

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

CONTRIBUIÇÕES PRAGMÁTICAS PARA A  
ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM  
SAÚDE E PARA A HISTÓRIA DA PROFISSÃO  
MÉDICA NO BRASIL

À OBRA DE

MARIA CECÍLIA DONNANGELO

BRASÍLIA/DF  
2004

CONTRIBUIÇÕES PRAGMÁTICAS PARA A  
ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM  
SAÚDE E PARA A HISTÓRIA DA PROFISSÃO  
MÉDICA NO BRASIL

À OBRA DE  
MARIA CECÍLIA DONNANGELO



*Texto comemorativo ao lançamento do Prêmio Nacional de Pesquisa  
e Gestão de Recursos Humanos em Saúde - Cecília Donnangelo*

© 2004 Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde.  
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.  
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2004 – 5.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 7.º andar, salas 714 / 739  
CEP: 70058-900, Brasília – DF  
Tels: (61) 315 2224  
E-mail: [sgtes@saude.gov.br](mailto:sgtes@saude.gov.br)  
Home page: [www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
Setor de Embaixadas Norte, lote 19  
CEP: 70800-400, Brasília – DF, Brasil  
Tel.: 55 (61) 426 9595  
Fax: 55 (61) 426 9591  
Home page: [www.opas.org.br](http://www.opas.org.br)

*Redação:*  
André Mota  
Joana Azevedo da Silva  
Líliã Blima Schraiber

*Programação visual e editoração eletrônica:*  
Dino Vinícius Ferreira de Araújo

**Impresso no Brasil / Printed in Brazil**

#### Ficha Catalográfica

---

Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à de obra Maria Cecília Donnangelo / [André Mota et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Texto comemorativo ao lançamento do Prêmio Nacional de Pesquisa e Gestão de Recursos Humanos em Saúde – Maria Cecília Ferro Donnangelo.

ISBN 85-334-0838-2

1. Recursos humanos em saúde. 2. Profissão médica. 3. Saúde coletiva. 4. Medicina preventiva. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Organização Pan-Americana da Saúde. III. [Mota, André. et al.]. IV. Título. V. Série.

**NLM W 76**

---

**Catálogo na fonte – Editora MS – 2004/1056**

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Pragmatic Contributions for the Organization of the Human Resources in Health and for the History of the Medical Profession in Brazil. In homage to Maria Cecília Donnangelo's work.

Em espanhol: Contribuciones Pragmáticas para la Organización de los Recursos Humanos en Salud y para la Historia de la Profesión Médica en Brasil. En homenaje a la obra de Maria Cecilia Donnangelo.

*L*e slogan 'la santé pour tous en l'an 2000' était à peine lancé que les meilleurs experts proposaient une stratégie dite 'des soins de santé primaires sélectifs'. En effet, sur le terrain, les ressources sont limitées, alors que les besoins sont immenses: au lieu de prétendre ou de laisser croire que l'on fera tout, il est donc inéluctable de choisir ce que l'on fera avec les moyens disponibles.

Joseph Brunet-Jailly



## SUMÁRIO

Introdução .....	7
Biografia e Memória: lumes de um contexto .....	9
Raízes Históricas do Preventivismo e da Saúde Comunitária ....	13
Saúde Coletiva, um campo em construção: profissão médica, mercado de trabalho em RHS e ideologia ocupacional .....	20
Produção Preliminar de novas perspectivas da medicina coletiva no Brasil em 1983 .....	38
Recursos humanos em saúde no Brasil: alguns desdobramentos .....	42
Trabalhos citados .....	53
Referências bibliográficas .....	55
Equipe de elaboração .....	59

## INTRODUÇÃO



A chamada *crise da saúde* a que se assiste hoje aponta para um certo desgaste de seus modelos anteriores. Concepções que supõem a ciência e a técnica como arcabouços inesgotáveis de repostas para o desenvolvimento da saúde e a incapacidade do Estado em suportar a crescente necessidade de atenção à saúde são alguns dos tópicos apontados, pelo menos nas duas últimas décadas, como questões fundamentais a serem pensadas e articuladas. É sentida, do mesmo modo, a ausência de uma renovação da área de atuação dos profissionais da saúde, bem como a formulação de novos pressupostos que redirecionem as pesquisas e as práticas<sup>1</sup>.

E será a saúde coletiva um campo de saber capaz de estabelecer um novo diálogo entre as práticas médicas e a produção do conhecimento, superando o biologismo dominante e sua dependência do modelo médico hegemônico<sup>2</sup>? Nesse sentido, tornou-se imperativo identificar uma “nova positividade” na articulação entre as dimensões objetivas e subjetivas do campo social da saúde - relacionando, em novos moldes e perspectivas, as ciências sociais, a vida cotidiana e as ciências atuariais, ao mesmo tempo em que se considera a constituição dos sujeitos sociais<sup>3</sup>. Aqui pretendemos contribuir para esse debate, resgatando algumas reflexões que nortearam a saúde coletiva brasileira nas três últimas décadas e a dimensão que foram ganhando com o passar dos anos na voz de alguns de seus principais interlocutores.

É por esse viés que nos aproximamos de Maria Cecília Ferro Donnangelo e de seu tempo, pois seus estudos e suas formulações,

<sup>1</sup> PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *A crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

<sup>2</sup> Idem, p. 65-66.

<sup>3</sup> Idem.

somados a toda uma produção realizada por seus pares e alunos a partir dos anos 1970, geraram profundas modificações na organização do pensamento médico, incorporando as demandas sociais à saúde na chamada educação médica (prática e teórica) e viabilizando discussões, a partir da saúde coletiva, no âmbito das políticas públicas a serem implementadas.

Considerada paradigmática na área, sua obra é hoje reconhecida como fundamental exatamente por trazer, de maneira profunda e decisiva, pólos de reflexão sobre a profissão médica, sua inserção no mercado e seus dilemas frente às políticas públicas. No plano das ideologias, eixo central de suas pesquisas, visou centralmente os médicos, mas nunca perdeu de vista como se dariam, a partir dessas concepções, as relações travadas com outros profissionais da área - as feições ideológicas que apresentam os subgrupos profissionais no mercado de trabalho e mesmo seus órgãos formadores.

Segundo Roberto Passos Nogueira, uma aproximação de seu pensamento permite acompanhá-la desenvolvendo com “muita argúcia e profundidade analítica, as determinações políticas e econômicas que vêm moldando e conformando o processo de trabalho médico e as oportunidades de inserção do profissional de medicina na estrutura dos serviços e saúde, sejam públicos ou privados”.<sup>4</sup>

Nesse percurso, no entanto, devemos nos precaver contra a busca dos “ídolos de origem”, que é sempre terreno escorregadio para todo aquele que procura na historicidade do sujeito social as possibilidades interpretativas para sua realidade. Como capturar o passado sem perder o ponto minúsculo que, perdendo sua historicidade, foge para o reino da memória? Se o verdadeiro tempo presente é uma perpétua mudança, o passado também está em movimento e transformação; afinal, ele é construído pela atualidade. Não há como fixá-lo numa linearidade ou totalidade, como já se quis anteriormente.

---

<sup>4</sup> NOGUEIRA, Roberto P. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. In: NUNES, Everardo D.; GARCÍA, Juan César. *As Ciências Sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985, p. 407.

## BIOGRAFIA E MEMÓRIA: LUMES DE UM CONTEXTO

Adentramos esse outro mundo, sempre fugidio, como viajantes - que são, por definição, os que se afastam de sua comunidade, restando o presente como única temporalidade capaz de elaborar-lhes as significações. “Nunca se explica plenamente um fenômeno histórico fora do estudo de seu momento. Isso é verdadeiro para todas as etapas da evolução. Tanto aquela em que vivemos como as outras.” O provérbio árabe disse antes de nós: “*Os homens se parecem mais com sua época do que com seus pais.*”<sup>5</sup> Por isso, a opção de começar por uma biografia - entendida não como um sinal de originalidade, mas como lumes que acompanham um percurso individual, construído a partir da práxis e das possibilidades históricas de um tempo que já passou - é instrumento para se apreender melhor a narrativa a ser elaborada.

Nascida a 19 de agosto de 1940, em Araraquara, no Estado de São Paulo, Cecília Ferro Donnangelo cursou as escolas primária, secundária e normal no Colégio Progresso de Araraquara, entre os anos de 1948 e 1958. Fez o curso científico no Colégio Duque de Caxias, de Araraquara, de 1956 a 1958, prestando exame vestibular na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Araraquara em 1959, tendo sido classificada em primeiro lugar entre os candidatos ao curso de Pedagogia<sup>6</sup>.

Mesmo tendo obtido o diploma de Licenciatura em Educação em 1962, desenvolveu, desde o início de sua formação universitária, interesse pela área de Ciências Sociais, procurando se aproximar desse campo por meio de cursos opcionais de Filosofia e Sociologia e particularmente através de um contato contínuo com as atividades da

<sup>5</sup> BLOCH, Marc. *Apologia da história ou o ofício do historiador*. Rio de Janeiro; Jorge Zahar Editor, 2001, p. 60.

<sup>6</sup> DONNANGELO, Maria Cecília. *Curriculum Vitae*, 1982. Mimeografado.





cadeira de Sociologia, então regida pelo professor Luiz Pereira. Essa aproximação foi lembrada em entrevista realizada em 1983: “Conheci Cecília em 1959, quando fui reger a disciplina de Sociologia na recém-criada Faculdade de Filosofia de Araraquara. Ela fez parte da primeira turma e, no segundo ano, era quase minha auxiliar, tendo ajudado na tabulação dos dados de minha tese de doutorado.”<sup>7</sup>

A relação com a Medicina como objeto de estudo e, posteriormente, com a Faculdade de Medicina, onde desenvolveu seus trabalhos durante dezesseis anos, resultou de uma experiência ligada às suas atividades de magistério secundário. Como professora de Sociologia e Psicologia de uma Escola Normal Estadual e coordenadora dos programas do curso, projetou e supervisionou uma pesquisa integrada por várias áreas da Escola, realizada por estudantes junto a alunos de escolas primárias e referentes a problemas de nutrição e rendimento escolar.

Desse trabalho decorreram contatos com profissionais da área médica e um convite para proferir palestras na cadeira de Medicina Legal e Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que então manifestava interesse pela implantação de um programa de Ciências Sociais para o curso de graduação em Medicina. Seu ingresso como professora da Faculdade, em 1964, se deu através da referida cadeira, com apenas uma interrupção, em 1965, quando colaborou na elaboração e implantação do primeiro programa de curso e pesquisas em Sociologia Rural da cadeira de Economia da Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz da Universidade de São Paulo.

Em 1969, foi convidada para trabalhar no Departamento de Medicina Preventiva, convite feito pelo então chefe do Departamento, o professor catedrático Guilherme Rodrigues da Silva. Segundo seu relato: “Cecília veio para a Preventiva logo após a reativação do Departamento, que esteve parado desde 1945. Quando a conheci, ela manifestara seu descontentamento por não poder desenvolver seus

---

<sup>7</sup> PEREIRA, Luiz. *Maria Cecília Donnangelo: seis lembranças e um depoimento*. 1983, p. 22.

projetos na Medicina Legal; com a oportunidade de trabalhar na Preventiva, ela pôde se especializar a fundo em sua área.”<sup>8</sup>

Nessa direção, obteve pelo Departamento de Medicina Preventiva os títulos de doutora em Ciências (1973) e professora livre-docente em Medicina Preventiva (1976). Em seu doutorado, conseguiu detectar, rompendo com a ideologia liberalizante do médico, uma tendência de crescente assalariamento da categoria. Sua análise tem como ponto de partida a atuação do Estado e do avanço do capitalismo no Brasil, quando se constituíram as empresas médicas e o Estado passou a assegurar-lhes mercado. Na livre-docência, realizou um trabalho essencialmente teórico, cuja preocupação maior era a delimitação do objeto de estudo e de análise do que se poderia chamar de Sociologia da Saúde<sup>9</sup>.

Em suas atividades docentes e de pesquisa no Departamento de Medicina Preventiva, sua presença e atuação foram logo sentidas, pois Donnangelo priorizou a formação de pessoal, e não o academicismo, e essa foi uma opção feita de forma absolutamente consciente, apesar das críticas sofridas<sup>10</sup>. Tais críticas podem ser creditadas à sua intensa luta pela reforma do ensino médico que se ministrava no período e pela presença da Preventiva, de que ela era uma das representantes, ao participar da criação do então Curso Experimental de Medicina, integrando matérias a uma metodologia inovadora, com a preocupação de implementar um curso médico que formasse profissionais mais capacitados para atuar levando em conta os aspectos sociais relativos à medicina e à saúde. Embora esse curso tenha sido extinto em 1976, as questões ali suscitadas já haviam sido incorporadas pelo pensamento médico, pelo movimento de renovação curricular do período e pelas autoridades da área.

A partir da livre-docência e dada a extinção do curso Experimental de Medicina da Faculdade de Medicina da USP, em que

---

<sup>8</sup> SILVA, Guilherme Rodrigues da. 1983, p. 23.

<sup>9</sup> Essa designação usada por Luiz Pereira corresponde a uma vertente crítica em voga naquele momento e indica a contribuição das Ciências Sociais para o estudo da saúde e da medicina. PEREIRA, Luiz. 1983, p. 23.

<sup>10</sup> SILVA, Guilherme Rodrigues da. 1983, p. 23

concentrava suas atividades e do qual constava a disciplina de Ciências Sociais Aplicadas, passou a se dedicar sobretudo ao exercício didático em nível de pós-graduação<sup>11</sup>. Ampliou sua participação em atividades administrativas, tendo assumido a Coordenação do Curso de Pós-graduação em Medicina Preventiva, e continuou a desenvolver investigações e debates com outros pesquisadores ligados à saúde e à organização social da profissão médica.

Entretanto, em 1983, interrompeu-se tragicamente essa trajetória, em consequência de um acidente automobilístico, assim registrado pelo Boletim da Abrasco:

(...) Cecília Donnangelo contribuiu decisivamente para a construção das ferramentas que permitiram a estruturação da Saúde Coletiva como campo de saber e de práticas apontando definitivamente para o futuro. Cabe-nos, portanto, a todos os que militamos de uma forma ou de outra nesse campo, como única forma de homenagem digna de seu exemplo, tornar permanente seu esforço e o seu impulso, fazer frutificar sua generosa semente, arrancá-la ao passado e fazê-la permanecer sempre.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Entre os anos 1970 e o início dos 1980, Cecília Donnangelo prestou *assessoria e/ou co-orientação* a Chester Luiz Galvão César (mestrado), Moisés Goldbaum (mestrado e doutorado), Joaquim Alberto Cardoso de Mello (Doutorado), Julio Litvoc (mestrado), Eleutério Rodrigues Neto (mestrado), Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (mestrado), Luci Moreira da Silva (doutorado), Solange L'Abate (mestrado), Maria Mercês Santos (mestrado) e Maria Bernadete de Paula Eduardo (mestrado); e *orientação* a Regina Maria Ferreira de Almeida (mestrado), Luiza Sterman Heimann (mestrado), Emerson Elias Merhy (mestrado), Ana Cecília Lins Silveira Sucupira (mestrado), Lilia Blima Schraiber (mestrado), Luiz Cordoni (mestrado), Hesio de Albuquerque Cordeiro (doutorado) e Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (doutorado).

<sup>12</sup> *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, ano 2, nº 5, 1983, p. 2.

RAÍZES HISTÓRICAS DO PREVENTIVISMO  
E DA SAÚDE COMUNITÁRIA

Com o fim da II Guerra Mundial e com a bipolaridade entre os Estados Unidos e a hoje extinta União Soviética, o mundo passou a conviver com uma dupla representação da realidade. Num primeiro momento, com a possibilidade iminente de uma terceira guerra, capaz de destruir praticamente toda a humanidade (o que evidentemente acabou não se concretizando) e depois, com uma outra idealização, batizada pelo historiador inglês Eric Hobsbawm de *era do ouro* - quando, especialmente entre as décadas de 1950 e 1970 e a partir das novas relações internacionais e da força tecnológica desenvolvida durante o conflito mundial, se produziu uma riqueza jamais vista e distribuída mundialmente, mesmo que de forma desigual e desequilibrada. Para Hobsbawm,

durante as décadas douradas, não houve fome endêmica, a não ser como produto de guerras e loucura política. Na verdade, à medida que a população se multiplicava, a expectativa de vida aumentava em média sete anos. Isso significa que a produção em massa de alimentos cresceu mais depressa que a população tanto nas áreas desenvolvidas quanto em toda a grande área do mundo não industrial.<sup>13</sup>

No entanto, essa explosão econômica - que redundou num certo avanço social do mundo - teve seus dias contados. Já na segunda metade da década de 1970, com a crise do petróleo e as novas políticas econômicas praticadas, o mundo encetou um novo processo, em que as políticas sociais desenvolvidas e as manifestações organizadas nas décadas anteriores iam perdendo força e desembocavam num capitalismo mais predatório e asfixiante. Desmoronava igualmente o

<sup>13</sup> HOBBSAWM, Eric. *Era dos extremos: o breve século XX 1914-1991*. São Paulo: Cia. das Letras, 1995, p. 258.



sonho de uma época e de uma geração. A partir de então, o mundo passou a ser outro.

O que importa frisar aqui é que a chamada *era do ouro* abriu possibilidades para que diversas áreas da organização social colocassem em ação idéias e concepções elaboradas em períodos anteriores, ao mesmo tempo em que os laboratórios e as salas de conferências consolidavam seu poder, inaugurando o que parecia ser a iminência de alterações fundamentais e talvez irreversíveis para todo o planeta. A medicina e seu aparato tecnológico - educacional e prático - foram ampliando seu espaço de atuação, os hospitais se expandiam e a saúde foi integrando cada vez mais a pauta de novas políticas a serem testadas e desenvolvidas.

Localizando melhor as observações aludidas, na segunda metade da década de 1940 - a partir de um novo contexto histórico, nascido com o final da II Guerra Mundial e com as novas demandas sociais -, implantou-se nos Estados Unidos um sistema nacional de saúde:

Pela ação direta do poderoso *lobby* das corporações médicas daquele país, no lugar de uma reforma setorial da saúde nos moldes da maioria dos países europeus, propõe-se a mudança no ensino médico, incorporando uma vaga ênfase na prevenção. Em 1952, realiza-se em Colorado Springs uma reunião de representantes das principais escolas de medicina norte-americanas, ponto de partida para uma ampla reforma dos currículos de cursos médicos, no sentido de inculcar uma atitude preventiva nos futuros praticantes.<sup>14</sup>

Em 1954, Sigerist observou o quanto a aproximação cada vez mais extensa entre a medicina e as ciências sociais eram prementes. Segundo ele,

olhando o futuro, devemos admitir que a cura deixará de ser a principal tarefa do médico, mesmo que muito importante. A medicina por necessidade deve se transformar em medicina preventiva. Não tem sentido permitir que a gente perca a saúde e sofra por enfermidades que são evitáveis. As tarefas mais importantes da medicina serão a manutenção e promoção da saúde, a prevenção das enfermidades, o tratamento ou a cura, quando a prevenção falhar, e finalmente a reabilitação social ou integração do ex-enfermo à sociedade<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> PAIM, Jairnilson S; ALMEIDA FILHO, Naomar, *op. cit.*, p. 39.

<sup>15</sup> SIGERIST, Henry E. Aporte de la medicina al progreso de la civilización (presentada en el XIV Congreso Internacional de Historia de la Medicina en Roma, el 17-09-1954). In: SIGERIST, Henry E. *Historia y Sociología de la Medicina (selecciones)*. Trad. Gustavo Molina, Bogotá: Ed. Guadalupe Ltda., 1974, p. 174.

Para o autor, as ciências sociais e a medicina são campos de estudo íntimos, devendo-se reverter a noção de um médico à espera de seu paciente para a de um profissional cuja base será o centro da saúde encontrada no dia-a-dia do mundo do trabalho e de suas contradições inerentes.

Segundo Paim e Almeida Filho, diversos organismos internacionais do campo da saúde aderiram a essa nova doutrina,

orquestrando uma internacionalização da medicina preventiva já francamente como movimento ideológico. Na Europa, realizam-se congressos no modelo Colorado Springs em Nancy (França), no mesmo ano de 1952, e em Gotemburgo (Suécia) no ano seguinte, patrocinados pela OMS; na América Latina, sob o patrocínio da OPS, são organizados os seminários de Viña Del Mar (Chile) em 1955 e de Tehuacán (México) em 1956.<sup>16</sup>

Já nos anos 1960, os EUA foram marcados por uma conjuntura pontuada por diversos movimentos sociais e intelectuais voltados para a discussão de temas como o racismo, a Guerra do Vietnã e a reforma universitária. No campo da saúde, desenvolvia-se a chamada *saúde comunitária* ou *medicina comunitária* que, pautada na implantação de centros comunitários de saúde subsidiados pelo Estado e administrados por organizações não lucrativas, passou a efetuar ações preventivas e a prestar cuidados básicos de saúde. A proposta de medicina comunitária logrou pôr em prática alguns dos princípios preventivistas, focalizando setores sociais minoritários, mas deixou intocado o mandato social da assistência médica convencional.

Por essa organização, a profissão médica norte-americana foi agrupada em três setores mais ou menos diferenciados. O primeiro e mais significativo, formado por médicos que trabalhavam nas escolas de medicina e nos hospitais, pessoal administrativo e professores ligados à investigação e capacitação, numa relação distante com os

---

<sup>16</sup> PAIM, Jairnilson S; ALMEIDA FILHO, Naomar, *op. cit.*, p. 40.

pacientes e os diagnósticos reportados por especialistas. Um segundo grupo constituía-se por profissionais que atuavam em consultórios privados e que se haviam mudado para os subúrbios das grandes cidades, podendo desfrutar, socialmente, de seu papel privilegiado e dominante na comunidade, e, financeiramente, de um mercado favorável para a venda de seus serviços e dos recursos hospitalares. Finalmente, os médicos mais afastados da órbita dominante da profissão, que trabalhavam em regiões rurais ou em instituições do Estado. Eram generalistas formados pela escola médica dos anos 1920 e 1930 ou graduados no estrangeiro<sup>17</sup>.

Some-se a isso o fato de ter havido no período uma intensa reforma hospitalar. Hospitais foram sendo construídos a partir de novas tecnologias e servindo como base para as escolas médicas que se espalhavam, atrelados a uma ressignificação da normatização e hierarquização dos profissionais no campo dos saberes<sup>18</sup>. Tendo a especialização importância crescente e cada vez mais definitiva, o médico foi conquistando mais espaço hierárquico frente aos outros profissionais da área e ao paciente: só ele tinha competência para diagnosticar, tratar ou indicar o tratamento adequado, avaliando os serviços prestados. Quanto ao paciente, reafirmava-se a idéia de que, mesmo adulto, não tinha competência ou responsabilidade diante do caso identificado<sup>19</sup>.

Para Starr, o contraste que então se podia identificar vinculava-se diretamente com o sistema de atenção médica que veio se construindo nos anos 1940 e 1950 no âmbito do desenvolvimento científico, com as políticas desenvolvidas no campo da saúde, com a escolha dos hospitais como centros da ação prática dos novos saberes e, conseqüentemente, com a relação estabelecida entre o médico e o doente:

fulgurantes palácios da ciência moderna, repletos dos mais avançados serviços especializados, se erguiam agora em 'vencidarios' que até então haviam estado medicamente abandonados, que não tinham médicos para as necessidades

<sup>17</sup> STARR, Paul. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. Trad. Agustín Bárcena, México: Fondo de la Salud/Fondo de Cultura Económica, 1991, p. 424.

<sup>18</sup> TURNER, Bryan S. *Medical power and social knowledge*. London: SAGE Publications, 1995, p. 163.

<sup>19</sup> FREIDSON, Eliot. *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York: Atherton Press, 1970, p. 141-142.

diárias, nos quais com frequência não eram exequíveis nem a atenção preventiva, nem a saúde pública mais elementar. Nos anos 1960, muitos autores observaram que em medicina estavam lado a lado a abundância e a escassez. Depois da II Guerra Mundial, a medicina se havia convertido em metáfora do progresso, o que para muitos se ia transformando em um símbolo das constantes desigualdades e irracionalidade da vida nos Estados Unidos.<sup>20</sup>

Contudo, tais reveses e expectativas só podem ser entendidos dentro de um campo mais amplo de forças e articulações entre o saber médico produzido - prático e teórico - e suas implicações no desenvolvimento do sistema capitalista em que se inseria. Nessa direção, percebe-se que a proposta da educação integrativa - correspondente às temáticas da medicina integral, preventiva e de família - vinha sendo também articulada ao lado de outras propostas reformistas que se concebiam concomitantemente.

Isso porque a educação médica, prioritariamente como campo formador de “recursos humanos em saúde”, caracterizava-se fundamentalmente

pela capacitação do trabalhador em conhecimentos e técnicas relativos ao corpo normal e patológico, e pela inculcação de concepções de saúde e enfermidade, as quais reproduzem as concepções elaboradas na ideologia dominante acerca do corpo.<sup>21</sup>

É nesse sentido que se podem compreender as prioridades dessa reforma e suas implicações futuras no ensino médico e nas políticas públicas que então se formularam.

Quanto à proposta integrativa, ponto central desta análise, ela se define a partir de mudanças na prática profissional e da urgência em se incorporarem as questões sociais ao cuidado médico, com a intenção de identificar um “estado global” de saúde e uma recuperação integral do paciente, ao mesmo tempo em que se demandava uma recomposição do ato médico individual. Essa visão da totalidade do indivíduo, posição inovadora para aquele momento, definiu uma

<sup>20</sup> STARR, *op. cit.*, p. 125.

<sup>21</sup> SCHRAIBER, Lilia Blima. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1989, p. 111.



concepção de saúde e doença a partir de estados que se dão em movimentos contínuos e em diversas relações do indivíduo com seu meio. Foi assim que se transformou a visão de cura ou alívio do sofrimento, passando para uma intenção preventiva da doença<sup>22</sup>.

Mas, se tal concepção passava pela escola médica e pela formação de seus profissionais, no sentido da compreensão do indivíduo como um todo, havia então a necessidade de uma reformulação do padrão educacional vigente, explicitando-se as principais medidas no sentido de sua correção:

uma maior coordenação horizontal e vertical das disciplinas já existentes no currículo médico enquanto forma de ‘integração’ dos campos parcelares do conhecimento médico; a introdução de novas disciplinas consideradas básicas (a Psicologia, as Ciências Sociais, a Ecologia, a Antropologia etc.).<sup>23</sup>

Esses eram os eixos da prática educativa capazes de auxiliar a conformação de uma visão global do indivíduo, podendo tais áreas de conhecimento ser exemplarmente enfeixadas na criação de um Departamento de Medicina Preventiva.

Contudo o que se configurou, paulatinamente, foi a incapacidade de a educação médica formar profissionais habilitados para a nova prática proposta ou para a adequada organização da produção de serviços satisfatórios às necessidades da população:

submetida à crescente especialização no conhecimento médico e realizada em instituições que se ‘isolam’ da produção de serviços médicos em geral, a qualificação escolar estaria centrada na aquisição de conhecimentos especializados e no adestramento em procedimentos que fazem uso de tecnologia complexa.<sup>24</sup>

Nesse contexto, o modelo norte-americano apresentado malogrou, mas foi incorporado, nas décadas seguintes, pelos organismos internacionais do campo da saúde, traduzindo seu corpo

---

<sup>22</sup> Idem, p. 113.

<sup>23</sup> Idem, p. 115.

<sup>24</sup> SCHRAIBER, p. 122.

doutrinário para as necessidades dos diferentes contextos de aplicação potencial. Do ponto de vista da Organização Mundial de Saúde (OMS), os princípios desses programas comunitários de saúde deveriam enfatizar a dimensão da assistência simplificada, localizadamente em regiões rurais, com a intenção de estender a cobertura de serviços para as populações excluídas do cuidado à saúde. Na América Latina, em especial no Chile, na Colômbia e no Brasil, patrocinaram-se, por meio de fundações norte-americanas e pela OPS, programas voltados para a saúde comunitária, com a intenção de influenciar positivamente os sistemas de saúde de todo o continente<sup>25</sup>.

Em 1977, entre avanços e recuos, a Assembléia Mundial de Saúde lançou a consigna *Saúde para Todos no Ano 2000*, adotando uma proposta política de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde fundados em sistemas simplificados de assistência à saúde. No ano seguinte, em Alma Ata, a Conferencia Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada pela OMS, reafirmou a saúde como direito do homem e se constituiu a Atenção Primária à Saúde como tática privilegiada de operacionalização das metas da SPT-2000, tacitamente incorporando elementos do discurso da *saúde comunitária*. Mais tarde, já na década de 1980 - sob o rótulo atualizado de SILOS (Sistemas Locais de Saúde) e dentro de um modelo distritalizado, fundado em níveis hierarquizados de atenção - a retórica da saúde comunitária integrava-se às primeiras ações de reforma setorial da saúde nos países subdesenvolvidos<sup>26</sup>.

Um reflexo de toda essa movimentação pode ser acompanhado num balanço publicado no ano de 1985, sobre o “pessoal de saúde na América Latina” em que os órgãos estatais de coordenação da área e a OPS privilegiaram o planejamento de recursos humanos como instrumento da política de atenção primária e serviços básicos, com a perspectiva de uma intervenção eficaz nas relações entre a formação e

---

<sup>25</sup> PAIM; NAOMAR, *op. cit.*, p. 42-43.

<sup>26</sup> NAOMAR; PAIM, p. 44.

o mercado de trabalho, sobretudo do segmento que estava sob a responsabilidade do Estado.

Numa evidente crise de recessão internacional e social, fruto de um colapso do capitalismo, o planejamento passou a ser a pedra de toque na área da saúde:

foi assim que os cursos de Saúde Pública tenderam, na última década, a formar cada vez mais planejadores de saúde, sintonizados com a estratégia de atenção primária e todos os métodos modernos de administração de sistemas de saúde, no lugar do sanitarista tradicional. A esse objetivo vincula-se também o papel crescentemente significativo das ciências sociais aplicadas à saúde, no currículo desses cursos e através da pós-graduação em medicina social.<sup>27</sup>

### **Saúde Coletiva, um campo em construção: profissão médica, mercado de trabalho em RHS e ideologia ocupacional**

O retorno aos conceitos da medicina social nos anos 1970, muitos deles formulados por Cecília Donnangelo, continua sendo imprescindível para todo aquele que pretenda se aproximar da compreensão das práticas de saúde, especialmente das práticas médicas. Assim, ao nos voltarmos exclusivamente para a sua contribuição, com o fito de compreender os recursos humanos em saúde como elemento basilar de toda uma reflexão, pretendemos identificar na historicidade de sua trajetória individual e coletiva, bem como no flagrante de suas pesquisas, a conformação de um processo de caráter paradigmático para o campo da *saúde coletiva* e para uma *história da profissão médica no Brasil*.

Segundo Paim, naquele momento assistia-se a uma inflexão no campo de estudo dos RHS, inaugurando-se uma linha de investigação sobre a organização social da prática médica, desenvolvida por pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, sob a liderança de Maria Cecília Donnangelo:

Naquela época, a Medicina Social, emergente no Brasil e na América Latina, tematizava os RHS a partir de relações entre saúde e estrutura social. A tese de Donnangelo sobre o médico e

<sup>27</sup> NOGUEIRA, Roberto Passos. *Pessoal da saúde*, *op. cit.*, p. 400-401.

o mercado de trabalho inova a investigação sobre RSH no Brasil, constituindo uma contribuição fundamental para a análise das práticas de saúde e dos seus agentes.<sup>28</sup>

Essa inovação pode ser acompanhada em suas origens, na aproximação do campo realizada por ela quando apresentou em 1969, ao Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, um estudo<sup>29</sup> preocupado em compreender o mercado de trabalho em saúde e como a profissão médica poderia ser captada naquele contexto. Mesmo sendo uma pesquisa de caráter preliminar, teve marcada importância por estabelecer, de forma pioneira, análises sociológicas orientadas na direção da constituição da profissão médica e por se colocar dentro do debate ao lado de trabalhos da mesma natureza dos que vinham sendo formulados em alguns países da Europa, da América Latina e dos Estados Unidos<sup>30</sup>.

Nesses parâmetros fundamentou seu trabalho, através de informações originais, colhidas diretamente junto aos profissionais médicos, e as provenientes da análise da literatura referente à profissão, abrindo possibilidades interpretativas para o campo de estudos sobre a organização das profissões em saúde. Escolheu o *status* médico como ponto de partida e abordagem, tomando-o também como forma de fundamentar a educação médica como

“processo socializador e de suas funções reais sobre o mecanismo de ajustamento (...) através da transmissão de um conteúdo especializado e de uma ideologia profissional<sup>31</sup>.”

Sua perspectiva teórica privilegiou os estudos sociológicos brasileiros<sup>32</sup> e buscou referenciais numa série de pesquisas da OPAS e da OMS. Num quadro empírico que ela construiu entre março e junho

<sup>28</sup> PAIM, Jairnilson Silva, p. 23.

<sup>29</sup> DONNANGELO, Maria Cecília F. *Contribuição ao estudo de uma categoria ocupacional: a profissão médica*. São Paulo: Faculdade de Medicina – USP, 1969.

<sup>30</sup> Alguns autores indicados: ALLPORT, Gordon. *The nature of prejudice*, Addison, Wesley Co., Inc, Massachusetts, 1954; CHAVES, Ignacio. *La evolución de la medicina y la formación profesional de los médicos*, Ed. Departamento e Acción Social Universitaria, Monterrey, Mexico, 1951; DEBRAY, J. R. La responsabilité collective em médecine. In: *Medicine de France*, n.173, 1966; PARSONS, T. *El sistema social*. Madri: Ediciones de La Revista do Occidente, 1966; WEBER, Max. *Ensayos de sociología*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1963.

<sup>31</sup> DONNANGELO, *op. cit.*, p. 3.

<sup>32</sup> Alguns autores indicados: FERNANDES, Florestan. *Mudanças sociais no Brasil*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960; FURTADO, Celso. *Formação econômica do Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fundo de Cultura, 1959; IANNI, Otavio. *Industrialização e desenvolvimento social*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1963; PEREIRA, Luiz. *O professor primário metropolitano*. Rio de Janeiro: INEP; Centro Brasileiro de Pesquisas educacionais, 1963.

de 1968 no Hospital das Clínicas da FMUSP, entrevistou 150 médicos selecionados e, com dados de dois terços desse total, procurou entender a caracterização profissional e social da categoria em sua estrutura hospitalar e as modificações internas à profissão em função do binômio *medicina liberal-medicina socializada*. Considerou a profissão médica como segmento do sistema social global e urbano-industrial que se configurava no Brasil a partir da segunda metade do século XX e, no caso específico de São Paulo, procurou identificar as relações estabelecidas entre a profissão e a sociedade em questão<sup>33</sup>.

Considerou fundamental a coleta de material dentro do hospital, propondo uma articulação mais ampla da organização do trabalho em grupo e visando,

entre outros grupos profissionais, especificamente a enfermeira, uma vez que isso poderia enriquecer a compreensão dos mecanismos internos ao hospital, especialmente as relações de *status* e sua influência no equilíbrio do sistema hospitalar<sup>34</sup>.

Pela mesma razão, procurou conhecer também os mecanismos de comunicação e autoridade entre os diversos grupos profissionais e destes com os pacientes.

Dessa forma, procedeu à avaliação em três tópicos. No primeiro, *Relacionamento in group e out group de comunicação*, constatou que

o relacionamento no interior do próprio grupo profissional supera de muito o relacionamento intergrupar; atingiu 70% a proporção dos casos em que as relações e comunicações com outros médicos foram indicadas como prioritárias para o grupo em estudo. Apenas 30% do grupo fogem a essa norma: 11,2% para declarar contatos predominantemente com o pessoal da enfermagem, 12,5% que se relacionam prioritariamente com os alunos e 6,3% que só indicam contatos com outros grupos profissionais técnicos. Entre esses, contam-se sobretudo internos e residentes, o que poderia ser uma conseqüência de uma condição de ‘iniciados’ mas ainda não totalmente integrados na posição hierárquica ocupada pelo grupo mais antigo. (...) Isso vem reforçar o aspecto ‘restritivo’ do sistema de comunicações, seja ele conseqüente da identidade de interesses profissionais do grupo ou da delimitação de seu lugar na hierarquia de *status* no hospital<sup>35</sup>.

<sup>33</sup> Idem, p. 6.

<sup>34</sup> Idem, p. 2.

<sup>35</sup> Idem, p. 10.

Em *Autoridade e poder*, seu segundo tópico, Donnangelo pretendeu revelar o conteúdo desses contatos, ajudando definir as motivações que interferiam no sistema. O problema que se colocava aí era o de verificar se

a predominância da comunicação intra-grupal cumpre também uma função diferenciadora, consciente, em relação à posição hierárquica do médico. Esse problema é, portanto, tangencial ao da autoridade, e uma análise será iniciada a partir das representações do médico sobre o sistema ideal de autoridade entre grupos profissionais ou a suas posições recíprocas num esquema de dominação-subordinação. O grupo tomado como referência foi o das enfermeiras. Uma vez que formalmente, e em especial no sistema de decisões médicas, esse grupo não se colocava o problema da autoridade de ambos em relação a um terceiro grupo - o de pacientes -, além do problema da autoridade médica<sup>36</sup>.

Num último tópico, *Mecanismos latentes na definição de status*, ressaltou a manifestação dos mesmos processos através das opiniões dos médicos a respeito do tipo de comunicação com o paciente desenvolvida entre eles e as enfermeiras:

No primeiro caso, importa salientar que o relacionamento entre enfermeira e paciente é tido como mais 'fácil' do que o que ocorre entre médico e paciente, e que as características do Hospital das Clínicas, pertencentes em geral a estratos socioeconômicos inferiores, são freqüentemente invocadas como responsáveis por aquele fato. Embora 52,5 % dos médicos admitam relacionar-se sem dificuldade com os pacientes e 12,5% refiram problemas conseqüentes das condições de trabalho hospitalar, 35% indicam condições que podem ser reduzidas ao 'baixo nível social' dos pacientes como causa das dificuldades. Essas mesmas condições são indicadas, entretanto, em 24,1% dos casos, como favoráveis ao contato entre enfermeiras e pacientes<sup>37</sup>.

Naquela conjuntura, tais resultados trouxeram evidências até então desconhecidas dos mecanismos de relação que iam sendo construídos dentro do hospital, com a função de hierarquizar e demarcar limites, nas quais os médicos ocupavam sempre as mais altas

---

<sup>36</sup> Idem.

<sup>37</sup> Idem, p. 15.

posições. Para Donnangelo, a explicação mais provável, embora não conclusiva, era a de que o Hospital, num processo de ajustamento de seus profissionais a sua estrutura burocrática, garantia a hierarquização por meio das definições estatutárias e motivações que não eram consideradas dentro de um sistema hospitalar em anos anteriores.

Motivações científicas e técnicas, motivações humanitárias, motivações ligadas ao prestígio profissional, motivações ligadas à remuneração financeira do trabalho, motivações ligadas às formas de exercício profissional, comparação da medicina com outras profissões universitárias e comparação da remuneração da medicina frente às outras profissões universitárias foram alguns assuntos aludidos pela pesquisa realizada.

Mas essas mudanças também carregavam suas contradições, devido às sujeições a que o médico começava a ser exposto dentro de um quadro de mudanças substantivas dos modelos implantados:

a insatisfação com a remuneração e o prestígio constituíram formas de expressão das resistências da categoria ocupacional à substituição da medicina liberal pela medicina socializada, ou a coexistência de ambas. (...) Todos os elementos até aqui descritos refletem, no nível do comportamento individual, as mudanças que se vêm processando no sistema social global e na profissão médica. E expressam aproximadamente o mesmo tipo de reação a essas mudanças que se encontra na literatura divulgada sobretudo pelas associações de classe.<sup>38</sup>

Assim, ficava claro que o tipo de estrutura hospitalar instalada resultava para o médico na sua necessidade de recorrer a contínuas reafirmações da superioridade de seu *status* na hierarquia interna, ao mesmo tempo em que se reportava às transformações impostas pela tendência de se reduzir a chamada *medicina liberal* em favor da *medicina socializada*. Uma conseqüência específica dessas mudanças localizou-se no paciente.

Isso porque a incorporação de setores maiores da população de baixo poder aquisitivo levou o médico a estabelecer com esses

---

<sup>38</sup> Idem, p. 28.

pacientes relações mais restritas, em comparação às que mantinha com seus clientes em consultório. O progresso tecnológico, por sua vez, acabou se refletindo no contexto técnico e científico da medicina, quer em aperfeiçoamentos, quer no encarecimento dos recursos produzidos. Dessa forma, a responsabilidade governamental via Previdência, a extensão a setores mais amplos da população e a urgência de novos investimentos em recursos tecnológicos de alto custo teriam conformado a medicina das organizações e a medicina socializada, enquanto o trabalho individual e independente do médico estava cada vez mais restrito<sup>39</sup>.

Donnangelo deu a conhecer de maneira particular essa relação paciente-estrutura hospitalar, em que a representação do médico é sempre central. Construiu seu quadro de análises pautado nas características sociais de pacientes femininas da Clínica Obstetrícia do Hospital das Clínicas, com uma metodologia ligada às ciências da conduta, para a compreensão dos mecanismos próprios do comportamento dos indivíduos envolvidos na prática médica<sup>40</sup>. Seu objetivo era trazer informações de campo sobre o tema, no sentido de incorporar à formação do estudante de medicina atitudes e dados que pudessem ser empregados como recursos técnicos em suas atividades médicas futuras. Sobre os eixos desenvolvidos, cabe aqui apenas demonstrar a necessidade e a importância de se ligar o médico a um plano relacional das práticas desenvolvidas numa estrutura hospitalar.

Por isso, quando buscou localizar essas pacientes, pretendia formular hipóteses explicativas de seu comportamento em relação à saúde, ao médico e aos padrões institucionalizados da assistência. Dessa forma, entre muitos pontos levantados, identificou as pacientes como uma população jovem, que é socializada de acordo com os padrões culturais tradicionais e sujeitas, por período mais ou menos prolongado, a uma re-socialização em padrões urbanos, por sua localização nesses centros como São Paulo.

---

<sup>39</sup> Idem, p. 29.

<sup>40</sup> DONNANGELO, Maria Cecília F. *Caracterização socioeconômica dos pacientes da Clínica de Obstetrícia do Hospital das Clínicas*. São Paulo: Faculdade de Medicina, 1969. Mimeografado.



Notou também que a renda, a organização familiar e a educação dessas mulheres encontravam-se em nível inferior e muitas vezes em deterioração. Esse viés, entretanto, acabava por desvalorizar a situação social do paciente, ao mesmo tempo em que se percebia um movimento para modificar-lhe os valores tradicionais em direção a padrões empregados na prática médica, com representações mais ajustadas à medicina moderna<sup>41</sup>.

Dentro desse quadro, a autora conformou esses componentes como formuladores de uma crise profissional. Essa crise, localizada pelo médico na estrutura da chamada medicina socializada, devia ser vista com mais cautela. Não tinha sido levada em conta, pela ótica médica, a chamada medicina das corporações, que, além da propriedade dos instrumentos de trabalho, tendia a concentrar indivíduos ou grupos cada vez mais a uma produção assalariada, o que também ajudou a comprimir e a potencializar a crise na profissão<sup>42</sup>. Os dados analisados até então permitiram constatar desajustamentos entre as representações coletivas ideais dos médicos com relação a prestígio, remuneração e formas de relação de trabalho e a condições reais de exercício profissional.

A confirmação dessa análise colocava questões relevantes quanto às funções conservadoras ou inovadoras da educação médica e permitia definir o sistema ideal de formação profissional capaz de assegurar o ajustamento entre as motivações dos médicos e as crescentes demandas sociais com relação à saúde<sup>43</sup>. E foi com tais preocupações que Donnangelo desdobrou seu campo de atuação.

Em sua tese de doutoramento, *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*<sup>44</sup>, em 1973, ampliou seu campo de análise circunscrevendo a região da Grande São Paulo, abrangendo 905 profissionais da área em atividade, utilizando-se dos cadastros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e alargando seu campo de amostragem para 5.381 médicos diplomados até 1968.

---

<sup>41</sup> Idem, p. 42.

<sup>42</sup> Idem, p. 30.

<sup>43</sup> Idem, p. 38.

<sup>44</sup> DONNANGELO, Cecília F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

Priorizou, com maior profundidade empírica e analítica, os aspectos diretamente ligados às modalidades do trabalho médico entendidos como

formas pelas quais o médico, enquanto trabalhador especializado, participa do mercado e se relaciona com o conjunto de meios de produção de serviços de saúde. Daí decorre maior ênfase na heterogeneidade da categoria ocupacional, em termos dos tipos de oportunidade de trabalho a que têm acesso os profissionais, do que em sua homogeneidade, resultante da sujeição a processos comuns de formação nos aspectos técnico-científicos e éticos que compõem o núcleo da medicina como profissão<sup>45</sup>.

E foi nessa direção que se investigou a organização do setor de produção de serviços de saúde em suas dimensões legal, histórica e sociológica, permitindo uma interpretação de certos aspectos dessa organização como decorrências das dinâmicas das relações de classe na área urbano-industrial da sociedade brasileira.

Estabeleceu os contornos do sistema previdenciário brasileiro, com sua uniformização ocorrida nos anos de 1960, detectando seu colapso exatamente pelo citado aumento da demanda de serviços, especialmente na assistência médica. Por isso, enveredou para o estudo do mercado de trabalho médico, tendo em vista seu principal produtor direto - o próprio médico -, reconhecendo, no momento em que construía suas formulações, a dimensão de uma transformação na própria ideologia médica, que procurava se ajustar a um mercado de trabalho cuja configuração se pautava cada vez mais em moldes empresariais.

Se a crise profissional desse campo de atuação já tinha sido identificada num estudo anterior, esse trabalho mostrou com maior profundidade empírica e teórica uma interpretação bem peculiar do médico, e principalmente das organizações e associações que o representam, frente às transformações que se verificavam:

“é interessante ressaltar que, embora se refiram à liberdade de controle sobre os aspectos éticos e técnicos do trabalho, aqueles princípios acabam por conduzir à superposição e mesmo à identificação, pelo médico, de duas dimensões da autonomia

---

<sup>45</sup> Idem, p. 10.

profissional: a independência propriamente profissional ou técnica na execução do trabalho; a autonomia do trabalhador no mercado. O modelo liberal de trabalho aparece, assim, como o único capaz de assegurar a máxima realização profissional em termos psicológicos, éticos e também científicos.<sup>46</sup>

Nessa perspectiva, foi numa combinação entre estatutos sobre a *medicina liberal* e as novas concepções articuladas no campo da chamada *medicina empresarial* que se obteve uma nova ideologia crescente no campo médico. O princípio da livre escolha e do segredo profissional, a negação do assalariamento, o custeio parcial dos serviços pelo cliente, a redefinição do papel do Estado e o combate a uma parcela do setor privado, representado pela *medicina de grupo*, foram os elementos constitutivos da ordem de transformações no mercado que envolveram o médico como:

a interferência do Estado, relacionada ao desenvolvimento da sociedade urbano-industrial-capitalista, acarretando um controle peculiar dos meios de produção, e a mudança científico-tecnológica, com a conseqüente ampliação e concentração dos meios de trabalho.<sup>47</sup>

E foi dessa apreciação acertada e determinante - esboçada aqui - que fez surgir uma movimentação teórica e empírica, desdobrando-se em diversos estudos sobre temáticas dirigidas às políticas de estruturação da assistência, bem como à profissão e prática do médico.

A primeira trata, inegavelmente, da distribuição e do consumo dos serviços médicos, em suas diversas questões que vão desde a universalização do acesso até a realização dos direitos sociais na saúde. Uma extensa derivação dessa linha, estudando o sistema de saúde brasileiro, é hoje encontrada em publicações sobre a Reforma Sanitária ou Sistema Único de Saúde (SUS). A segunda volta-se mais para a esfera da produção desses serviços. Nota-se, assim, a clara problematização do binômio produção-consumo de serviços, típica questão dos anos 1980 e 1990, que, de um lado, pesquisam o mercado médico e das profissões da saúde, estudando o perfil 'força de trabalho em saúde' – categoria teórica central dessas publicações – e, de outro lado, pesquisam as práticas em saúde como produção dos cuidados e assistência, o que se expandiu para o estudo do processo de trabalho médico e, recentemente, para o trabalho em saúde de um modo geral devido às sujeições a que ele começava a ser exposto dentro de um quadro de mudanças substantivas.<sup>48</sup>

<sup>47</sup> Idem, p. 123-124.

<sup>48</sup> SCHRAIBER, Lilia Blima. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas*. São Paulo. Tese (Livre-docência) - Depto. de Medicina Preventiva FMUSP, 1997, p. 24-25.

‘Já em sua tese de livre-docência, *Medicina e estrutura social: o campo da emergência da medicina comunitária*, Donnangelo procurou desenvolver um quadro teórico mais preciso sobre a *medicina comunitária*, que deveria ser entendida como:

projeto de organização da prática médica, para uma modalidade particular de articulação entre as diferentes agências e instituições encarregadas das práticas de saúde, bem como com os grupos sociais aos quais as práticas de saúde são destinadas.

Ela traz consigo uma concepção da medicina como

conjunto dos recursos técnico-científicos voltados para a realização de níveis progressivamente elevados de bem-estar; uma concepção do social centrada nas noções de necessidade de saúde, carência ou pobreza, direito à saúde e ao bem-estar; conseqüentemente, uma concepção acerca de como se articulam medicina e sociedade.<sup>49</sup>

Diante de um quadro de especialização técnica e de novos contornos do capitalismo, Donnangelo tenta conciliar as tendências que se manifestavam entre a estrutura interna da prática e a necessidade de manutenção dos níveis de consumo. Essas alterações se davam por meio de diversas possibilidades originadas da chamada reforma médica, dependendo das condições da estrutura social e da produção dos serviços em saúde. E, como projeto da reforma médica, a *medicina comunitária* se inseria como orientadora das questões levantadas pelo campo de estudo na área e, ao mesmo tempo, como solução plausível para a própria prática.

Por esse viés,

a *medicina comunitária* considera a subordinação da prática à dimensão social do processo saúde-doença, impondo a superação do corte entre aspectos orgânicos e psicossociais, entre condutas preventivas e curativas, entre prática individual e efeitos coletivos da atenção à saúde. Apresenta-se igualmente como uma resposta à inadequação da prática médica para atender às necessidades que devem ser solucionadas tanto como resposta ao princípio direito à saúde como por sua significação para o processo de desenvolvimento social<sup>50</sup>.

<sup>49</sup> DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976, p. 13.

<sup>50</sup> Idem, p. 86.

Como elemento central dessa estratégia, a dimensão comunitária se desdobra num espaço geográfico configurado para a prática, localizando-se elementos que serão trabalhados, refletindo uma identificação entre a comunidade e a sociedade local. Nessa ótica, o hospital era tido como mais um componente a ser identificado nesse quadro social mais alargado<sup>51</sup>. Em linhas gerais, aí estaria identificado um novo campo de atuação aberto não apenas às pesquisas, mas intencionalmente às políticas públicas a serem implementadas.

Na publicação de *Saúde e sociedade* em 1976, foi aberta, no final das exposições de Donnangelo, uma apreciação de suas principais contribuições teóricas e metodológicas, feita pelo sociólogo Luiz Pereira, que mostrou a conexão do desenvolvimento do capitalismo e de suas relações intrínsecas com o modo de produção em que se inseriam as questões relativas à saúde. Chegou a mencionar que o título que lhe parecia mais adequado tanto para o trabalho de Donnangelo quanto para sua exposição era *Capitalismo e saúde*<sup>52</sup>. O que é importante reter aqui é a aproximação teórica promovida entre *Medicina e sociedade* e *Medicina e saúde*, identificando diferenças e homogeneidades entre ambos os estudos.

Segundo Pereira, essas aproximações se revelam pelo

mesmo instrumental teórico – o materialismo histórico, embora mais refinado ou mais amadurecido (...) e a mesma problematização do tema, pela sua limitação às formações sociais.

As diferenças estavam essencialmente em seu doutorado, que consiste numa análise concreta – o trabalho médico na formação social capitalista brasileira,

pensado em termos de distintos processos de produção de serviços médicos, inteligíveis como constitutivos das transformações nela em curso, identificadas como reprodução ampliada do modo de produção capitalista.

---

<sup>51</sup> Idem, p. 92.

<sup>52</sup> PEREIRA, Luiz. *Capitalismo e saúde*. DONNANGELO, Cecília F.; PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*, op. cit., p. 30.

## Sobre sua livre-docência, avalia que

trata-se de uma obra que, a partir do estudo da prática médica, ou da chamada atenção médica em geral, busca a construção do objeto do campo de estudos que academicamente se denominaria sociologia da saúde<sup>53</sup>.

Numa avaliação dessa contribuição, Schraiber considera que, ao examinar a medicina como prática técnica e social, Donnangelo abriu oportunidades para a construção de um quadro teórico específico – a teoria do trabalho em saúde, voltado para o “*processo de trabalho em medicina*”, constituindo uma verdadeira escola de pensamento, investigação e prática, com base nesse referencial teórico<sup>54</sup>.

Em seu último texto, publicado em 1983, que tinha um caráter preliminar de divulgação da área da saúde coletiva e de sua constituição histórica no Brasil, Donnangelo acabou fazendo um verdadeiro balanço de todo um processo desenvolvido na área e que já podia ser sentido então:

Assume-se como ponto de partida que a posição ocupada pela Saúde Coletiva no contexto das práticas sanitárias brasileiras se expressa atualmente em um conjunto de tendências de ampliação e recomposição de seu espaço de intervenção ou, correspondentemente, de seu campo de saber e de prática.<sup>55</sup>

Contudo, na contraposição dessa estrutura relativamente estável de saber e prática, a *saúde coletiva* deveria ser apreendida como uma nova via, em processo de inquestionável alargamento de seu saber e prática, mas também de justaposição, que acaba por afetar a chamada *medicina individual*:

poder-se-ia dizer, de outra forma, que as práticas designadas ‘de saúde coletiva’, sendo passíveis da mesma ordem de alterações na produção, distribuição consumo de serviços que afetam a medicina individual, encontra-se também em termos de sua(s) estrutura(s) de saber, em condições histórico-sociais específicas. Particularmente porque neste os objetos que designa como passíveis de intervenção incluem o próprio social, ainda que variavelmente conceptualizado.<sup>56</sup>

<sup>53</sup> Idem, p. 97.

<sup>54</sup> SCHRAIBER, *op. cit.*, p. 25.

<sup>55</sup> DONNANGELO, Maria Cecília F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – a década de 70. In: *Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco; PEC; ENSP, 1983, p. 19.

<sup>56</sup> Idem, p. 20.

Registre-se que a inclusão do social como partícipe das práticas de saúde, atrelado a uma educação sanitária capaz de perceber a historicidade dos agentes envolvidos, era uma das posições mais defendidas e difundidas por Donnangelo. Num relatório de assessoria à Divisão de Nacional de Educação Sanitária junto à OPS e OMS, no ano de 1976, a partir de um balanço histórico do Brasil em sua construção de uma rede de saúde, a autora objetivou justamente “fixar alguns pontos de referência para a reflexão sobre metodologias educacionais no campo da saúde na sociedade brasileira. Considerou-se, antes de mais nada, a importância de se identificar as eventuais possibilidades de ampliação do âmbito de interferência da educação sanitária, bem como a conveniência de repensar os procedimentos educativos na área da saúde, condicionadas, ambas as coisas, às orientações vigentes no campo da política sanitária brasileira.”<sup>57</sup>

Em síntese, o que importa destacar é como a elaboração de uma metodologia educacional ampla na área da saúde deveria ser construída na base da sociedade brasileira, pensada numa

articulação com as múltiplas fontes de definição das práticas sanitárias – das fontes onde se elaboram as orientações políticas mais gerais que estão sendo impressas à sociedade, até aquelas que correspondem a práticas específicas (sociais e de saúde) de diferentes categorias sociais, passando, entre outras, pelas fontes de elaboração e sedimentação de princípios científicos. A possibilidade de compatibilizar orientações surgidas dessas múltiplas fontes, e cuja harmonia não é dada *a priori*, constitui talvez o problema central a ser enfrentado no decorrer do processo de elaboração dos procedimentos técnicos a serem adotados a cada nova situação educativa.<sup>58</sup>

A pretendida inovação tecnológica no campo da saúde deveria se firmar, segundo as proposições sublinhadas, com a presença da prática educacional, exatamente por esta ser reconhecida como um recurso alternativo na área da saúde. Seguem daí as reorientações ao setor da saúde como componente da política social brasileira:

<sup>57</sup> DONNANGELO, Maria Cecília F. *Relatório da Assessoria prestada à Divisão Nacional de Educação Sanitária sobre Metodologia de Educação Sanitária no Setor Saúde* – OPAS;OMS, São Paulo, 1976, p. 1. Mimeografado.

<sup>58</sup> Idem, p. 36.

a) a permeabilização de todo o conjunto de práticas de saúde pela educação sanitária como princípio fundamental para a operacionalização dos novos projetos racionalizadores da totalidade do setor; b) o alargamento das oportunidades e facilidades para a veiculação da prática educacional em saúde através de vários setores institucionais, particularmente através da educação escolarizada. A maior amplitude da rede escolar, por comparação com a rede sanitária, bem como a maior padronização institucional daquele setor colocam-no em posição adequada para veicular essa modalidade da prática sanitária e, mais que isso, garantir a continuidade de todo o processo; c) o desenvolvimento, no campo da educação sanitária, de uma metodologia capaz de atender aos pressupostos da política social, tanto quanto das específicas políticas de renovação no setor saúde.<sup>59</sup>

Essa necessidade premente de construção do social como objeto de análise e como campo de intervenção derivaram na necessidade de a *saúde coletiva* ampliar sua interface com as chamadas ciências sociais, dialogando com outros campos do conhecimento e, com isso, estabelecendo, internamente ao seu saber, a negação de uma linearidade, como postulavam as ciências naturais.

A variedade e o caráter freqüentemente restrito e restritivo das conceptualizações do coletivo/social não invalidam o fato de que as práticas sanitárias se viram constantemente invadidas pela necessidade de construção do social como objeto de análise e como campo de intervenção. Nem devem induzir à suposição de que a vida social concreta acabe por tornar-se mero produto dessas opções conceituais. Ela irromperá, certamente, sob outras formas, também no campo do saber, quando as malhas conceituais e sociais se revelarem estreitas face à concretude dos processos sociais.<sup>60</sup>

O processo histórico e suas transformações temporais e sociais eram o ponto nodal de toda uma compreensão da própria área, ou seja, as mudanças atribuídas às novas concepções de saúde, que os anos 1970 apresentaram com tanta precisão, deveriam ser atribuídas e compreendidas num plano mais amplo, ao invés de serem tidas meramente como novas concepções internas de uma “ciência natural”.

<sup>59</sup> DONNANGELO, Maria Cecília F. *Educação sanitária e políticas de saúde*, São Paulo, 1976, p. 28. Mimeografado.

<sup>60</sup> DONNANGELO, Maria Cecília F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – a década de 70, *op. cit.*, p. 20.



O fato de a Previdência ter assumido o papel desempenhado pela *medicina assistencialista* das primeiras décadas do século XX acabou criando demandas que foram se aprofundando, durante os anos 1960, com o risco de entrar em colapso sem a devida racionalização e em função de uma demanda que crescia exponencialmente.

Donnangelo fez notar que se devia prestar especial atenção

às suas possibilidades de expansão, em termos da disponibilidade de recursos financeiros previdenciários para a assistência médica; ao âmbito de abrangência de sua intervenção, em termos dos tipos de categorias sociais incorporadas pela Previdência ao consumo de serviços; à definição dos padrões adotados para a organização da produção, o que envolve decisões referentes tanto ao caráter do próprio setor, quanto às formas de controle da produção e do uso dos recursos financeiro, e à própria disposição dos demais elementos da produção tais como a tecnologia material<sup>61</sup>.

Nesse contexto, localizou que em 1967 uma centralização decisória, normativa e de recursos financeiros, com a intenção de unificar a Previdência Social como parte do novo projeto político brasileiro, estimulou o crescimento das práticas privadas e empresariais de medicina, já que essa reordenação administrativa retirava da Previdência as pressões sociais dos anos anteriores. A política de inclusão no regime previdenciário de novas categorias salariais e de autônomos acabou gerando um momentâneo saneamento financeiro da instituição.

A partir de 1974, com a crise mundial do petróleo e seus reflexos no chamado “milagre econômico brasileiro”, o Estado acabou por ratificar o atendimento das pressões ligadas às alternativas da organização da prática médica, em especial da rede hospitalar credenciada e da medicina empresarial, somando-se a isso um aumento da demanda de consumidores e da forma de expansão da oferta de serviços. Os efeitos sentidos na área da assistência médica foram

---

<sup>61</sup> Idem, p. 21.

expansão de suas bases tecnológicas, garantia de demanda crescente, diversificação de suas bases organizacionais expressa na coexistência de distintas modalidades de produção; designação oficial da assistência médica como elemento nuclear da crise da Previdência, finalmente comunicada à nação em toda a sua agudeza, no início dos anos 1980.<sup>62</sup>

O que Donnangelo constatou com extrema sensibilidade foi que as questões referentes à saúde pública, tão marginais naquele momento, ganharam novo espaço de atuação, pelas demandas que a própria Previdência não conseguia articular com êxito, mesmo com os investimentos que se vinham fazendo no campo da *medicina empresarial*<sup>63</sup>. Investir em novas alternativas assistenciais que pudessem atingir uma população crescentemente desassistida e empobrecida acabou criando espaços para alterações inovadoras na área da saúde pública e da politização dos temas sanitários no país, caso exemplar das chamadas “propostas de extensão de cobertura”.

Uma compreensão mais profunda do chamado “coletivo” ganhou um espaço mais amplo de discussão na educação médica através dos Departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social, que foram se ampliando entre os anos 1970 e 1980 em todo o país. Essas inovações médicas realizadas no âmbito de suas escolas, mesmo que circunscritas a determinados setores preocupados com a questão do “coletivo em saúde”, podem ser registradas em medidas relacionadas à esfera da política educacional brasileira como a Reforma Universitária de 1968, o Currículo Mínimo de Medicina e as Recomendações da Comissão de Ensino Médico do MEC entre 1971-1973<sup>64</sup>.

A incorporação do “coletivo em saúde” nas escolas médicas e em seus Departamentos de Medicina Preventiva recebeu novos contornos via investigações no campo da epidemiologia e das ciências da conduta, tidos como elementos primordiais na integração com a prática clínica da medicina. A produção que se formalizava durante os anos 1970 apontou para tendências que foram captadas em sua uniformidade temporal e em sua pluralidade temática (múltiplos objetos e campos de saber):

---

<sup>62</sup> Idem, p. 22

<sup>63</sup> Idem.

<sup>64</sup> Idem, p. 24.

1- o aumento, senão o próprio deslocamento inicial, da ênfase posta na questão da saúde-doença para a ênfase na questão das práticas de saúde a partir de distintas perspectivas (da administração de serviços à análise da prática sanitária em suas articulações políticas e ideológicas); 2- a relativa superação do projeto original de medicina preventiva em sua imediata subordinação ao objeto clínica.<sup>65</sup>

Essas pesquisas deram origem igualmente a distintas propostas pedagógicas, no sentido das alterações no campo das práticas sanitárias

desde os resíduos da preparação do médico para trabalhar, em nível individual, os efeitos de um social tomado restritivamente, às propostas de preparação de um padrão de profissional e da prática profissional mais adequados à nova disposição do trabalho médico na produção de serviços.

Tais variações podiam ser percebidas na própria noção de “coletivo”, que foi se ampliando e complexificando como coletivo-meio, coletivo-conjunto de indivíduos, coletivo-interação entre elementos, coletivo como conjunto de efeitos ou conseqüências da vida social, coletivo transformado em social como campo específico e estruturado das práticas.

A originalidade dessa posição da *saúde coletiva* foi detectada por Donnangelo, traçando uma nova reorganização das práticas de saúde no âmbito das instituições que tradicionalmente tratam da *saúde coletiva*, definindo

o específico significado dessas medidas face ao modelo de organização convencional da medicina, mas também de refletir sobre o desenvolvimento de adequadas tecnologias para fins de simplificação do ato diagnóstico-terapêutico, de repensar técnicas de organização e administração de serviços, de elaborar um modelo de formação de pessoal auxiliar adequado a uma nova modalidade da prática médica, de definir os significados potenciais da ‘participação comunitária’ e mesmo de indagar qual o potencial de controle social contido em tais programas ou qual o grau e elitização de uma estrutura nacional de serviços médicos pautada em uma divisão entre ricos e pobres.<sup>66</sup>

---

<sup>65</sup> Idem, p. 26.

<sup>66</sup> Idem, p. 30.

Na busca do mapeamento de estudos acadêmicos e de pesquisa que vinham se expandindo, apontou alguns deles frisando a variedade temática e, ao mesmo tempo, sua substancialidade que, sem dúvida, interferiria, nos anos seguintes, no pensamento sobre a *saúde coletiva* no Brasil. Mesmo obstando que tais estudos eram apresentados em sua parcialidade, pela dificuldade de divulgação, a autora chegou a sublinhar interessantes pesquisas que vinham se dando na Bahia, ilustrando como essas experiências conformavam um campo de teórico e empírico em expansão.

### **Produção Preliminar de novas perspectivas da *medicina coletiva* no Brasil em 1983<sup>67</sup>**

I – Estudos demográficos que permitiram a incorporação de estudos epidemiológicos, distribuição demográfica da saúde-doença, reconhecimento da distribuição social: *O papel de crescimento populacional no desenvolvimento econômico*, Paul Singer (1968); *O estudo sobre reprodução humana no distrito de São Paulo. Um enfoque sociológico*, Neide Patarra (1972); *Condicionantes sociais e medidas antropométricas*, Maria Stella Ferreira Levy (1975).

II – Estudos epidemiológicos aplicados a problemas sanitários: *A epidemiologia da desnutrição protéico-calórica em núcleos rurais do Vale do Ribeira*, Carlos Augusto Monteiro (1977); *Desnutrição e estrutura social brasileira*, Luci Moreira da Silva (1979).

III – Estudos voltados para doenças endêmicas: *Epidemiologia e controle da doença de Chagas. Relação com a estrutura agrária na região de Sorocaba, SP*, Luiz Caldas Jr. (1980); *Doença de*

---

<sup>67</sup> DONNANGELO, Maria Cecília F. *A pesquisa na área da saúde*. p. 32-33.

*Chagas e processo migratório no Estado de São Paulo*, Julio Litvoc (1977); *Doença de Chagas e trabalho em área urbana*, Moisés Goldbaum (1976).

IV – Alternativas metodológicas e ampliação dos modelos aplicados à História Natural: *Evolução da doença de Chagas no estado de São Paulo*, Luiz Jacinto Silva (1981) e outros trabalhos formulados no México, por Asa Cristina Laurell e no Equador, por Jaime Breilh e Edmundo Granda.

V – Relação entre saúde e trabalho: trabalhos iniciados na metade da década de 1970 por Ana Maria Tambellini Arouca.

VI – Planejamento e reorganização administrativa como base para a racionalização da prática médica: *Contribuição para o planejamento da luta antituberculosa no Brasil*, Oswaldo Campos (1966); *A integração sanitária: doutrina e prática*, Reinaldo Ramos (1972).

VII – Estudos sobre prática de saúde e a articulação econômica e político-ideológica da prática sanitária na sociedade brasileira: *Medicina e sociedade*, Maria Cecília F. Donnangelo (1973); *As instituições médicas no Brasil. Instituições e estratégia de hegemonia*, Madel Luz (1979); *A questão da saúde no Brasil*, José Carlos Braga (1978); *Saúde, medicina e trabalho no Brasil*, Cristina Posses (1980); *Previdência social e processo político no Brasil*, Amélia Cohn (1981) e estudos desenvolvidos a partir de 1976, no Rio de Janeiro, pelo Programa de Estudos Sociais em Saúde (PESES).

VIII – Aspectos específicos das articulações da medicina na sociedade brasileira: *A indústria da saúde no Brasil*, Hesio Cordeiro (1980); *A questão dos remédios no Brasil. Produção e consumo*, Geraldo Giovanni (1980); *Prática médica no Brasil*, Hesio Cordeiro (1981); *Assistência médica e relações de trabalho na empresa: o modelo dos convênios com a previdência social*, Regina M. Giffoni (1981).

IX – Investigações sobre o sentido histórico de práticas médicas específicas: *A questão da puericultura o Brasil*, Hillegonda Maria Dutilh Novaes (1979) e estudos formulados por Roberto Machado, Jurandir Freire Costa, Joel Birman e Maria Andréa Loyola Leblon.

X – Estudos voltados para a *medicina comunitária*: *Medicina comunitária, emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira*, Luiz Cordoni Jr. (1979); *Avaliação do impacto da operação de postos de saúde em pequenas comunidades rurais do norte do estado de Goiás*, Antonio Carlos Azevedo (1979).

XI – Questões suscitadas pela organização das práticas de saúde no Brasil: *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, Sergio Arouca (1975); *Saúde e sociedade*, Maria Cecília F. Donnangelo (1976); *A saúde e os conceitos*, Ricardo Lafetá Novaes (1977); *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica*, Roberto Passos Nogueira (1977); *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1979); *Contribuição ao estudo da educação médica*, Lilia B. Schraiber (1980).

Como acompanhamos, aquilo que poderia ser apenas um levantamento de uma área de conhecimento em desenvolvimento pode ser revisto hoje como balanço de toda uma produção que fincava

suas raízes nos anos 1950 e 1960, mas que ganhou fôlego no Brasil a partir da década de 1970. Um contexto político difícil, crivado por problemas sociais endêmicos, acabou por fornecer espaços de ação àqueles que pesquisavam o campo da *saúde coletiva*. Com sua posição acadêmica e social, acompanhada em sua trajetória biográfica, Maria Cecília Donnangelo percebeu esse movimento e seus trabalhos acabaram por inaugurar, desde suas pesquisas registradas no final da década de 1960 e seu aprofundamento e desdobramento na década posterior, uma nova possibilidade de se interpretarem o campo da saúde e conseqüentemente a sociedade brasileira.

O caráter paradigmático de sua obra e de seus conceitos, articulado a toda uma movimentação que a acompanhou, faz de seu trabalho um ponto de reflexão constante, como bem apontou Paim, exatamente por indicar historicamente como chegamos até aqui e quais as direções possíveis no sentido de se “refazerem”, como ela propôs, novos caminhos a partir da historicidade do momento vivido. Para isso, seu papel foi o de instituir um campo em construção<sup>68</sup>, publicar e disseminar a produção correspondente e finalmente formar recursos humanos na área.

O presente registro da percepção e da apreciação de sua disposição para o social e para a política como intervenção capaz de transformar o contexto histórico de uma época não se pretende pioneiro - posto que os méritos intelectuais de Cecília Donnangelo já foram registrados-, mas procura dar maior visibilidade à sua contribuição como fonte reflexiva atual.

O esforço que Cecília Donnangelo empreendeu para que se pudesse, no Brasil, compreender e explicar, apreender e modificar as práticas de saúde, especialmente a prática médica, tomando-as como práticas constitutivas da socialidade – e essa é sua grande tese – fundamentou e fundamenta ainda um amplo conjunto de investigações científicas e de aplicações técnicas e políticas que acabou por levar a vida cotidiana do trabalhador em saúde a um novo estágio de objetivação. Eis aí o indicador máximo da excelência do pensamento teórico: voltar à cotidianidade constituindo identidades sociais particulares das pessoas em sua

<sup>68</sup> Para a idéia de construção do campo de conhecimento e sua disseminação, bem como do capital intelectual e simbólico produzidos, acompanhar discussão em BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1989.

vida, sem que elas suspeitem de que as categorias mentais à base das quais procedem a essa construção tenham sido arduamente arrancadas das aparências e dos preconceitos dos tempos anteriores (...) todos os que convivemos com ela aprendemos uma lição que não se pode esquecer: a busca racional da *verdade* é indissociável da busca do *bem*. O apaixonado vigor com que se lançava em defesa do rigor metodológico encontrava sua justificação profunda na conexão entre o *bem* e a busca da *verdade*; a emocionante indignação com que colocava o amor pela humanidade acima de qualquer *verdade* teórica fundamentava a justa relação entre ambos. Em algumas gerações de alunos e companheiros ficou gravada essa postura ética como imperativo de consciência absolutamente irrenunciável.<sup>69</sup>

### Recursos humanos em saúde no Brasil: alguns desdobramentos

Nos estudos relativos à medicina e à saúde no Brasil, deparamos com um conjunto de produções que, mesmo sem se chamar *recursos humanos*, permitiram, a partir das ações impetradas nos anos 1970, que se encontrassem soluções teóricas capazes de recompor os recursos humanos, entendidos como parte integrante de totalidades mais amplas. Essas investigações podem ser agrupadas sob a designação de “organização social das práticas em saúde” e, se não apresentavam resultados imediatamente aplicáveis às políticas no campo, estiveram, no entanto, por trás de quase todas as explicações alcançadas em investigações mais concretas<sup>70</sup>.

Produziram-se, a partir de então, estudos sobre o mundo do trabalho, dentro de diversas vertentes como a produtividade, a relação entre custos e benefícios, a caracterização da distribuição de profissionais no mercado e a insuficiência de materiais ou instalações como responsáveis pela baixa qualidade assistencial. A concepção de *recursos humanos* como força e agente de trabalho acabou ultrapassando seu viés aparentemente profissional e abrindo espaço para uma compreensão mais ampla na produção das práticas como um trabalho social, lançando definitivamente a noção de *trabalhadores da saúde* como categoria de análise e interpretação teórica<sup>71</sup>.

<sup>69</sup> MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Cecília Donnangelo hoje*, 1992, p. 2. Mimeografado.

<sup>70</sup> *A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde*: Relatório de Seminário. Brasília, Ministério da Saúde; Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. 1993, p. 18.

<sup>71</sup> SCHRAIBER, Lília B.; MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, Sonia (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 291.



Essas investigações foram articuladas, em grande medida, nos trabalhos de Cecília Donnangelo e em seus desdobramentos - a orientação de pesquisas acadêmicas e o prolongamento de suas idéias em outras esferas do campo da saúde. Um caso exemplar é o de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, que em 1979 defendeu sua dissertação de mestrado, *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*, contribuindo para a apreensão das práticas de saúde e o domínio de suas intervenções.

Nesse estudo, mostrou a medicina em sua estruturação ligada à construção da socialidade moderna, inserindo em sua prática aspectos produzidos sobre a formulação da vida coletiva:

as características da medicina, enquanto prática social articulada no conjunto estruturado que se especifica como produção capitalista, sendo necessária a referencia à situação que seus agentes ocupam na estrutura social, situação de classe que é ao mesmo tempo premissa e resultado dessa prática, isto é, situação de classe que é reproduzida através dessa prática.<sup>72</sup>

Mendes-Gonçalves notou que, ao se incorporar o cuidado médico ao custo de reprodução da força de trabalho,

a prática médica se impõe, portanto, tomar para si uma tarefa que inclui sempre uma dimensão de manipulação de antagonismos sociais, e isso se revela sob diversas formas.<sup>73</sup>

Entre elas, na incorporação do consumo de serviços médicos àquela reprodução, revelando onde se inspira a legitimação da atenção médica como sendo capaz de dar conta das “necessidades de saúde”, apesar das condições que geram tais necessidades.

Comparativamente, o consumo de serviços médicos substituiu parcialmente o consumo de bens que “produzem” saúde - tanto no sentido do uso alternativo de recursos quanto no da real identificação do cuidado médico como “produtor de saúde” - e, por consequência, reproduziu o portador da “necessidade médica” como consumidor

<sup>72</sup> MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. São Paulo. Dissertação (Mestrado) - Depto. de Medicina Preventiva-FMUSP, 1979, p. 180.

<sup>73</sup> Idem, p. 184-185.

“satisfeito”, com o quê interceptou os nexos entre as condições de vida e a transgressão das estruturas de normatividade. Finalmente, à medida que pode trocar o consumo de outros bens, o consumo de cuidado médicos resguarda o capital de uma elevação direta dos salários, uma vez que pode ser indiretamente financiado por estruturas socializadoras de custos, que denotam uma elevação indireta dos salários, mas por isso mesmo repercutem de forma atenuada sobre a acumulação<sup>74</sup>.

Duas premissas fundamentais podem ser levantadas a partir das análises do autor:

a premissa da socialidade da ação, quer dizer, ela está completamente amarrada nessa utilidade social, e ao mesmo tempo ela tem uma certa tecnicidade, isto é, capacidade de repetir-se como operação manual concreta. Este último aspecto será a específica contribuição da ciência à socialidade indicando, criando, para a ação social, o modo de ser técnico.<sup>75</sup>

Indo além nesse movimento, dada a importância do trabalho em saúde e seus canais de sociabilidade, Joana Azevedo da Silva desenvolveu, em sua dissertação de mestrado, no ano de 1983, um profundo estudo acompanhando o projeto de implantação da Assistência Primária em Saúde e, mais especificamente, do trabalho dos Agentes de Saúde na região do Vale do Ribeira em São Paulo durante os anos 1970. Segundo a autora,

no final da década de 1960, o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo realizou, por intermédio de docentes e alunos e com o apoio da SESSP, um levantamento para o diagnóstico das condições de saúde da região, cujo objetivo prendia-se à implantação de um programa de assistência médica regionalizado e integrado, visando a promoção, preservação e restauração da saúde da população.<sup>76</sup>

---

<sup>74</sup> Idem, *ibidem*.

<sup>75</sup> SCHRAIBER, Lilia B. Ciência, trabalho e trabalhadores em saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. In: *Divulgação em saúde para debate (Publicação editada pelo CEBES)*, n. 14, Londrina, 1996, p. 8.

<sup>76</sup> SILVA, Joana Azevedo da. *Assistência primária de saúde: o agente de saúde do Vale do Ribeira*. São Paulo, Dissertação (Mestrado) - Depto. de Prática de Saúde Pública da faculdade de Saúde Pública-USP, 1983. p. 44.

Com o fito de compreender o processo prático da implantação desse projeto, acompanhamos as estratégias de sua implementação, entre elas, o desenvolvimento de um núcleo de formação de recursos humanos visando treinar o pessoal necessário ao programa, contando com a participação de técnicos do Ministério da Saúde e de outras instituições ligadas à formação de pessoal, bem como a ênfase dada ao treinamento de Agentes de Saúde, recrutados e selecionados entre os moradores da comunidade, para operar os Postos de Assistência Sanitária e desenvolver ações de saneamento<sup>77</sup>.

É interessante notar como se foi construindo a rede de assistência, implantada então em 15 localidades rurais pertencentes a 7 municípios da região, e igualmente a participação da comunidade frente aos dilemas da saúde vivenciados e representados, em larga medida, pela figura do Agente de Saúde. O treinamento desses Agentes foi definido pela Equipe de Coordenação do Projeto com a assessoria de técnicos do Ministério da Saúde. Divididos em módulos, para uma melhor apreensão dos conhecimentos adquiridos, desenvolveram-se os seguintes temas: 1) Conhecendo a comunidade; 2) Comunicando: aprendendo e ensinando; 3) Conhecendo o corpo: aprendendo a cuidar do corpo; 4) Avaliando.

Entre as análises apresentadas pela autora, constata-se, em nível preliminar e abreviado, que os treinamentos foram satisfatórios, mesmo não tendo havido uma segunda fase do projeto - a chamada “educação continuada”. A ação dos Agentes foi considerada suficiente em seu plano mais prático como, por exemplo, nos procedimentos em enfermagem, entretanto, não foi adequada na orientação sobre medidas preventivas e na ausência de preocupações em aprender com o paciente, conhecendo a realidade vivida, para uma melhor compreensão do fenômeno de doença reportado.

Contudo, essas aferições negativas em

relação ao trabalho dos Agentes de Saúde, de forma alguma diminuem seu valor e sua necessidade, impondo, pelo contrário, a retomada do processo de capacitação no trabalho e a busca de soluções adequadas para os aspectos identificados como limites.<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> Idem, p. 54.

<sup>78</sup> Idem, p. 319-320.

Entre estes, enfeixem-se os relacionados à necessidade de uma definição mais precisa do papel dos recursos humanos em saúde e sua polarização, naquele momento, do que se entendia por força de trabalho.

Ainda em 1983, Roberto Passos Nogueira atentou para isso e procurou discriminar as diferenças entre *força de trabalho* e *recursos humanos*. Para o quê revelou a força de trabalho como uma terminologia calcada na economia política, em especial na escola clássica de Smith, Ricardo e Marx, sendo usada em diversos campos científicos com seu uso descritivo e analítico no processo de conhecimento de fenômenos demográficos e macroeconômicos. A expressão *recursos humanos*, por sua vez, seria do âmbito da ciência da administração e se subordina à ótica de quem exerce algum tipo de função gerencial ou de planejamento. Assim, a utilização dessa expressão pretende explicitar sua intervenção numa dada realidade, para produzir e aprimorar ou para administrar esse recurso especial que é a capacidade de trabalho dos indivíduos<sup>79</sup>.

Na visão de Nogueira, as diferenças conceituais entre *força de trabalho* e *recurso humano* pretendiam flagrar a organização do trabalho em saúde e, num aspecto mais geral, a distribuição da força de trabalho em saúde no Brasil por nível de escolaridade e categoria profissional:

além do peso expressivo dos funcionários administrativos (30%), a grande polarização desse espectro de profissionais: a maciça presença tanto da categoria mais qualificada – os médicos, compondo 18% do total – quanto da menos qualificada – os atendentes, com instrução elementar, representando 22%. Essa polarização nada mais é do que a expressão, em termos de estatística de força de trabalho, de uma aplicação extremamente ortodoxa do princípio de redistribuição e integração das tarefas, de tal modo que a qualidade dos serviços finais prestados às pessoas não é levada em consideração.<sup>80</sup>

Todas essas investigações mostram que os primeiros anos da década de 1980 viram uma abundante oferta de indivíduos com baixos

<sup>79</sup> NOGUEIRA, Roberto P. A força de trabalho em saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 17, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1983, p. 61.

<sup>80</sup> Idem.

níveis de escolaridade para a obtenção de emprego na área da saúde. Esta, por sua vez, valia-se abusivamente dessa circunstância praticando baixa remuneração, aproveitando-se da conjuntura estabelecida e concorrendo para consolidar a realidade vigente no mercado de trabalho. Aos dados do período, acresce-se a importante penetração do capital na produção de serviços em saúde no país, bem como no incremento do capital industrial na área farmacêutica de medicamentos. Essa expansão acarretou logicamente o alargamento dos serviços de saúde financiados pelo Estado com recursos de fundos sociais, custeado pela compra ou contratação de serviços ao setor privado da Previdência.

Assim, o Estado interveio como financiador e comprador desses serviços, ato ligado a uma ampliação da oferta de empregos, em grande parte no setor privado<sup>81</sup>. Conseqüentemente, as condições e o mercado de trabalho passaram a ganhar espaço nas problemáticas que envolviam recursos humanos. O desempenho dos profissionais passou a ser estudado e acompanhado no sentido de se compreendê-lo numa situação mais extensa do processo e da organização das profissões no Brasil.

Exemplos desse esforço sentiram-se na I Conferencia Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada sob a influência da VIII Conferencia Nacional de Saúde (CNS), abrindo espaço para uma articulação mais profunda entre instituições de saúde - ensino e serviços - e entidades representativas da população. No que tange ao ensino de graduação, propuseram-se, entre outras medidas, uma antecipação do contato do aluno com as questões relacionadas à saúde, por meio de uma alteração do ciclo básico, a discussão de “saúde e sociedade” e a IDA, ou “integração ensino-serviço” como mecanismo de reorganização dos serviços<sup>82</sup>.

<sup>81</sup> CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Os médicos e a política de saúde: entre a estatização e o empresariamento – a defesa da prática liberal da Medicina*. São Paulo: Hucitec, 1988, p. 39.

<sup>82</sup> PAIM, Jairnilson Silva. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública-USP, 1994, p. 14.

Na percepção de Santana e Campos, com os efeitos da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Recursos Humanos, ambas realizadas em 1986, surgia campo fértil para uma revisão na área voltada para os recursos humanos em saúde, devendo-se

estabelecer diretrizes para a formação e o aprimoramento da qualidade da força de trabalho setorial e para a promoção profissional, que fossem obedecidas pela totalidade dos estabelecimentos de saúde no país. Os problemas de maior relevância deveriam ser objeto de uma intervenção programada e assegurada por instrumentos normativos e financeiros correspondentes à dimensão e à complexidade de tais problemas.<sup>83</sup>

Para eles, era preciso ultrapassar a estreita visão que vigorava até então sobre a valorização dos trabalhadores em saúde, avançando das questões relativas à isonomia limitada da questão salarial para temáticas como a dedicação exclusiva ao serviço público ou a eliminação da chamada “dupla militância”<sup>84</sup>. Não obstante, considerações próximas a essa permaneceram na pauta da *saúde coletiva* nos anos seguintes, atestando a importância de sua apreciação e a identificação de suas pendências e recuos.

Em 1992, a partir do relatório final do seminário realizado pelo Ministério da Saúde e pela Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, *A investigação sobre recursos humanos em saúde*, retomou-se o compromisso de

aprimorar os sistemas de produção e consolidação de dados, de ordem ainda predominantemente quantitativa, no sentido de viabilizar uma base empírica mais confiável e diversificada com a qual interpretar – e intervir – com maior agilidade sobre a dinâmica da força de trabalho no setor<sup>85</sup>.

<sup>83</sup> SANTANA, José Paranaguá e CAMPOS, Francisco Eduardo de. A valorização do trabalho em saúde. *Temas*, Radis, ano 6, n. 11, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1988, p. 21-22, apud A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais da saúde (1941-1992). *Cadernos RFI Saúde*, Brasília, 1993, p. 197.

<sup>84</sup> Idem, p. 198.

<sup>85</sup> *A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde*, op. cit., p. 20.

Os problemas mais nitidamente identificados ainda traziam assuntos discutidos na 1ª Conferência de RHS como

o da linha de pesquisa ‘força de trabalho em saúde’, mais como efeito de características estruturais da comunidade de pesquisadores do que como característica teórica do próprio recorte temático em si mesmo, a relativa hiperbolização da categoria conceitual ‘força de trabalho’, que tende a ser compreendida como se subordinasse inúmeras outras dimensões – da totalidade parcial ‘trabalhador em saúde’, sem que se justifique teoricamente essa subordinação<sup>86</sup>.

Mas, se havia pendências como as apontadas, elas não poderiam ser localizadas num balanço da produção até ali realizada? Não estariam, nos conceitos formulados e nas categorias levantadas, importantes limites conceituais e temáticos? Schraiber e Peduzzi<sup>87</sup> notaram justamente que, entre os dilemas de superação no campo dos recursos humanos em saúde, era imprescindível armazenar conhecimento para que os princípios de universalidade, equidade e integridade das ações e participação popular nos serviços não representassem obstáculos, como se vinha considerando.

Por isso, identificaram, entre os anos 1970 e 1980, as tendências da investigação na área de recursos humanos em saúde no Brasil, empreitando um levantamento bibliográfico em diversas bibliotecas e centros de estudos, onde colheram e classificaram cerca de 500 textos. Entre os assuntos arrolados, os mais discutidos eram “profissionais de saúde” e “formação/capacitação de recursos humanos em saúde”, secundados por “administração de recursos em saúde”, “o mercado de trabalho em saúde” e “agentes do trabalho em saúde”.<sup>88</sup> Quanto ao teor dos estudos teóricos e empíricos explorados, as autoras concluíram que, se havia uma produção em andamento na área da pesquisa, os limites centrais para a compreensão do trabalho em saúde eram igualmente evidentes.

<sup>86</sup> Idem.

<sup>87</sup> SCHRAIBER, Lilia B.; PEDUZZI, Marina. Tendências e possibilidades de investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. In: *Educación médica y salud; recursos humanos para salud: nuevos espacios de trabajo*. v. 27, n. 3, Washington, Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1993, p. 295-313.

<sup>88</sup> Idem, p. 308.

Exemplarmente, sobre a área desenvolvida - a profissão médica, a abordagem a concebia como “*o exercício de atividade ou ocupação especializada, sob formas determinadas de organização da produção de serviços de saúde, do qual se pode tirar os meios de subsistência e, sobretudo, tem-se o controle.*”<sup>89</sup> Essa conceituação colocava o médico como eixo dos serviços, relegando a explicação do trabalhador como parte do processo de trabalho. Por não estar configurado como trabalhador coletivo, o profissional era reduzido a suas competências técnico-científicas, resultando em diferentes características e qualidades aos serviços prestados, “*como se a prática de saúde se resumisse a uma técnica, resultado de um conjunto de conhecimentos, atividades, atribuições e funções.*”<sup>90</sup>

A categoria “*formação/ capacitação*”, bastante enfatizada, tinha seu mote central em temas ligados à educação, girando em torno da formação escolar, graduação, pós-graduação, estágios, residências, aperfeiçoamento profissional, treinamento em serviço, educação continuada, reforma curricular e integração docente-assistencial. O motivo dessa escolha temática ligava-se ao destaque dado nesse período à capacitação profissional na área de recursos humanos, em que se considerava que o processo educativo era suficiente para responder às demandas de organização dos serviços em saúde e “*novamente, a ênfase na dimensão técnica da questão educacional, o que reduz a educação a apenas à reprodução e transmissão do conhecimento, ou seja, ao ensino do saber.*”<sup>91</sup>

Atualmente, estudos dedicados à compreensão da inserção e do trabalho efetivado na área dos recursos humanos em saúde procuram configurar esses trabalhadores como atores centrais de toda a ação terapêutica de natureza hospitalar, ambulatorial e de intervenções preventivas de saúde. É nessa dimensão que devem ser reconhecidos

como um conjunto de agentes capazes de desenvolver ações de saúde, sejam as de promoções, proteção, recuperação e reabilitação. Estes envolvem os profissionais, os técnicos e o pessoal de nível auxiliar e elementar, inclusive os agentes comunitários habilitados ou informais (tradicionais). Se as ações de saúde são impensáveis sem os responsáveis pela sua execução,

---

<sup>89</sup> Idem.

<sup>90</sup> Idem, p. 309.

<sup>91</sup> Idem, p. 311.



nada mais óbvio do que entender todos aqueles capazes de cuidar da saúde como RHS, socialmente legitimados ou não. Há, porém, que superar a idéia de RHS como um mero insumo, tal como um recurso material ou financeiro, e recuperar a dimensão de trabalho<sup>92</sup>.

Interferir na qualidade da assistência à saúde demanda, portanto, não apenas adequadas condições objetivas para seu desenvolvimento, senão flexibilidade das formas e da dinâmica de reavaliação permanente de sua organização. Em suma, é preciso que a assistência à saúde seja vista como trabalho em processo, além de processo de trabalho. E aqui nos referimos tanto ao conhecimento técnico-científico obtido nas escolas profissionais e às suas formas de atualização e aprimoramento como, e, sobretudo às condições de sua utilização em transformações dadas da realidade<sup>93</sup>.

Esses são os pressupostos de que partimos para uma “consustancialidade da sociedade” com as práticas técnicas e médicas. Para Schraiber, esse ponto de referência concebe as práticas em saúde como constitutivas da sociedade:

“suas ações não estão fora, acima ou ao lado das questões sociais: elas são o social na esfera da saúde. Ao explicitar isso, aponta-se para o fato de que ali, no cotidiano dessas práticas, nas opções pelos instrumentos e técnicas de intervenção, ali se reproduz a sociedade, ali na montagem e organização dos serviços, nos modos de sua avaliação, a gerencia. Todas essas intervenções são proposições técnico-científicas e também político-ideológicas.”<sup>94</sup>

É esse o *paradigma da politização da saúde* que o campo da saúde coletiva adotou, permitindo a constatação das praticas técnicas como práticas sociais.

Avançando para um plano cultural, Paim indica que os movimentos de reforma que se seguiram às propostas de Flexner - como a *medicina integral*, a *medicina preventiva*, a *medicina comunitária*, a *integração docente-assistencial* e a *medicina da família* -, mesmo tendo influenciado o ensino das profissões de saúde no Brasil, não foram capazes de elaborar um projeto crítico consistente,

<sup>92</sup> PAIM, *op. cit.*, p. 3.

<sup>93</sup> SCHRAIBER, Lilia B.; MACHADO, Maria Helena, *op. cit.*, p. 294.

<sup>94</sup> SCHRAIBER, Lilia B. *Ciência, trabalho e trabalhadores em saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos*, *op. cit.*, p. 7.

paralelo às análises científicas a respeito da realidade brasileira. Daí a irrefutável importância de se voltar aos estudos pretéritos e retomar conceitos básicos e estratégicos, permitindo a formulação de um projeto crítico e alternativo na formação de RHS:

caberia recuperar a produção teórica daquele período e resgatar diferentes experiências ensaiadas capazes de auxiliar a construção de um projeto autóctone que supere a ‘modernização reflexa’ da Universidade e a sua indigência no desenho e na implementação de novas utopias.<sup>95</sup>

Hoje, frentes de estudo no campo da saúde permanecem ligados às preocupações historicamente construídas. Temas como “formação” (currículos, políticas de saúde, equipes multidisciplinares) e “o mundo do trabalho” (gestão de serviços) são priorizados e divulgados com ênfase, abordando as mesmas temáticas sob novos critérios de análise. Entretanto, houve um certo recuo nas discussões sobre a “socialidade no mundo do trabalho”, historicamente defendida como pilar do desenvolvimento da área. Por isso concordamos com a premência de um retorno às raízes históricas da saúde coletiva, em especial das postulações de Maria Cecília Donnangelo, ressignificando, ao fim e ao cabo, os dilemas da Saúde e de seus profissionais frente ao homem e as estratégias difundidas para prevenir e aliviar seu sofrimento.

---

<sup>1</sup> PAIM, *op. cit.*, p. 55.

## TRABALHOS CITADOS



DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Contribuição ao estudo de uma categoria ocupacional: a profissão médica*. São Paulo: Faculdade de Medicina – USP, 1969. Mimeografado.

———. *Caracterização socioeconômica dos pacientes da Clínica de Obstetrícia do Hospital das Clínicas*. São Paulo, Faculdade de Medicina – USP, 1969. Mimeografado.

———. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

———. PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

———. Relatório da Assessoria prestada à Divisão Nacional de Educação Sanitária sobre Metodologia de educação Sanitária no Setor Saúde – OPAS/OMS, São Paulo: 1976. Mimeografado.

———. *Educação sanitária e políticas de saúde*. São Paulo, 1976. Mimeografado.

———. *Curriculum Vitae*. São Paulo, 1982. Mimeografado.

———. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – década de 70. In: *Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco; PEC; ENSP, 1983, p. 19-35.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



BLOCH, Marc. *Apologia da história ou o ofício do historiador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BORDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde: relatório de seminário*. Brasília: Ministério da Saúde; Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993.

BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, ano 2, n. 5, 1983.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Os médicos e a política de saúde: entre a estatização e o empresariamento – a defesa da prática liberal da Medicina*. São Paulo: Hucitec, 1988.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. Entrevista: *Maria Cecília Donnangelo: seis lembranças e um depoimento*. São Paulo. 1983. Mimeografado. Comunicação verbal.

FREIDSON, Eliot. *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York: Atherton Press, 1970.



GARCÍA, Juan César. Medicina e sociedade; as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, Everardo D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

HOBBSBAWM, Eric. *Era dos extremos: o breve século XX 1914-1991*. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. São Paulo. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Preventiva — FMUSP, 1979.

———. *Cecília Donnangelo hoje*. s. l. 1992.

NOGUEIRA, Roberto P. A força de trabalho em saúde. In: *Revista de Administração Pública*, v. 17, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1983.

———. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. In: NUNES, Everardo D.; GARCÍA, Juan César. *As Ciências Sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985.

PAIM, Jairnilson S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública—USP, 1994.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *A crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

SANTANA, José Paranaguá; CAMPOS, Francisco Eduardo de. A valorização do trabalho em saúde. *Temas, Radis*, ano 6, n. 11. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1988, p. 21-22. In: A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais da saúde (1941-1992). Cadernos RH Saúde. Brasília, 1993.

SCHRAIBER, Lilia B. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1989.

———. PEDUZZI, Marina. Tendências e possibilidades de investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. In: *Educación médica y salud; recursos humanos para salud: nuevos espacios de trabajo*. V. 27, n. 3, Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1993.

———. Ciência, trabalho e trabalhadores em saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. In: *Divulgação em saúde para debate (Publicação editada pelo CEBES)*, n. 14, Londrina, 1996.

———. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas*. São Paulo. Tese (Livre-docência) — Departamento de Medicina Preventiva FMUSP, 1997.

———. MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, Sonia (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SIGERIST, Henry E. Aporte de la medicina al progreso de la civilización (presentada en el XIV Congreso Internacional de Historia de la Medicina en Roma, el 17-09-1954). In: SIGERIST, Henry E. *Historia y Sociología de la Medicina (selecciones)*. Trad. Gustavo Molina, Bogotá: Ed. Guadalupe Ltda, 1974.

SILVA, Joana Azevedo da. *Assistência primária de saúde: o agente de saúde do Vale do Ribeira*. São Paulo. Dissertação (Mestrado). Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública—USP, 1983.

STARR, Paul. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos e América*. Trad. Agustín Bárcena, México: Fondo de la Salud; Fondo de Cultura Económica, 1991.

THOMPSON, E. P. *A miséria da teoria ou planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser*. Trad. Waltensir Dutra, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

TURNER, Bryan S. *Medical power and social knowledge*. London: Sage Publications, 1995.

*Equipe de elaboração:*

*André Mota\**

*Joana Azevedo da Silva\*\**

*Lilia B. Lima Schraiber\*\*\**

---

\* Graduado e Doutor em História pelo Depto. de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas USP e Pesquisador-visitante do Depto. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina USP.

---

\*\* Enfermeira e Sanitarista, Doutora em Saúde Pública, Coordenadora da Atenção Básica e PSF da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

---

\*\*\* Médica e Sanitarista, Professora Livre-Docente do Depto. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina USP.



Impressão e acabamento  
Nome da gráfica  
Endereço  
Telefone



**Disque Saúde**  
**0800-61-1997**