressos, todo um subsistema, quer para conhecimentos, quer para procedimentos psicomotores, deveria ser montado junto ao sistema de saúde, inclusive com base na experiência acima.

Para a questão das relações administrativas e demais aspectos das relações de poder, há que se providenciar urgentemente uma consolidação de textos, diante do atual acúmulo heterogêneo e repetitivo, produzido principalmente através de dissertações e teses de pós-graduação, que versam sobre a previdência social (15, 55, 73, 180, 190, 211, 249), o sistema de saúde em geral (9, 10, 12, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 29, 30, 32, 33, 36, 50, 51, 52, 56, 61, 62, 65, 79, 89, 100, 107, 135, 136, 142, 148, 150, 158, 161, 179, 182, 191, 197, 209, 210, 223, 229, 238, 244, 245, 246, 247, 252, 258) e a

educação (16, 20, 27, 28, 31, 34, 37, 38, 42, 45, 54, 77, 80, 81, 90, 91, 93, 94, 98, 101, 127, 143, 155, 176, 188, 192, 198, 207, 217, 222, 227, 231, 233, 237, 241, 251, 264). Importante público-alvo desta consolidação seriam os próprios egressos, numa retro-alimentação inversa àquela que eles proporcionam à escola.

Com base nas carências expressas nos depoimentos, propomos três linhas distintas de informações nestes aspectos: 1) informação contínua (tipo cotação do dia da bolsa-de-valores e do mercado financeiro) sobre indicadores na área de saúde (inclusive força e mercado de trabalho, e estatísticas e oportunidades educacionais); 2) textos sobre o contexto histórico dos ambientes onde se estuda e onde se trabalha; e 3) análises críticas dos problemas atuais e perspectivas futuras.

A informação contínua, hoje possível no Brasil, graças às telecomunicações e à informática, vista para a área financeira no noticiário diário da imprensa, poderia incluir a área da saúde e da educação - caso os esforços resultantes dos trabalhos de DONNANGELO (61, 62), NOGUEIRA (171, 172, 173), SAYEG (235), MEDICI (153, 154) e GIRARDI (95, 96, 97) fossem institucionalizados e estruturados, inclusive, com esse fim.

A história da saúde e da educação no Brasil parece ter sido antes evitada porque poderia parecer pouco moderno alguém cuidar do passado, existindo tanta novidade tecnológica para alardear nestas áreas. Com o advento da exigência de dissertações e teses, nas carreiras docentes, os mestrandos e doutorandos, na ausência de "condições" para produzir "fatos novos", optaram por resgatar "fatos históricos" para suas análises - o que poderia ter produzido um saudável surto de excelente documentação histórica, não fossem os levantamentos apressados e precários e conseqüente improvisação metodológica. Já surgem, felizmente, textos que recuperam a propriedade metodológica (54, 179, 219, 222) e daí

será possível a consolidação do aspecto substantivo do conjunto já produzido. Em linguagem de fácil leitura, especialmente para atarefados egressos, como os ora estudados, tais análises disporão de uma perspectiva hoje possível, que expurgará equívocos, os quais não diminuem de maneira alguma os méritos de quem foi pioneiro em condições tão adversas e até arriscadas. Para isso, o mínimo indispensável será o catálogo mais completo possível de dissertações, teses e livros, no Brasil e no exterior, sobre os diversos aspectos relevantes para a nossa realidade de saúde e de educação.

Na ausência desses catálogos e do rigor metodológico para que se não ignore o já feito, aqui e no exterior - corremos o risco de ser lentos demais em relação aos meios já existentes entre nós para a alta velocidade da informação. Daí termos insistido aqui em uma bibliografia mais extensa, embora tenhamos tido notícia de textos adicionais a que não tivemos acesso. Mesmo porque não tem sentido registrar uma experiência coletiva de profissionais, sem o contexto de aspectos históricos, de indicadores econômico-sociais e de referências bibliográficas relativas aos acontecimentos expressos nos depoimentos e nos presentes comentários.

Apenas para ilustrar queremos mostrar dois exemplos. O primeiro consiste em duas publicações, uma sobre ensino pediátrico (69) e outra sobre cirurgia ambulatorial (206), que, por falta de adequada atenção bibliográfica de seus autores, propõem como novidade dois avanços para o ensino médico no Brasil, sendo que ambos já estavam em andamento na UFMG na época em que foram propostos (264), inclusive com os respectivos livros-textos já publicados e amplamente utilizados (78, 125). A segunda se refere ao sistema de saúde proposto ao Brasil: a maioria dos estudos dá a impressão de que este país está sendo o primeiro país do mundo a tentar um sistema público único de saúde, sem referências adequadas a países, capitalistas e socialistas, que o conseguiram e que antes de o conquistarem viveram as mesmas angústias que

vivemos hoje e para cujas lutas deveríamos ter a maior curiosidade. Com as recentes mudanças no xadrez internacional, não podemos perder de vista que os sistemas públicos em vez de privatizados serão, ao contrário, libertos do componente de autoritarismo burocrático, que até agora dificultou a auto-gestão comunitária na saúde e na educação, mesmo nos sistemas que são citados como quase perfeitos.

Em função dessas considerações, queremos finalizar lembrando que a experiência que acabamos de analisar, com todos seus problemas, no plano da formação profissional e no da vida profissional, não pode ser dissociada do esforço do povo brasileiro para se democratizar. Sob este ponto de vista estes egressos são protagonistas desse esforço histórico, cujas marcas, mesmo que desapareçam na prática, ficarão testemunhadas nos textos originais propostos para as constituições federal e mineira, mostrando que a decisão política será o fator que sonegará saúde para todos os mineiros antes do ano 2000.

OS DOTÔ DE MEDICINA

De Cândido Canela

(Dizem que o SENHOR sorriu duas vezes. Uma, quando ouviu alguém dizer: MINHAS TERRAS, a outra, quando o médico disse: EU TE CURO).

Im antes de havê dotô
 Num tinha tanta duença
 Hoje faz inté horrô!...
 Já vem os mal de nascença

.....
 Dô de istambo e piriri,
 Vexame no coração,
 Curava atôa, eu já vi,
 Cum quina e chá de limão

O sarampo e catapora,
 São duenças passagera,
 Que se cura numa hora,
 Cum dois chazim de parrera

As inframação pro dento,
 As dô de figo, as pereba,
 Si curava cum inguento,
 Changuana de jurubeba.

Rematismo intrevadô,
 Promunia, dô nos peito,
 Num pricísava dotô.
 Na roça se dava jeito

Mais hoje tudo mudô,
 Ninguém pode mais falá,
 Us nome qui seus dotô
 Nas duenças já qué dá.

.....
 Assucesso de muié,
 Só pricisa de partera.
 Hoje possa quem pudé:
 Dois dotô na cabicera.

Tem pra mais de mil duença,
 Bestage, só invenção,
 Curadas dum jeito só,
 Na ponta do aguião.

Mais eu sô cabra istradero,
 Num pite tapiaçãõ,
 Viva os reméidos casero,
 Morra as tal das injeção!

.....

(Do livro LÍRICA E HUMOR DO SERTÃO, de Cândido Canela) (agud (59)).

5.0. CONCLUSÕES

O estudo, através de entrevistas abertas, sobre a formação e a vida profissional de 22 egressos do curso de medicina da UFMG, de 1978 a 1985, com base na literatura pertinente, resultou em informações particularmente úteis para a atenção à saúde no estado de Minas Gerais e no Brasil e também indispensáveis ao aperfeiçoamento da educação médica por eles recebida.

Em virtude da ausência de grupo controle, não se pode concluir sobre o mérito desse currículo em relação a outros.

A vida profissional relatada mostra claramente como os valores e a qualidade atribuídos, em geral, ao médico do interior (e que eles mesmos se atribuem), são determinados pelo modo com que sua atividade isolada e sofrida é estruturada e econômico-socialmente.

Observa-se que o médico tende a ser compelido a exercer cumulativamente, no mesmo local de trabalho, papéis e funções exercidas de modo sucessivo na história da profissão, sendo alguns contraditórios entre si.

Comprova-se o efeito homogeneizador da realidade profissional sobre as diversas competências individuais, niveladas por fatores econômico-sociais e políticos. Estes mesmos fatores dissociam, por consequência, a medicina preventiva e curativa, levando ao equívoco de serem cuidadas por ações, profissionais e até ministérios separados. Eles mesmos levam à redução do médico a profissional equipamento-dependente (pseudo-especialista); redução mistificada pelo consumismo que valoriza mercadologicamente a medicina exercida por especialistas (sofisticação).

As passagens aqui relatadas, algumas com lances de emoção, mostram um quadro geral de dificuldades ligadas à

falta de recursos humanos, técnicos e administrativos, à falta de retaguarda de referência/contra-referência, à falta de educação contínua e, principalmente, à falta de autonomia frente ao sistema de poder vigente. Mesmo assim, a resolubilidade é alta nos termos em que é entendida pelos próprios entrevistados, devendo seu conceito ser mais objetivo, principalmente para distinção com a pseudo-resolubilidade, bem documentada aqui, e para seu aproveitamento como conceito adequado à atual ênfase mundial no ensino centrado-em-problemas.

O estudo do internato rural, como "pré-ida" para o interior, e suas múltiplas funções pedagógicas, mostram-no como eficiente retro-alimentador interno do currículo, assim como a vida profissional dos egressos é um retro-alimentador pós-curricular. Propõe-se uma retro-alimentação inversa: devolução aos egressos de estudos como este, com consolidação bibliográfica, compondo sua educação contínua, principalmente para desembracá-los conscientemente de seu relacionamento com o sistema de poder, de modo a se submeterem diretamente ao controle decisório da comunidade.

Os relatos sobre a decisão de estudar medicina não evidenciam peculiaridade dos entrevistados em relação aos demais colegas e estão de acordo com os resultados gerais de estudos sobre o tema feitos na América Latina, no Brasil e em Minas Gerais. Não contradizem também os estudos que mostram não ser necessário à medicina inclinação semelhante àquela para a música e a matemática e nem mesmo que a escolha coincida com a preferência pela profissão, para que o médico seja competente e eficaz em seu compromisso social. Do mesmo modo, a inclinação pela biologia nos estudos pré-médicos não prediz melhor desempenho profissional, exceto talvez em determinadas subespecialidades mais ligadas à biologia. Os estudos sobre a imagem do médico parecem úteis para a compreensão desse processo decisório.

Os relatos sobre a decisão de ir para o interior mostram processo semelhante à decisão pela profissão, dentro da complexidade atual dos valores ligados à vida no interior e em grandes centros. Os locais de trabalho dos médicos estudados mostram influência determinante do fator econômico e adicionalmente da área do internato rural.

A peculiaridade que pode ser atribuída aos egressos estudados em sua formação profissional é a preocupação, naqueles que optaram precocemente pelo interior, de preparo para o que consideravam essencial ao exercício isolado da profissão. Neste aspecto, o presente estudo permitiu eloqüente documentação sobre o chamado currículo informal, pelo qual o estudante busca, fora do currículo formal, não só remuneração financeira, mas itens sonegados da proposta curricular ou itens não contemplados nesta. Das sonegações documentadas são consideradas de interesse especial o preparo em obstetrícia e traumatologia, pelo papel decisivo que representa em relação ao potencial de resolubilidade do egresso, em pequenas cidades, e o preparo para resolver problemas de saúde mental, de medicina legal e de procedimentos administrativos, sem equipamento-dependência. Dos aspectos não suficientemente contemplados no currículo, enumera-se o preparo para funções docente, de pesquisa, administrativa, de atuação em equipe e, principalmente, para a relação com o sistema de poder.

Propõe-se a institucionalização e sistematização do estudo de egressos (até agora negligenciados), com suficiência de recursos e com metodologia diversificada e integrada, na qual se inclua ouvir a comunidade atendida por eles.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.0. AAMC: Physicians for the twenty-first century. Report of the project panel on the general professional education of the physician and college preparation for medicine. Washington. J Med Educ (suppl.), 1984.
- 2.0. ABEM: A gratificante receptividade ao Boletim de Medicamentos e Terapêutica. Bol. Progr Reg. Docente-assistencial em Saúde. 3(2):1-4, 1984.
- 3.0. ALIFF, T. Q.: Recursos humanos em cinco países da América Latina. Análisis de indicadores. Educ Med Salud 223:313-331, 1989.
- 4.0. ANDES: Contribuição à análise do relatório do GERES, no dia do professor em defesa da universidade pública e gratuita. Brasília. Diretoria da Associação Nacional dos Docentes de Ensino Superior (ANDES), 1984.
- 5.0. APPLE, M. W.: Educação e poder. Tradução. Porto Alegre. Artes Médicas, 1989.
- 6.0. APPLE, M. W.: Why the right is winning - education and the politics of common-sense. Strategies, in press (Seminário Currículo e Sociedade - PUC/SP, 1990, mimeo).
- 7.0. ARAÚJO, A. M.: Medicina rústica. 3ª edição. São Paulo. Nacional, 1979.
- 8.0. ARDON, R. C.: Perfil y arraigo del médico en el medio rural en México. Educ Méd Salud 17:243-262, 1983.
- 9.0. AROUCA, A. S. S.: O dilema preventivista - contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese. Campinas, SP. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1975.
- 10.0. ARRUDA, M. A. N.: Mitologia da mineiridade - o imaginário mineiro na vida política e cultural do Brasil. São Paulo. Brasiliense, 1990.
- 11.0. BARBOSA, F. S.: Programa integrado de saúde comunitária de Planaltina, D. F. - uma história de caso. Brasília. Edição do autor, 1981.
- 12.0. BORGES, D. R.: Socialização da medicina. São Paulo. Civilização Brasileira, 1943.

- 13.0. BOSI, E.: Memória e sociedade - lembranças de velhos. São Paulo. Quatroquatro-Edusp, 1987.
- 14.0. BOURDIEU, P. & PASSERON, J.C.: A reprodução - elementos para uma teoria do sistema de ensino. Tradução. Rio. Francisco Alves, 1975.
- 15.0. BRAGA, J. C. S. & DE PAULA, S. G. Saúde e previdência - estudos de política social. 2a. edição. São Paulo. Hucitec, 1986.
- 16.0. BRASIL: Programa de Integração docente-assistencial. Brasília. Ministério da Educação e Cultura, 1987.
- 17.0. BRASIL: Relatório final da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Brasília. VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986.
- 18.0. BRASIL: Código de ética médica. Legislação dos Conselhos de Medicina. Belo Horizonte. Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, 1988.
- 19.0. BRASIL: Constituição da República Federativa do Brasil. 3ª edição. São Paulo. Saraiva, 1989.
- 20.0. BRASIL: Documentos do ensino médico - Comissão de Especialistas do Ensino Médico. Brasília. Ministério da Educação, 1989.
- 21.0. BRASIL: Código de proteção e defesa do consumidor (Lei nº 8078 de 11-09-90). Rio. Tecnoprint, SD.
- 22.0. BRENES, A. C.: Mulheres políqueixosas ou maior desgaste - conseqüências da "condição feminina" no processo saúde-doença. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, 1987.
- 23.0. BRIDGE, E. M.: Pedagogía médica. Washington. Organización Panamericana de la Salud, 1965.
- 24.0. BULL, D. & HATHAWAY, D.: Pragas e venenos - agrotóxicos no Brasil e no Terceiro Mundo. Tradução. Petrópolis. RJ. Vozes-Oxfam-Fase, 1986.
- 25.0. BURFIELD, W. B.; HOUGH, D. E. & MARDER, W. D.: Location of medical education and choice of location of practice. *J. Med Educ* 61:545-554, 1986.
- 26.0. CALDEIRÃO, T. P. R.: A política dos outros - o cotidiano dos moradores da periferia e que pensam do poder e dos poderosos. São Paulo. Brasiliense, 1984.

- 27.0. CAMARGO, M. C. Z. A.: O impacto da ciência e da tecnologia sobre a prática e o ensino médico. Tese. Campinas. Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, 1987.
- 28.0. CAMPOS, F. E.: Integração docente assistencial como prática na educação médica - o caso da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Tese. Rio. Centro Biomédico da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1980.
- 29.0. CAMPOS, F. E.: Resolutividade - uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde. Tese (Ensp - Fiocruz). Belo Horizonte. Imprensa Universitária da Universidade Federal de Minas Gerais, 1988.
- 30.0. CAMPOS, G. W. S.: Os médicos e a política de saúde - entre a estatização e o empresariamento, a defesa da prática liberal da medicina. São Paulo. Hucitec, 1988.
- 31.0. CAMPOS, M. M. M. M.; CARVALHO, M. C. S.; RIBEIRO, C. M. P. & SALGADO, J. A.: Diagnóstico da situação do ensino de medicina na Universidade Federal de Minas Gerais. Relato de pesquisa. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 1973 (mimeo).
- 32.0. CAMPOS, V. F.: Gerência da qualidade total - estratégia para aumentar a competitividade da empresa brasileira. Belo Horizonte. Escola de Engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais-Bloch, 1989.
- 33.0. CARVALHO, M. B.: Homeopatia - a retomada social de uma prática terapêutica. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, 1988.
- 34.0. CARVALHO, M. C. S.: Medicina e ensino médico - vertentes de um processo de desenvolvimento econômico e social, uma história da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, 1987.
- 35.0. CASTILHO, R.: As melhores faculdades do Brasil (10º ranking) - uma pesquisa nacional feita com professores universitários, empresários e vários órgãos de apoio à pesquisa revela os cursos nota 10. **Playboy** (São Paulo). 16(188):80-85, 101-101, 1991.
- 36.0. CASTILHO, W. E. P.: O adoecer psíquico do subproletariado. Belo Horizonte. Cegrac, 1990.

- 37.0. CASTRO, C. L. M.; GHIVELDER, M. & SILVA, A. A., F^o.: Ensino médico no Brasil. Parte II. Rio. Associação Brasileira de Educação Médica, 1967.
- 38.0. CASTRO, C. L. M.; CARVALHO, G. C. M.; CASTRO, I. B.; NEVEZ, N. A. C. N.; SILVA, A. A., F^o.; SZKLO, H. & VAZ, M. D. C. P.: Aspirações dos alunos do setor saúde quanto ao exercício profissional e a realização de cursos de pós-graduação. *Rev. Assoc. Méd. Brasil* 17:93-104, 1971.
- 39.0. CASTRO, L. P. & SALGADO, J. A.: La evaluación de las actitudes y de los valores del egresado. XI Conferência Panamericana de Educación Médica. México. DF. 1-03/12, 1986.
- 40.0. CASTRO, L. P. & SALGADO, J. A.: A ABEM e a perspectiva de reestruturação da saúde e da educação médica. *R. Bras. Educ. Méd* 11:93-96, 1987.
- 41.0. CASTRO, M.; PEREIRA, M. L. T. S. & TEIXEIRA, R. A.: Análise ocupacional das habilitações do curso de pedagogia. Belo Horizonte. Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, 1976 (mimeo).
- 42.0. CASTRO, M. H. J.: A fragmentação do saber - um estudo das super-especializações no ensino médico. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, 1982.
- 43.0. CHAVES, M. M.: Saúde e Sistemas. Rio. Fundação Getúlio Vargas, 1972.
- 44.0. CHERNOUJIZ, P. L. N.: Formulário e guia médico. 2 tomos. 19^{ma} edição. Paris. Roger, 1920.
- 45.0. CINTRA, A. O.; CARVALHO, G. P.; MENEZES, P. E., Neto; SOUZA, E. M. & RIBEIRO, S. C. L. C.: Relatório do grupo executivo para a reformulação da educação superior (GERES). Brasília. Ministério da Educação, 1986.
- 46.0. CNBB: Pastoral da terra (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil). São Paulo. Paulinas, 1976.
- 47.0. CNBB: Pastoral da saúde (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil). 4^{ma} edição. São Paulo. Paulinas, 1980.
- 48.0. COELHO, R. S.: O nervosismo agudo e a congestão cerebral. Belo Horizonte. Anais do VII Congresso Brasileiro de Escritores Médicos, 1978.

- 49.0. COLE, J. R. & LIPTON, J. A.: The reputations of american medical schools. *Social Forces* 55:662-684, 1977.
- 50.0. CORDEIRO, H. A.: As empresas médicas - as transformações capitalistas da prática médica. Rio. Graal, 1984.
- 51.0. CORDEIRO, H.A.: A indústria de saúde no Brasil. 2ª edição. Rio. Graal, 1985.
- 52.0. COSTA, N. R.: Lutas urbanas e controle sanitário - origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis, RJ. Vozes/Abrasco, 1985.
- 53.0. CUBA: Fundamentación teórica y diseño del nuevo plan de estudio de medicina. La Habana. Ministerio de Salud Pública, 1985.
- 54.0. CURY, C. R. J.: Ideologia e educação brasileira - católicos e liberais. São Paulo. Cortez & Moraes, 1978.
- 55.0. CZAPSKI, J.: Planos pré-pagos de medicina de grupo - planos de pré-pagamento da assistência médica e saúde pública. Tese. São Paulo. Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1972.
- 56.0. DALLARI, S. G. Municipalização dos serviços de saúde. São Paulo. Brasiliense, 1985.
- 57.0. DANIEL, H.: Passagem para o próximo sonho. Rio. Codexri, 1982.
- 58.0. DENEM: O perfil concreto da proposta de transformação do ensino médico. *Jornal do XVIII ECEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina da União Nacional dos Estudantes)* 25/07 - 01/08, 1987.
- 59.0. DE PAULA, H.: Em Montes Claros... a medicina dos médicos e a outra. Montes Claros, MG. Centro de Memória de Medicina de Minas Gerais, 1982.
- 60.0. DINIZ, C. C.: Estado e capital estrangeiro na industrialização mineira. Belo Horizonte. Editora da Universidade Federal de Minas Gerais, 1981.
- 61.0. DONNANGELO, M. C. F.: Medicina e sociedade - o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo. Pioneira, 1975.
- 62.0. DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L.: Saúde e sociedade. São Paulo. Duas Cidades, 1976.

- 63.0. EDITORIAL: Changing medical education - the new schools. *N. Engl J Med* 301:719-720, 1979.
- 64.0. EDITORIAL: Medical manpower data - total cooperation vital and urgent. *Can Med Assoc J.* 124:1111-1111, 1981.
- 65.0. ESCOREL, S.: Reviravolta na saúde - origem e articulação do movimento sanitário. Tese. Rio. Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz, 1987.
- 66.0. FERNANDES, A. D. L.; MAGRO, J. B., F^o & SALGADO, J. A.: Projeto de regionalização docente-assistencial, integração curricular e educação contínua em saúde para o Estado de Minas Gerais. Goiânia. XVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, 1980.
- 67.0. FERNANDES, F.: A história de vida na investigação sociológica - a seleção dos sujeitos e suas implicações in FERNANDES, F.: Ensaio de sociologia geral e aplicada. São Paulo. Pioneira, 1960.
- 68.0. FERNANDES, L.: Como se faz uma comunidade eclesial de base. Petrópolis, R.J. Vozes, 1984.
- 69.0. FERREIRA, J. V.; RODRIGUES, P. P. B.; GUIMARÃES, F. & CAMPOS, L.: Alguns aspectos do ensino de pediatria no Brasil. *Jornal de Pediatria* 56:332-334, 1984.
- 70.0. FERRIER, B. M. & WOODWARD, C. A.: Career choices, work patterns and perceptions of undergraduate education of McMaster medical graduates - comparison between men and women. *Can Med Assoc J* 126:1411-1415, 1982.
- 71.0. FERRIER, B. M. & WOODWARD, C. A.: Does premedical academic background influence medical graduates' perceptions of their medical school on their subsequent career paths and decisions? *Medical Education* 17:72-78, 1983.
- 72.0. FERRIER, B. M. & WOODWARD, C. A.: Career choices of McMaster University medical graduates and contemporary Canadian medical graduates. *Can Med Assoc J* 136:39-44, 1987.
- 73.0. FGV: A previdência social no Brasil e no estrangeiro. Rio. Fundação Getúlio Vargas, 1950.
- 74.0. FIRMINO, H.: Nos porões da loucura - um contundente retrato dos "campos de concentração" da psiquiatria brasileira. Rio. Codecri, 1982.
- 75.0. FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H.: Epidemiologia clínica - bases científicas da conduta médica. Tradução. Porto Alegre. Artes Médicas, 1989.

- 76.0. FLEXNER, A.: Medical education in United States and Canada. New York. The Carnegie Foundation, 1910.
- 77.0. FMEM: Declaração de Edimburgo. Edimburgo. Conferência Mundial sobre Educação Médica da Federação Mundial para Educação Médica, 07-12/08, 1988.
- 78.0. FONSECA, F. P. & ROCHA, P. R. S.: Cirurgia ambulatorial. Rio. Guanabara, 1979.
- 79.0. FONSECA, D., Sr.: Autoritarismo e política social - os programas de "medicina simplificada" no Brasil. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, 1984.
- 80.0. FONSECA, J. O. P.: A prestação de serviços de saúde como espaço do ensino médico na Faculdade de Medicina da UFMG no período de 1980 a 1986. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, 1988.
- 81.0. FONSECA, M. T. L.: A extensão rural no Brasil - um projeto educativo para o capital. São Paulo, Loyola, 1985.
- 82.0. FOUCAULT, M.: A crise atual da medicina. Tradução. Conferência proferida em Belo Horizonte, 1974 (mimeo).
- 83.0. FRENK, J.: La atención médica, la enseñanza de la medicina y el mercado de trabajo para los médicos: el internado en México. Educ Méd Salud 18:329-343, 1984.
- 84.0. FREIRE, P.: O compromisso do profissional com a sociedade in FREIRE, P.: Educação e mudança. 8ª edição. Rio. Paz e Terra, 1983.
- 85.0. FREYRE, G.: Casa-grande & senzala. 11ª edição. Rio. José Olympio, 1964.
- 86.0. FUNRONDON: Extensão universitária - Projeto Rondon. Brasília. Ministério do Interior, SD.
- 87.0. FURTADO, C.: A formação econômica do Brasil. 20ª edição. São Paulo. Nacional, 1985.
- 88.0. FURTADO, T.: Temas do ensino médico. Belo Horizonte. Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1974.
- 89.0. GANDRA, D. S., Jr.: A lepra: uma introdução ao estudo do fenômeno social da estigmatização. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, 1970.

- 90.0. GARCIA, C.; RIBEIRO, C. M. P.; CARVALHO, M. C. S.; SALE, M. R. N. & CAMPOS, M. M. M. M.: Situação do ensino de medicina na Universidade Federal de Minas Gerais - dados obtidos de entrevistas. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 1972.
- 91.0. GARCIA, C. L. L. M.; ALVES, C. M. C. & OLIVEIRA, I. M.: Conceito de comunidade nas definições de currículo. *Cadernos Cedes* 13:73-88, 1986.
- 92.0. GARCIA, J. C.: La decisión de estudiar medicina. *Educ Med Salud* 4:277-294, 1970.
- 93.0. GARCIA, J. C.: La educación médica en la América Latina. Washington. Organización Panamericana de la Salud, 1972.
- 94.0. GERMANO, R. M.: Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 2ª edição. São Paulo. Cortez, 1985.
- 95.0. GIRARDI, S. N.: O perfil do "emprego" em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2:423-439, 1986.
- 96.0. GIRARDI, S. N.: Elementos da dinâmica e da estrutura do emprego de saúde no Brasil dos anos 76-84 - compreender para explicar. Belo Horizonte. Cadernos do Nesccon (UFMG), 1988.
- 97.0. GIRARDI, S. N.; SALTARELLI, E. C. & CAMPOS, F. E.: Recursos humanos em saúde no Brasil, 1985-88 - subsídios para o documento "condiciones de salud en las Américas" da Organização Panamericana da Saúde. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais (Nesccon), 1989.
- 98.0. GIROLETTI, D.: Fábrica, convento, disciplina. Belo Horizonte. Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1991.
- 99.0. GONÇALVES, E. L. (Coordenador): Questionário de pesquisa entre ex-alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Resultados ainda não publicados), 1990.
- 100.0. GONÇALVES, R. B. M.: Medicina e história - raízes sociais do trabalho médico. Tese. São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979.
- 101.0. GONTIJO, G. T.: A dermatologia no ensino ambulatorial da cirurgia. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 1990.

- 102.0. GOROLL, A. H.; MAY, L. A. & MULLEY, A. G.: Primary care medicine - office evaluation and management of the adult patient. Philadelphia. Lippincott, 1981.
- 103.0. GOUGH, H. G.: Some predictive implications of premedical scientific competence and preferences *J. Med Educ* 53:291-300, 1978.
- 104.0. GOULART, F. A.; CAIXETA, C. M. O.; RUOCCO, H. H.; FERNANDES, P. H. S.; OLIVEIRA, R. B.; BATISTA, R. M. & MEENEZES, U. P.: Mercado de trabalho para ex-residente da Universidade Federal de Uberlândia. Florianópolis. XXIV Congresso Brasileiro de Educação Médica, 1986.
- 105.0. GRECO, A. R. S.: Insuficiência renal aguda após acidente ofídico em 23 pacientes tratados no centro de tratamento intensivo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - tratamento, complicações e resultados. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 1976.
- 106.0. GUEVARA, G.: El diseño curricular. Mexico. Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, 1976.
- 107.0. GUIMARÃES, R.: Saúde e medicina no Brasil. 2ª edição. Rio. Graal, 1979.
- 108.0. GUSSO, E. C.: Pastoral universitária - uma proposta concreta. São Paulo. Loyola, 1977.
- 109.0. HECHT, R. C. & FARRELL, J. G.: Graduate follow-up in the University of Wisconsin family practice residency programs. *J. Fam Pract* 14:549-555, 1982.
- 110.0. HOUGH, D. E. & MARDER, W. D.: State retention of medical school graduates *J. Med Educ* 57:505-513, 1982.
- 111.0. IGLESIAS, F.: História e ideologia. São Paulo. Perspectiva, 1971.
- 112.0. ILLICH, I.: A expropriação da saúde - nêmesis da medicina. Tradução. Rio. Nova Fronteira, 1975.
- 113.0. JANEWAY, R.: Medical education and societal expectations - conflicts at the clinical interface. *J Med Educ* 61:104-111, 1986.
- 114.0. JARDIM, M.: A Inconfidência Mineira - uma síntese factual. Rio. Bibliex, 1989.

- 115.0. JURAN, J. M.: Juran planejando para a qualidade. Tradução. São Paulo. Pioneira, 1990.
- 116.0. KERN, R. & BRESCH, J. E.: Systemic healthcare reform: is it time? Six proposals for universal coverage. *Health Progress*. (January-february):32-44, 1990.
- 117.0. KNOWLES, J. H.: The quantity and quality of medical manpower - a review of medicine's current efforts. *J. Med. Educ.* 44:81-118, 1969.
- 118.0. KRIEGER, E. M.: A influência da pós-graduação e da pesquisa no ensino de graduação. Uberlândia, MG. XXII Congresso Brasileiro de Educação Médica, 1985.
- 119.0. LAMBERT, J.: Os dois Brasis. 7ª edição. São Paulo. Nacional, 1970.
- 120.0. LANDMANN, J.: Medicina não é saúde - as verdadeiras causas da doença e da morte. 2ª edição. Rio. Nova Fronteira, 1983.
- 121.0. LANDMANN, J.: A outra face da medicina - um estudo das ideologias médicas. Rio. Salamandra, 1984.
- 122.0. LANDMANN, J.: A ética médica sem máscara. 2ª edição. Rio. Guanabara, 1985.
- 123.0. LANDMANN, J.: Evitando a saúde e promovendo a doença. 4ª edição. Rio. Guanabara, 1986.
- 124.0. LANDMANN, J.: Saúde e medicina - fatos e ficção. Rio. Guanabara, 1986.
- 125.0. LEÃO, E.; CORREA, E. J. & VIANA, M. B.: Pediatria ambulatorial. Belo Horizonte. Imprensa Universitária da Universidade Federal de Minas Gerais, 1983.
- 126.0. LEITE, P. G.: Contestação e revolução na biblioteca de Vieira Couto. *Rev Minas Gerais* 27 (junho): 22-29, 1990.
- 127.0. LEMOS, D. G.; MAGALHÃES, A. L. F.; TARDIN, A. M. E.; FORTE, A. M. M. M.; BRAGANÇA, C. M. S. & FARIA, M. H. S. P.: Mercado de trabalho para os egressos do ensino superior dos cursos de medicina, farmácia, química, educação e administração da Universidade Federal Fluminense. Niterói. Universidade Federal Fluminense, 1985.
- 128.0. LIMA, A. O.; SOARES, J. B.; GRECO, J. B.; GALIZZI, J. & CANÇADO, J. R.: Métodos de laboratório aplicados à clínica. Rio. Guanabara, 1943.

- 129.0. LIMA, D. M.: Os demônios descem do norte. 3ª edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.
- 130.0. LIMA, D. M.: Enquanto o diabo cochila. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.
- 131.0. LISBOA, A. H.: Escândalo no Arraial das Formigas - a história de um golpe, quase de mestre, que abalou o sertão. Belo Horizonte. Coopermédica, 1989.
- 132.0. LOPES, O.: CRUTAC e CINCRUTAC - treinamento rural universitário com prestação de serviço à comunidade. Conferência. Belo Horizonte. Imprensa Universitária da Universidade Federal de Minas Gerais, 1972.
- 133.0. LÓPEZ, M.; DINIZ, F. I.; FOSCARINI, L. G.; ÁLVARES, J. M.; MARRA, U. D.; SILVA, O. A. & RIBEIRO, M. B.: Tratamento intensivo do tétano clínico. Bol. Of. San. Int. Panamá. 48:138-147, 1975.
- 134.0. LORENZ, R. A. & PICHERT, J. W.: Impact of interprofessional training on medical student's willingness to accept clinical responsibility. Medical Education 20:195-200, 1986.
- 135.0. LUZ, M. T.: As instituições médicas no Brasil - instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro, 1979.
- 136.0. LUZ, M. T.: A medicina e a ordem política brasileira - políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro, 1982.
- 137.0. MACEDO, C. G.; SANTOS, I. & VIEIRA, C. A. B.: Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil. Educ. Med. y Salud. 14:62-75, 1980.
- 138.0. MACEDO, D. D. P.; VILELA, W. V. & MAIA, P. F.: Origem social do médico no Rio Grande do Norte - o médico e sua profissão. Florianópolis. XXIV Congresso Brasileiro de Educação Médica, 1986.
- 139.0. MACHADO, A. M. & ROCHA, C. G.: Relatório do internato de medicina da UFMG em Ceres, GO. Período julho a outubro, 1990. (mimeo).
- 140.0. MACHADO, F. A.: Participación del personal en la dirección de un servicio de salud pública. Bol. Of. San. Int. Panamá. 84:471-480, 1978.
- 141.0. MACHADO, F. A.: Saúde e comunidade - a expressão dos conceitos na prática de dois programas de saúde. R. Adm. Publ 13(4):71-78, 1979.

- 142.0. MACHADO, F. A.: Crise ideológica na corporação médica - resistências ao processo de assalariamento no setor saúde. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, 1989.
- 143.0. MACHADO, L. R. S.: Politecnia, escola unitária e trabalho. São Paulo. Cortez/Autores Associados, 1989.
- 144.0. MAGALHÃES, T. R. O. & CONCEIÇÃO, T. L.: Aplicação de princípios de instrução no Laboratório de Simulação da Disciplina de Prática Hospitalar da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Poços de Caldas, MG. XVII Congresso Brasileiro de Educação Médica, 1979.
- 145.0. MARDER, W. D.: Practice patterns of graduates of new community-based medical schools. *J Med Educ* 59:345-347, 1984.
- 146.0. MARRA, U. D.: Medicina ambulatorial. Rio. Guanabara, 1982.
- 147.0. MATA-MACHADO, B.: O poder político em Minas Gerais - estrutura e formação. *Análise & Conjuntura* 2:91-123, 1987.
- 148.0. MATA-MACHADO, E. N.: Formação de sanitaristas e políticas de saúde pública em Minas Gerais, 1947-1955. Tese. Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, 1990.
- 149.0. MATTESON, M. T. & SMITH, S. V.: Selection of medical specialties - preferences versus choices. *J. Med Educ* 52:548-554, 1977.
- 150.0. MCGREEVEY, W. P.; PIOLA, S. & VIANA, S. M.: Saúde e assistência médica no Brasil - a partir dos anos 40 in BACHA, E. & KLEIN, H. S.: A transição incompleta - o Brasil desde 1945. Rio. Paz e Terra, 1986.
- 151.0. MC MASTER UNIVERSITY: M. D. Program general guide, 1984. Hamilton. Faculty of Health Sciences, 1984.
- 152.0. McWHINNEY, I. R.: General practice as an academic discipline. *Lancet* 1:419-423, 1966.
- 153.0. MÉDICI, A. C.: Estrutura e dinâmica da força de trabalho médico no Brasil na década de setenta. Rio. Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz), SD (mimeo).

- 154.0. MÉDICEF, A. C.: A formação do médico e o social no Brasil - questões da pós-modernidade. R. Bras. Educ. Méd. = 11:97-99, 1987.
- 155.0. MELLO = A. S.: Problemas do ensino médico e de educação. Rio. Ariel, 1937.
- 156.0. MELLO = C. G.: O sistema de saúde em crise. São Paulo. Cebes/Hucitec, 1981.
- 157.0. MELLO = C. G.: A medicina e a realidade brasileira. Rio Ach. amé., 1983.
- 158.0. MELO, V. H.: Evolução histórica da obstetrícia - a marginalidade social das parteiras e da mulher. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 1983.
- 159.0. MENDES, E. V.: Educação odontológica na América Latina - reflexões à luz do projeto pedagógico do Departamento de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais. Santo Domingo (República Dominicana). Unión de Universidades de América Latina, 1982.
- 160.0. MENDES, E. V. & MARCOS, B.: Odontologia integral - a experiência do Departamento de Odontologia da PUC/MG. Belo Horizonte. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 1984.
- 161.0. MILLER, G. E.: Ensino e aprendizagem nas escolas médicas. Tradução. São Paulo. Nacional, 1967.
- 162.0. MILLER, H.: Medicine and society. London. Oxford University Press, 1973.
- 163.0. MINAS GERAIS: Sistema regional de saúde do norte de Minas Gerais - desenho do modelo. Nova Orleans (EUA). Seminário sobre Sistemas de Saúde Inovativas na América Latina, 1973.
- 164.0. MINAS GERAIS: Constituição do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. Assembléia Legislativa, 1989.
- 165.0. MÓNICA, M. F.: Escola e classes sociais (antologia anotada de textos traduzidos). Lisboa. Presença, 1981.
- 166.0. MORENO, J. A.; RICAÑO, R. H.; GONZÁLEZ, E. P.; COVARRUBIAS, J. L. O. & SALAZAR, M. L. A.: Mexico - evaluación comparativa de dos planes de estudios de medicina. Seguimiento de egresados. Educ. Med. Salud. 23:363-375, 1989.

- 167.0. NAVA, P.: Baú de ossos - memórias 1. 4^{ta} edição. Rio. José Olympio, 1974.
- 168.0. NAVA, P.: Beira-mar - memórias 4. Rio. José Olympio, 1973.
- 169.0. NEUFELD, V. R. & BARROWS, H. S.: The "McMaster Philosophy" - an approach to medical education. *J. Med. Educ.* 49:1040-1050, 1974.
- 170.0. NEVES, J.: Raiva humana - estudo clínico e atualização da profilaxia. *Rev. Assoc. Méd. Minas Gerais* 21:13-22, 1970.
- 171.0. NOGUEIRA, R. P.: A força de trabalho em saúde. *R. Adm. Púb.* 17:61-70, 1983.
- 172.0. NOGUEIRA, R. P.: Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil 1970-1983. Brasília. Organização Panamericana da Saúde, 1986.
- 173.0. NOGUEIRA, R. P. & BRITO, P.: Recursos humanos en salud de las Américas. *Educ Med. y Salud* 20:295-322, 1986.
- 174.0. NOHMI, N.: Plano de integração médica no Brasil. *Boletim do Hospital Escola São Camilo e São Luis* (Macapá, AP) 4:33-37, 1971.
- 175.0. NOTMAN, M. T. & NADELSON, C. C.: Medicine - a career conflict for women. *Am J Psychiatry* 130:1123-1127, 1973.
- 176.0. NUNES, E. D.: A medicina como profissão - contribuição ao estudo da escolha ocupacional entre estudantes de medicina. Tese. Campinas, SP. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1976.
- 177.0. NUNES, E. D.: Medicina social - aspectos históricos e teóricos (antologia de textos traduzidos). São Paulo. Global, 1983.
- 178.0. NUNES, E. D. (Org.): Juan César García - pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo. Cortez/Abrasco, 1989.
- 179.0. NUNES, E. D.: A medicina social no Brasil - um estudo de sua trajetória in CAMPOS, G. W. S., MERTY, E. E. & NUNES, E. D.: Planejamento sem normas. São Paulo. Hucitec, 1989.
- 180.0. OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F.: (Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis, RJ, Vozes/Abrasco, 1986.

- 181.0. OMS: Atención primaria de salud - la experiencia china. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1984.
- 182.0. OPAS/OMS: Plan decenal de salud para las Americas. Washington. Organización Panamericana de la Salud, 1973.
- 183.0. OPAS/OMS: Estudios medicos independientes - su efecto potencial en el sistema de atención de la salud. Washington. Organización Panamericana de la Salud, 1986.
- 184.0. PAHO: Migration of health personnel, scientists, and engineers from Latin America. Washington. Panamerican Health Organization, 1966.
- 185.0. PAIVA, J. R.; F^o: O ritmo de formação de médicos em Minas Gerais frente à capacidade econômica de absorção do Estado. Rev. Assoc. Med. Minas Gerais 20:175-182, 1969.
- 186.0. PARKER, R. C. Jr. & TUXILL, T. G.: The attitudes of physicians toward small-community practice. J. Med Educ 42:327-344, 1967.
- 187.0. PAUMELLE, P. et DOMENACH, J. M.: Les médecins parlent de la médecine. Esprit (Fevrier): 161-387, 1957.
- 188.0. PEIXOTO, M. C. L.: O giz e o bisturi - limites da formação do médico no Brasil. Tese. Rio. Fundação Getúlio Vargas, 1984.
- 189.0. PEIXOTO, R. M. L. & LOPES, M. G. F.: Avaliação do programa de planificación familiar do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. An. Fac. Med. Univ. Fed. Minas Gerais. 32/33:67-75, 1975/1976.
- 190.0. POSSAS, C. A.: Saúde e trabalho - a crise da previdência social. Rio. Graal, 1981.
- 191.0. POSSAS, C. A.: Epidemiologia e sociedade - heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo. Hucitec, 1989.
- 192.0. PRATES, M. H. O.: A introdução oficial do movimento de Escola Nova no ensino público de Minas Gerais - a Escola de Aperfeiçoamento. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, 1989.

- 93.0. PRYWES, M. & FRIEDMAN, M.: The Ben-Gurion University graduate profile - an evaluation study. *Isr. J Med Sci* 23:1093-1101, 1987.
- 94.0. QUEIROZ, M. T. P.: Relatos orais - do "indizível" ao "dizível". *Ciência e Cultura* 39:272-286, 1987.
- 95.0. QUINTANA, J. M.; MANILLA, J. M. A.; GONZALEZ, L. I. D. & APONTE, J. A. B.: Mexico - evaluación de la formación de médicos con base en los resultados de un examen nacional de aspirantes a residencias médicas. *Educ Med Salud* 22:128-140, 1988.
- 96.0. QUINTANA, M.: Da preguiça como método de trabalho. *Porto Alegre. Globo*, 1987.
- 97.0. RAGO, L. M.: Do cabaré ao lar - a utopia da cidade disciplinar, 1890-1930. *Rio. Paz e Terra*, 1985.
- 98.0. RIBEIRO, C. M. P.: Estudo da mudança curricular no ensino médico da Universidade Federal de Minas Gerais. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, 1983.
- 99.0. RIBEIRO, C. M. P. & TEIXEIRA, M. T.: Os estudantes como sobrecarga de serviço e como mão-de-obra no processo de desenvolvimento curricular em educação médica. Poços de Caldas, MG. XVII Congresso Brasileiro de Educação Médica, 1979.
- 00.0. RIBEIRO, E. V.: Metodologia de seminário e participação estudantil no processo de desenvolvimento curricular. Poços de Caldas, MG. XVII Congresso Brasileiro de Educação Médica, 1979.
- 01.0. RICHARDS, R. & FÜLÖP, T.: Innovative schools for health personnel. Geneve. World Health Organization, 1987.
- 02.0. RICHARDSON, I. M.: Consumer views on the medical curriculum - a retrospective study of Aberdeen graduates. *Medical Education* 17:8-10, 1983.
- 03.0. ROCHA, A. H.; LAMEGO, A. C. & PEIXOTO, R. M. L.: O ensino de planejamento de família na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. *Rev. Ass. Méd. Minas Gerais* 31:36-38, 1979.
- 04.0. ROCHA, J. S. Y.: A crise da terminalidade da educação médica no Brasil. *R. Medicina (Ribeirão Preto, SP)* 16(1, 2) 35-42, 1983.

- 205.0. ROCHA, L. O. S.: João Guimarães Rosa. Belo Horizonte. Imprensa Universitária da Universidade Federal de Minas Gerais, 1981.
- 206.0. RODRIGUES, A. J., Jr.; YAMAMURO, E.; SPERANZINI, M. M.; SPERANZINI, M. B. & OLIVEIRA, M. R.: Cirurgia ambulatorial - experiência da liga de cirurgia ambulatorial do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *R. Bras. Educ Méd* 12:27-31, 1988.
- 207.0. RODRIGUES, E., NETO: Integração docente-assistencial em saúde - origens, implicações e perspectivas. Tese. São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979.
- 208.0. ROOS, N. P. & FISH, D. G.: Career and training patterns of students entering Canadian medical schools in 1965. *Can Med Assoc J.* 112:65-71, 1975.
- 209.0. ROSAS, E. J.: A extensão da cobertura dos serviços de saúde no Brasil - PIASS, análise de uma experiência. Tese. Rio. Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz), 1981.
- 210.0. ROSEN, G.: Da polícia médica à medicina social - ensaios sobre a história da assistência médica. Tradução. Rio. Graal, 1980.
- 211.0. ROSSI, S. S.: A constituição do sistema de saúde no Brasil. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1980 (mimeo).
- 212.0. ROSSIER, W. W. & BEAULIEU, M.: Institutional objectives for medical education that relates to the community. *Can Med Assoc J* 130:683-689, 1984.
- 213.0. SACRAMENTO, E.: O médico brasileiro, esse desconhecido. *R. Médica* 7 (julho):21-36, 1978.
- 214.0. SAINT-HILAIRE, A.: Viagem pelas províncias do Rio de Janeiro e Minas Gerais. Tradução. Belo Horizonte. Itatiaia/Edusp, 1975.
- 215.0. SALGADO, C. A. & SALGADO, J. V.: Por um conceito mais preciso de resolubilidade. Cuiabá. XXVIII Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica, 1990 (mimeo).
- 216.0. SALGADO, J. A.: Mini-equipes como base para uma sistemática de graduação/pós-graduação em nossas escolas médicas. *Rev. Assoc Med Brasil* 17:215-218, 1971.

- 217.0. SALGADO, J.A.: Contribuição ao estudo da relação entre realidade de saúde e ensino médico. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 1981.
- 218.0. SALGADO, J. A.: O desafio de um novo sistema de saúde, o complexo industrial-universitário e a proposta da escola médica. Uberlândia, MG. XXIII Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica, 1985.
- 219.0. SALGADO, J. A.: Os meios de vida, as infecções e o destino do homem in TONELLI, E.: Doenças infecciosas na infância. Rio. Medsi, 1987.
- 220.0. SALGADO, J. A.: Relação entre graduação e pós-graduação. R. Bras. Educ. Méd 11:112-113, 1987.
- 221.0. SALGADO, J. A.: O exame pós-formatura do ponto de vista da pedagogia médica. Itajubá, MG. XX Semana Médica da Faculdade de Medicina de Itajubá, 1990 (mimeo).
- 222.0. SALGADO, M. U. C.: As funções das unidades de treinamento na siderurgia. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, 1984.
- 223.0. SALLES, P.: História da medicina no Brasil. Belo Horizonte. Holman, 1971.
- 224.0. SAMPAIO, S.; CALIL, T.; EID, F.; JEGER, E.; SHIRABAYASHI, M.; SILVA, I. A. P. & SPINK, M. J.: Situação de trabalho de ex-residentes no Estado de São Paulo. Florianópolis. XXIV Congresso Brasileiro de Educação Médica, 1986.
- 225.0. SANDRI, S.: Miséria e saúde - relato de experiências em medicina comunitária na zona norte de Cruz Alta, RS. Passo Fundo, RS. Berthier, 1988.
- 226.0. SANTANA, J. P.: Programa de investigação sobre educação médica. Brasília. Ministério da Educação e Cultura, 1982.
- 227.0. SANTANA, J. P.: Os cursos de medicina no Brasil - análise preliminar dos dados do sistema de informações sobre escolas médicas. Brasília. Organização Panamericana da Saúde, 1986.
- 228.0. SANTOS, I. & SOUZA, A. A.: Formação de pessoal de nível médio pelas instituições de saúde - Projeto Larga Escala, uma experiência em construção. Saúde em Debate (março): 61-64, 1989.

- 229.0. SANTOS, L. A. C.: Estado e saúde pública no Brasil (1839-1930). DADOS Revista de Ciências Sociais 23:237-250, 1980.
- 230.0. SANTOS, L. A. C.: O pensamento sanitariano na Primeira República - uma ideologia de construção da nacionalidade. DADOS Revista de Ciências Sociais. 28:193-210, 1985.
- 231.0. SANTOS, O. J.: O candidato e o vestibular unificado da Universidade Federal de Minas Gerais - 1970 (uma interpretação sociológica). Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, 1973.
- 232.0. SANTOS, N. R.: O poder municipal no rumo do sistema unificado de saúde. Brasília. VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986 (mimeo).
- 233.0. SARMENTO, D. C.: Cursos de pós-graduação em educação - influências sobre a percepção de seus egressos quanto a problemas educacionais brasileiros. Tese. Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1986.
- 234.0. SAVIANI, D.: Extensão universitária - uma abordagem não-extensionista in SAVIANI, D.: Ensino público e algumas falas sobre universidade. São Paulo. Cortez/Autores Associados, 1984.
- 235.0. SAYEG, M. A.: Panorama de saúde - subsídio ao Projeto Educação Médica nas Américas. Rio. Associação Brasileira de Educação Médica, 1988 (mimeo).
- 236.0. SCHMIDT, H. G.; DAUPHINEE, W. D. & PATEL, V. L. Comparing the effects of problem-based and conventional curricula in an international sample. J. Med Educ 62:305-315, 1987.
- 237.0. SCHRAIBER, L. B.: Educação médica e capitalismo. São Paulo. Hucitec/Abrasco, 1989.
- 238.0. SCHRAIBER, L. B.: Medicina liberal - incorporação de tecnologia. Tese. São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1989.
- 239.0. SCHROEDER, S. A.; WERNER, S. M. & PIEMME, T. E.: Primary care in the academic medical centers - a report of a survey by the AAMC J. Med Educ 49:823-833, 1974.
- 240.0. SCHWARTZ, W. B.; NEWHOUSE, J. P.; BENNET, B. W. & WILLIAMS, A. P.: The changing geographic

distribution of board-certified physicians. *N. Engl. J. Med* 303:1032-1038, 1980.

- 241.0. SCHWARTZMAN, S. (Relator): Uma nova política para a educação superior brasileira - relatório final da comissão nacional para reformulação da educação superior. Brasília. Ministério da Educação, 1985.
- 242.0. SILVA, J. A.: Resumo de medicina homeopática - extrahido assim de Hahnemann seu inventor como de outros auctores e apropriado às pessoas que habitão longe-dos-recursos medicos. Dois tomos. Ouro Preto, MG. Typographia Xavier, 1848.
- 243.0. SILVA, L. J. & SOARES, E. C.: Integração docente-assistencial, ações integradas de saúde e internato - a experiência da UNICAMP no município de Paulínea. Florianópolis. XXIV Congresso Brasileiro de Educação Médica, 1986.
- 244.0. SILVA, M. G. R.: Prática médica - dominação e submissão, uma análise institucional. Rio. Zahar, 1976.
- 245.0. SILVA, P. L. B.: O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições - a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil na década dos 70. *Cadernos Fundap* 3(6):27-50, 1983.
- 246.0. SIMÕES, B. J. G.: Estudo de distribuição e condição de atuação de médicos na 6ª Região Administrativa do Estado de São Paulo. Tese. São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1977.
- 247.0. SINGER, P.; CAMPOS, O. & OLIVEIRA, E. M.: Prevenir e curar - o controle social através dos serviços de saúde. 3ª edição. Rio, Forense, 1988.
- 248.0. SIQUEIRA, B. P. & SALGADO, J. A.: Estratégias educacionais para as escolas médicas. Florianópolis. XXIV Congresso Brasileiro de Educação Médica, 1986.
- 249.0. SIQUEIRA, M. M.: Estado e burocratização na medicina. Belo Horizonte. Editora da Universidade Federal de Minas Gerais, 1987.
- 250.0. SKIPPER, J. K. Jr. & GLIEBE, W. A.: Forgotten persons - physician wives and their influence on medical career decisions. *J. Med Educ* 52:764-766, 1977.
- 251.0. SOBRAL, D. T.: Três casos de inovação curricular no panorama recente (1964-1988) da educação médica brasileira - subsídios de um retrospecto baseado na revisão de documentos, para o Projeto Educação

Médica nas Américas. Rio. Associação Brasileira de Educação Médica, 1988 (mimeo).

- 252.0. SOMARRIBA, M. M. G.: Community health and class society - the health program of Norte de Minas, Brazil. Thesis. Sussex (England). University of Sussex, 1978.
- 253.0. SOUZA, L. A. G.: A JUC - os estudantes católicos e a política. Petrópolis, RJ. Vozes, 1984.
- 254.0. SPENCER, D. L. & D'ELIA, G.: The effect of regional medical education on physician distribution in Illinois. *J. Med. Educ* 58:309-315, 1983.
- 255.0. SPITZER, W. O.; HACKETT, B. C. & GOLDSMITH, C. H.: Career choices of physicians 15 years after entering medical school. *Can Med Assoc J* 112:468-474, 1975.
- 256.0. STEIBER, S. R.: Physicians who move and why they move. *JAMA* 248:1490-1492, 1982.
- 257.0. STEWART, T. J.; MILLER, M. C. & SPIVEY, L.: Community of origin of spouse and physician location in two southwestern states. *J. Med Educ* 55:53-54, 1980.
- 258.0. STRALEN, C. J.: O sistema regional de saúde do norte de Minas - um programa social como processo político. Tese. Belo Horizonte. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, 1985.
- 259.0. STRALEN, T. B. S.; ALVES, A. L. & ARAUJO, T. M.: Equiparação e equalização da assistência médica rural-urbana no Brasil - as tomadas de posição do estado. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon), 1987.
- 260.0. TAYLOR, M.; DICKMAN, W. & KANE, R.: Medical students' attitudes toward rural practice. *J. Med. Educ* 48:885-895, 1973.
- 261.0. TEIXEIRA, S. M. F.: Cidadania, direitos sociais e estado. Brasília. VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986 (mimeo).
- 262.0. TOSI, L.: Caça às bruxas - o saber das mulheres como obra do diabo. *Ciência Hoje*. 4(20):35-42, 1985.
- 263.0. TRONCOSO, M. C.; BELMARTINO, S.; BLOCH, C. & LUPPI, I.: El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en la Argentina. *Educ Med Salud* 20:535-558, 1986.

- 264.0. UFMG: O processo de desenvolvimento curricular em educação médica da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Imprensa Universitária da Universidade Federal de Minas Gerais, 1976.
- 265.0. UFMG: Projetos integrados de implementação do desenvolvimento curricular em educação médica da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina da UFMG, 1978.
- 266.0. USA: Brazil integrated health delivery systems - proposals and recommendations for the review of the Development Loan Committee - Washington. United States Agency for International Development, 1973.
- 267.0. USA: Brazil feasibility study - development of a health/family planning delivery system in Northern Minas Gerais, Brazil, as a prototype for national replication. New Orleans. The Family Health Foundation, 1973.
- 268.0. VENTURA, Z.: 1968 - o ano que não terminou. Rio. Nova Fronteira, 1988.
- 269.0. VERSIANI, E.: Sobrevivi. 2ª edição. Belo Horizonte. Imprensa Universitária da Universidade Federal de Minas Gerais, 1988.
- 270.0. VIEIRA, C. A. B.: Pós-graduação, migração e prática médica - o caso da turma de 1968 da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília, 1979 (mimeo).
- 271.0. WANNMACHER, C. M. D.: O ciclo básico e suas relações com os programas de integração docente-assistencial. Uberlândia, MG. XXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, 1985.
- 272.0. WEISSMANN, H.: Medicina e matemática - uma análise da resistência do médico à aprendizagem da matemática. *Folha Méd.* 69:375-377, 1974.
- 273.0. WERNER, D.: Onde não há médico. Tradução. 6ª edição. São Paulo. Paulinas, 1984.
- 274.0. WERNER, D. & BOWER, B.: Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde - manual de métodos, ferramentas e idéias para um trabalho comunitário. Tradução 2ª edição. São Paulo. Paulinas, 1984.
- 275.0. WHO: Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata (USSR). Geneva. World Health Organization, 1978.

- 276.0. WHO: Innovative tracks at established institutions for the education of health personnel - an experimental approach to change relevant to health needs. Geneva. World Health Organization, 1987.
- 277.0. WHO: From Alma-Ata to the year 2000 - reflections at the midpoint. Geneva. World Health Organization, 1988.
- 278.0. WILSON, R. G.; OFOSU-AMAAH, S. & BELSEY, M. A.: Primary health care technologies at the family and community levels. New York. Unicef, 1986.
- 279.0. WOODWARD, C. A. & FERRIER, B. M.: Career development of McMaster University medical graduates and its implications for Canadian medical manpower. *Can Med Assoc J* 127:477-480, 1982.
- 280.0. WOODWARD, C. A. & FERRIER, B. M.: Perspectives of graduates two or five years after graduation from three year medical school. *J. Med Educ* 57:294-302, 1982.
- 281.0. WORLD BANK: World Bank Atlas. Washington. International Bank for Reconstruction and Development, 1989.
- 282.0. YUNES, J.: O ensino do controle da fertilidade e de problemas populacionais em escolas médicas brasileiras. *Rev. Saúde Públ.* 4:79-84, 1970.