

OS EGRESSOS DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DO CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA MURIALDO, 1976-2000

THE FORMER GRADUATES OF FAMILY MEDICINE RESIDENCY AND THE COMMUNITY FROM CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA MURIALDO

Elson Romeu Farias

Médico de Família e Comunidade. Mestre em Saúde Coletiva/ULBRA

E-mail: elsonfarias@terra.com.br

Airton Tetelbom Stein

Médico de Família e Comunidade. Doutor em Medicina/UFRGS

José Ernesto Hoffmann

Acadêmico de Medicina/ULBRA

RESUMO

Introdução: O médico de família e comunidade pode ser definido como aquele que presta cuidados personalizados, contínuos e integrais para indivíduos e famílias de uma dada população, independentemente de idade, sexo ou condição de saúde. Essa especialidade tem importante relação com a Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família. Para a efetiva implantação da estratégia de “Saúde da Família”, o Sistema Único de Saúde não dispõe de profissionais dessa área em quantidade, nem em qualidade suficientes. Por isso, é importante conhecer quem são os egressos dessa especialidade médica. **Objetivos:** Descrever o perfil socio-demográfico e a localização dos egressos. **Metodologia:** Estudo descritivo de série de casos. A população estudada foi composta por 273 egressos do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Centro de Saúde-Escola Murialdo, que ingressaram no Programa entre os anos de 1976 e 1998. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário auto-aplicável, enviado pelo correio aos egressos que tinham seus endereços disponibilizados. **Resultados:** Foram localizados 180 egressos. A taxa de resposta aos questionários enviados foi de 51,6%. Entre o total de egressos, o predomínio foi feminino com 56%. Em relação à idade, a mediana foi de 40 anos. Os egressos foram localizados morando em três países. No Brasil, estavam morando 98,9%, distribuídos por sete estados da Federação, em 52 cidades. Porto Alegre/RS concentrou 63,1%. **Conclusões:** os egressos do Programa do Murialdo concentram-se em grandes centros urbanos, especialmente na Região Metropolitana de Porto Alegre. Houve um predomínio feminino nos egressos da especialidade.

PALAVRAS-CHAVE

Médicos de família/educação; medicina de família/recursos humanos; internato e residência/recursos humanos; questionários/ utilização.

ABSTRACT

Introduction: The Family and Community Physician can be defined as the one providing continuous and total personal care for individuals and families of a certain population, regardless of age, gender or health status. This specialty has an important relation with Primary Health Care/Family Health. For the effective implementation of the “Family Health” strategy, the Sistema Único de Saúde doesn’t count on professionals in this field both in number and quality. Hence, it’s important to know what the graduates in this medical specialty are doing. **Objectives:** To describe the sociodemographic profile, the professional status, background, and workplaces of the graduates. **Methodology:** Descriptive study of a series of cases. The population studied comprised graduates from the Program of Residency in Family and Community Medicine of Centro de Saúde-Escola Murialdo, who enrolled the program between 1976 and 1998. Data collection was done by means of a self-applicable questionnaire, sent by mail to the graduates whose addresses were made available. **Results:** One hundred and eighty graduates were located. The response rate for the questionnaires sent was 51.6%. Amongst the total of graduates, females prevailed at 56%. As for age, the average was 40 years old. The graduates were located in three countries: 98.9% lived in Brazil, distributed in seven states, in 52 cities. Porto Alegre/RS concentrated 63.1%. **Conclusion:** The graduates from the Murialdo Program are concentrated in big urban centers, especially in the Metropolitan Region of Porto Alegre. Women prevailed among the specialized graduates.

KEY WORDS

Family physicians/education; family medicine/ human resources; internship and residency/ human resources; questionnaires/ utilization.

INTRODUÇÃO

Este estudo percorreu uma parte da história da Medicina Geral Comunitária/Medicina de Família e Comunidade do Centro de Saúde-Escola Murialdo da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Adotou-se a denominação Murialdo para a identificação do Centro de Saúde-Escola Murialdo para facilitar o entendimento de sua referência, tendo em vista as mudanças ocorridas na sua nomenclatura, desde sua criação e de como ele é chamado e reconhecido regional e nacionalmente.

A especialidade médica de Medicina Geral Comunitária passou por uma série de transformações nos últimos anos. Os primeiros programas de formação, na modalidade Residência, iniciaram em 1976. O credenciamento dos programas pelo Ministério da Educação, por meio da Comissão Nacional de Residência Médica, aconteceu em 1981. O reconhecimento como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ocorreu em 1986.

Em 2002, ocorreu um movimento, iniciado na Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária, que alterou seu nome para Sociedade Brasileira de Medicina de Fa-

mília e Comunidade - SBMFC e propôs para as três entidades que regulamentam o setor, o CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação - CNRM/MEC, a mudança do nome da especialidade de Medicina Geral Comunitária para Medicina de Família e Comunidade.

Em maio de 2002, as três entidades realizaram encontro conjunto, uniformizaram a denominação e condensaram o número de especialidades existentes no Brasil. Passou-se de sessenta e cinco para cinqüenta especialidades médicas, sendo assumida a troca de nome proposta pela SBMFC (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

A partir dessa data, no Brasil, assumiu-se a denominação oficial de Medicina de Família e Comunidade - MFC para todas as indicações sobre a especialidade Medicina Geral Comunitária.

Em relação aos médicos de família e comunidade no Brasil, há pouca referência disponível para consulta. A pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil", realizada em 1995, mostrou que das sessenta e cinco especialidades reconhecidas, na época, dez sobressaíram no mercado de serviços médicos no Brasil. São as seguintes: Pediatria (13,4%); Gineco-

logia e Obstetrícia (11,8%); Medicina Interna (8,0%); Cirurgia Geral (5,5%); Anestesiologia (5,2%); Cardiologia (4,8%); Ortopedia e Traumatologia (3,7%); Oftalmologia (3,6%); Psiquiatria (3,3%) e Medicina de Família e Comunidade (2,6%). Tais especialidades englobavam 62,1% do total de médicos que atuavam no período. Significa que, entre os 183.052 médicos, havia 4.812 (2,6%) que diziam ter a MFC como principal área de atuação. Na região Sul, a MFC ocupava o maior percentual proporcional entre as regiões com 3,6%, ficando na oitava posição (MACHADO, 1996).

No Brasil, não existe a obrigatoriedade de especialização formal para exercer uma especialidade médica. Só há exigência para o caso de o médico querer divulgar ser especialista em uma determinada área. Para isso, deve estar registrado como tal no Conselho Regional de Medicina do estado em que atua.

Há, então, duas formas de obter-se o registro. São elas, Residência Médica e prova de título de especialista. Na Residência Médica, o título é emitido por instituição credenciada junto ao CNRM/MEC. Na prova de título de especialista, ele é emitido por associação autorizada pela AMB. No caso da MFC, só existe, até outubro de 2003, a possibilidade de obter-se o título por meio da Residência Médica.

Em 1976, os primeiros programas de Residência Médica em MFC eram do Centro de Saúde-Escola Murialdo, do Projeto Vitória da Universidade Federal de Pernambuco e da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

O tema deste estudo é os egressos do Programa de Residência de MFC do Murialdo e pretende contribuir na construção de processos de capacitação e de educação continuada e colaborar com as políticas de abertura de novos programas de Residência em MFC. De fato, sabe-se que a evolução das práticas de saúde e a incorporação crescente de novas tecnologias vêm estabelecendo padrões mutáveis do trabalho, envelhecendo, rapidamente, os cenários estabelecidos para sua realização. Nessa perspectiva, a busca do profissional pela qualificação permanente seria conseqüência da relação que ele mantém com o seu trabalho e da possível associação entre o seu desejo e a sua necessidade de educar-se continuamente (PAIM; NUNES, 1992).

Pode-se identificar seis fases na história da especialidade Medicina de Família e Comunidade no Brasil:

- de 1975 a 1981, criação de serviços de saúde comunitária; falta de um nome definido para os médicos desses serviços e de reconhecimento legal;
- de 1982 a 1985, oficialização dos programas de Residência em MGC; a partir de 1981, houve um crescimento do número de instituições que a desenvolvia;
- de 1986 a 1989, período de consolidação da especialidade, pois ocorreram o reconhecimento por parte do Conselho Federal de Medicina e a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC);

- de 1990 a 1993, houve a realização de três eventos no Brasil, um de âmbito internacional (conferência da “Action for International Medicine”, quando se discutiu, com secretários municipais de saúde do Brasil, como utilizar o médico geral comunitário no sistema municipal de saúde), mas, mesmo assim, ocorre uma desarticulação entre os profissionais. Associado a isso, fecham-se mais do que se abrem programas novos. Com o início da implantação do SUS, timidamente abrem-se vagas em municípios para o médico geral comunitário;
 - 1994 a 2000, o PSF inicia, em nível nacional, um mercado de trabalho impulsionador. A partir de 1999, a categoria rearticula-se e promove um encontro internacional – Seminário Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária – e reativa a SBMGC;
 - 2001 em diante, ocorrem movimentos de várias instituições na direção da formação do Médico de Família; a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária propõe a mudança de seu nome e da especialidade médica, passando de Medicina Geral Comunitária para Medicina de Família e Comunidade; ocorre o Seminário Internacional sobre Saúde da Família: Formação, Certificação e Educação Permanente do Médico de Família, em 2001, na cidade de Fortaleza; é elaborada nova resolução da CNRM, em maio de 2002, sobre o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (já com o novo nome) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade filia-se à Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar - CIMF e Associação Mundial dos Médicos de Família (WONCA) (BRASIL, 2002; FALK, 1999; SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE DA FAMÍLIA..., 2001).
- Dentro da proposta de rearticulação nacional da SBMGC e de instituições interessadas na temática de formação do médico generalista, ocorreu, em 2001, o Seminário Internacional sobre Saúde da Família: Formação, Certificação e Educação Permanente do Médico de Família, que promoveu uma reflexão sobre a realidade nacional e propôs a unificação do discurso em torno do nome Medicina de Família/Medicina Geral Comunitária e, considerando as suas práticas, formulou as seguintes proposições:
- a Medicina de Família/Medicina Geral Comunitária constitui um campo específico de atuação para o médico que trabalha na Atenção Primária de Saúde, possuindo corpo de conhecimentos e doutrina próprios, caracterizados por sua abrangência e complexidade, devendo, portanto, ser considerada uma especialidade médica;
 - o reconhecimento da especialidade médica é crucial para a construção de um sistema baseado na Atenção Primária de Saúde, porque define um campo de atuação, dá credibilidade à área e a torna respeitável como opção de carreira;

- o reconhecimento da Medicina de Família/Medicina Geral Comunitária - MF/MGC como especialidade médica não elimina a necessidade de reorientação do ensino de graduação para adequá-lo à formação de um médico generalista, na verdade, reforça-a;
- Residência é a modalidade ideal para a formação do médico de família, devendo realizar-se um planejamento para, a partir das experiências brasileiras e internacionais, formular padrões nacionais para os programas a serem desenvolvidos e viabilizar o suporte necessário para sua implantação e expansão.

Os programas das Residências de Medicina Geral Comunitária, já existentes, contemplam a necessidade de formação do médico para APS, sendo necessária a atualização da Resolução nº 07/81 CNRM (SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE DA FAMÍLIA..., 2001).

A Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM emitiu nova resolução sobre os programas dessa área, incorporando a decisão da Carta de Fortaleza e a mudança de nome proposta pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2002).

A RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL E A FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

A formação médica foi um dos temas de debates na Europa dos séculos XV a XVIII,

havendo um crescimento da formação em ambiente universitário em contraposição às práticas de curandeiro-empíricos, charlatões e cirurgiões barbeiros. O século XIX foi marcado por profundas transformações na prática e na formação médica. Importantes mudanças no conhecimento médico refletiram-se de modo marcante na formação médica (FACCHINI; PICCINI; SANTOS, 2000).

Fiszbeyn (2000) relata que não há um planejamento na formação de recursos humanos e que as resoluções da CNRM permitem às próprias instituições o papel de regulador, apesar do estabelecido na Lei Orgânica da Saúde e do financiamento público da maioria dos programas.

A pós-graduação médica no Brasil está consagrada na modalidade Residência Médica - RM e é caracterizada por ensino em serviço e considerada como o espaço mais adequado e recomendável para a formação de especialistas (SEMINÁRIO: A ESPECIALIDADE MÉDICA DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA, 1999).

Desde o início do século XX, a RM é uma atividade reconhecida, sendo a Associação Americana de Medicina, em 1927, a primeira a credenciar programas nos Estados Unidos. No Brasil, o Hospital das Clínicas de São Paulo criou o primeiro programa em 1945, na área de Ortopedia. Em 1970, o Conselho Federal de Medicina define a RM como de indispensável importância para a formação do médico. Atualmente, em torno de 282 instituições desenvolvem mais de 2.000 programas, contemplando 70% dos médicos formados anualmente (FUERWERKER, 1998).

Durante um período de muita pressão e articulação entre os médicos-residentes, que reivindicavam melhores condições de trabalho e reconhecimento por parte do Ministério da Educação, surgiu, a partir de 1977, a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, vinculada a esse Ministério. Foi na Resolução nº 07/81, que houve o reconhecimento da Residência em MGC e que se definiram os critérios para credenciamento das instituições que desejam ter o programa (FEUERWERKER, 1998).

Bordin e Silva (1988) chamam a atenção para a necessidade de uma ampla discussão sobre a Resolução nº 07/81, emanada do MEC, e a sua reformulação frente aos movimentos ocorridos na última década, fato que viria a acontecer em 2002 (BRASIL, 2002).

Segundo a Resolução nº 01/2002, os programas de Residência em MFC devem:

- ter duração de dois anos com carga horária anual mínima de 2.880 horas;
- ser organizado, de forma a ter cerca de 80 a 90% de sua carga horária em atividades de treinamento em serviço sob supervisão, destinando-se o restante da carga horária a atividades didáticas complementares;
- ter as atividades de treinamento em serviço programadas por intermédio dos seguintes meios e formas: comunidades: domicílios, escolas, locais de trabalho e lazer, mínimo de 10% da carga horária anual; unidades de

cuidados primários de saúde: postos de saúde em área urbana e rural, centros de saúde e unidades básicas situadas em centros de referência, mínimo 60% da carga horária anual; unidades de cuidados secundários e terciários de saúde; hospitais gerais ou especializados; mínimo de 10% da carga horária anual (BRASIL, 2002).

Os programas de Residência em MFC - PRMMFC deveriam desenvolver atividades em três áreas: atenção em saúde, epidemiologia e administração e planejamento (BRASIL, 2002). O Médico de Família e Comunidade formado nos PRMMFC deve ter como características básicas a prestação de cuidados primários de saúde, com ênfase no grupo materno-infantil, dentro do conceito de atendimento integrado à família, atendimento a patologias ambulatoriais com o máximo de resolutividade, e educação em saúde (BRASIL, 1981; SEMINÁRIO A ESPECIALIDADE MÉDICA DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA, 1999; VICTORA, 1987).

Houve um crescimento do número de programas de RMGC no final da década de 90, com a pressão de muitos municípios desejando profissionais para o PSF, forçando os órgãos formadores a implantarem novos programas. Essa realidade é diversa daquela citada por Bordin e Silva (1988), em que havia falta de locais de trabalho para os egressos dos programas de Residência (FARIAS, 1999).

No Rio Grande do Sul, quatro instituições desenvolvem formação de médicos de família e comunidade, CSEM da Secretaria Estadual

da Saúde, Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Universidade Federal de Pelotas - UFPEL e Universidade de Passo Fundo - UPF. A UFPEL desenvolve o programa da MFC, mas está reconhecida como Medicina Preventiva e Social junto ao CNRM (MADEIRA, 2000).

O CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA MURIALDO

Os primeiros movimentos em prol da saúde na área de abrangência do CSEM datam de 1957 com os esforços da Igreja Católica em prestar atendimento às crianças da região Leste da cidade de Porto Alegre. Em 1959, é firmado um convênio entre a Associação de Proteção à Infância da Congregação São José do Murialdo e a recém-criada Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, formando, assim, o Centro Médico-Social São José do Murialdo, tendo um forte enfoque comunitário. Na década de 60, professores da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul utilizam o espaço do Centro para campo de estágio da disciplina de Higiene, mostrando os primeiros passos na direção de um local de ensino-em-serviço.

Em 1974, assume uma nova direção no Centro e ocorrem mudanças na administração. Passa a ser chamado de Unidade Sanitária São José do Murialdo – Sistema

de Saúde Comunitária e a trabalhar com os princípios da Medicina Comunitária, pois um de seus idealizadores havia retornado de pós-graduação em Saúde Pública na *John Hopkins University School of Hygiene and Public Health*.

Assim, a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul assume totalmente a responsabilidade sobre os serviços de saúde da região e trabalha com os seguintes princípios:

Em uma população definida, deveria englobar a promoção da saúde e a proteção específica contra as doenças (prevenção primária), o diagnóstico precoce, o pronto tratamento e a diminuição da incapacitação (prevenção secundária) e a reabilitação (prevenção terciária) dos problemas que afetassem as condições de saúde física, psíquica e social (BUSNELLO, 1976, 1999¹).

Com o processo de municipalização dos serviços de saúde da cidade de Porto Alegre, ocorrido em 1996, as Unidades Básicas de Saúde - UBS, de responsabilidade da Secretaria Estadual da Saúde, passaram para a gerência da Secretaria Municipal da Saúde. A Unidade Sanitária São José do Murialdo, por ter características de ensino, ficou sob administração estadual, sendo vinculada à Escola de Saúde Pública, e passa à denominação de Centro de Saúde Murialdo (informação verbal¹).

Em 2000, um movimento de qualificação e de reconhecimento do espaço de formação é agregado à palavra Escola, tornando-se Centro de Saúde-Escola Murialdo. O Mu-

1 BUSNELLO, E. **A história da Residência no Murialdo**. Palestra proferida no início do programa de Residência de Medicina Geral Comunitária 1999/2000, Porto Alegre, CSEM, 3 jan. 1999.

rialdo participa do Programa de Residência Integrada em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde, juntamente com o Hospital Psiquiátrico São Pedro e o Ambulatório de Dermatologia Sanitária (FARIAS, 2000).

Atualmente, o Murialdo tem, na sua área de abrangência, 52.000 pessoas, moradoras na região Leste da cidade de Porto Alegre, englobando partes de vários bairros (São José, Aparício Borges, Campo da Tuca, Partenon e Vila João Pessoa). É composto de uma sede administrativa com uma unidade de referência especializada, e sete UBS adscritas. As equipes de saúde das UBS são multiprofissionais, e as atividades visam à interdisciplinaridade. O processo de trabalho baseia-se:

- nos princípios do SUS – integralidade, descentralização e participação popular;
- em ações de Vigilância em Saúde – atenção sobre o território, inter-setorial e resolutiva;
- na articulação entre os diversos níveis do SUS;
- no acesso definido, acolhimento e vínculo;
- no ensino-em-serviço – pós-graduação com residentes das áreas de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Odontologia. Serve de campo de estágios curriculares aos acadêmicos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia de faculdades de instituições conveniadas (CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA MURIALDO, 1999).

O Murialdo desenvolve dois programas de pós-graduação desde janeiro de 2000:

o programa de Residência em MFC (com 20 vagas de ingresso) e o aperfeiçoamento especializado em Saúde Coletiva – ênfase em Atenção Básica – nas áreas de Enfermagem (seis vagas de ingresso) e Psicologia, Nutrição, Serviço Social e Odontologia (três vagas de ingresso cada) (FARIAS, 1999).

Este estudo insere-se no resgate da memória de um dos mais importantes centros de formação de profissionais para Atenção Primária à Saúde no país. De fato, é conhecida a importância que a especialidade Medicina de Família e Comunidade vem tendo no atual cenário brasileiro. Pretende, assim, deixar registrada a trajetória de seus egressos.

OBJETIVOS

- Traçar o perfil sociodemográfico dos médicos de família e comunidade egressos do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Centro de Saúde-Escola Murialdo.
- Caracterizar o perfil dos egressos segundo sexo, idade, número de filhos, estado civil, local de moradia, naturalidade, nacionalidade, local da graduação em Medicina.

METODOLOGIA

Foram estudados os 273 médicos egressos do programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Centro de

Saúde-Escola Murialdo, que ingressaram entre 1976 (primeiro ano da Residência) e 1998. Foram obtidos, no Murialdo, os nomes dos egressos da Residência e seus contatos disponíveis (endereço, telefone, endereço eletrônico) entre os anos de 1976 e 1998. Foi enviada uma correspondência ao Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, solicitando a situação dos médicos egressos do Murialdo quanto ao endereço de atuação. A partir daí, os egressos que não foram localizados passaram a ser procurados na lista telefônica e catálogo de empresas de Medicina de Grupo, via internet.

Em uma primeira comunicação, foi feito um contato pessoal por telefone, ou por correio eletrônico para apresentação sucinta do projeto e dos objetivos, e solicitada a confirmação de um endereço para envio do questionário, via correios. O questionário foi remetido juntamente com um envelope selado para o envio da resposta. Junto ao questionário, foi encaminhada uma apresentação do projeto e do termo de consentimento livre e informado.

Foi realizado um estudo descritivo de uma série de casos. A partir das informações dos egressos respondentes, traçou-se um perfil das suas principais características.

A equipe foi composta por um coordenador e dois auxiliares, atuando simultaneamente no contato com os médicos e na digitação dos dados.

A seleção dos auxiliares foi feita entre acadêmicos de Medicina que tinham experiência em trabalhos desse porte.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi composto por questionário que teve 32 perguntas, abertas e fechadas, visando à coleta de informações que foram agrupadas nos seguintes blocos: dados sociodemográficos, formação acadêmica, situação profissional atual, situação após a Residência, acesso à publicação técnico-científica e necessidade de aprimoramento. O questionário foi baseado em instrumento aplicado pela Fundação Oswaldo Cruz em pesquisa de semelhante natureza (MACHADO, 2000).

ANÁLISE

Realizou-se uma análise descritiva das variáveis estudadas. Foram apresentados percentuais para as variáveis categóricas, e, nas variáveis contínuas, utilizaram-se a média e o desvio padrão.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Luterana do Brasil em seus aspectos científicos e éticos.

RESULTADOS

O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Centro de Saúde-Escola Murialdo formou 273 médicos no período de 1976 a 1998 (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequência por período de formação da totalidade, do número de óbitos, localização, recusa e devolução dos questionários dos egressos de MFC do Murialdo, 1976-1998

Anos	Totalidade de egressos						Localização			Respondentes		
	f		m		Total		óbito	n	%	recusa	n	%
	n	%	n	%	n	%						
76-80	16	5,9	11	4,0	27	9,9	3	17	9,1	0	10	10,6
81-85	46	16,8	34	12,5	80	29,3	2	49	26,2	2	23	24,5
86-90	31	11,4	31	11,4	62	22,7	2	43	23,0	3	16	17,0
91-95	34	12,5	27	9,9	61	22,3	0	46	24,6	0	28	29,8
96-98	27	9,9	16	5,9	43	15,8	0	32	17,1	0	17	18,1
Total	154	56,4	119	43,6	273	100,0	7	187	100,0	5	94	100,0

Os resultados estão divididos em três partes: a primeira refere-se a informações sobre os 273 egressos por ano e sexo; a segunda, às informações sobre os 187 egressos localizados; e a terceira, sobre os 94 egressos que devolveram o questionário.

TOTALIDADE DE EGRESSOS

As mulheres predominam no grupo de egressos, com 56,4% (Tabela 1).

EGRESSOS LOCALIZADOS

Os egressos moram em três países, Brasil, Estados Unidos e México. No Brasil, estão 98,9%, distribuídos por sete estados da Federação. No RS, encontram-se 88,6%; em Porto Alegre e na Região Metropolitana, concentram-se 78,7%.

Residem em 52 cidades, Porto Alegre/RS é o local que concentra a maior frequência de egressos, com 63,1%, seguida de Florianópolis em SC, com 2,7% e Lajeado, Ijuí e

Novo Hamburgo, no RS, com 1,6% em cada cidade (Tabela 2).

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Egressos respondentes

Comparando-se a taxa de resposta dos egressos que ingressaram no período de 76-90 (57%), com aqueles que ingressaram após 1990 (58%), não há diferença estatisticamente significativa ($p=0,98$).

Faixa etária e sexo

A maioria dos respondentes, 52,1%, foi composta de egressos com menos de 40 anos de idade e do sexo masculino com 51,1% (Tabela 3).

Estado civil e número de filhos

Referiram serem casados 62,8% (59/94) e solteiros, 26,6% (25/94) dos egressos.

Responderam não ter filhos 52,1% (49/94) e ter um ou dois filhos 42,5% (40/94).

Tabela 2 – Distribuição por cidade de moradia por egressos localizados e respondentes ao questionário dos egressos de MFC do Murialdo, 1976-1998.

Cidade	Egressos localizados		Respondentes	
	n	%	n	%
Porto Alegre	118	63,1	70	74,5
Florianópolis	5	2,7	0	0,0
Ijuí	3	1,6	2	2,1
Novo Hamburgo	3	1,6	2	2,1
Lajeado	3	1,6	1	1,1
Francisco Beltrão	2	1,1	2	2,1
Santa Maria	2	1,1	2	2,1
Venâncio Aires	2	1,1	2	2,1
Montenegro	2	1,1	1	1,1
Rio de Janeiro	2	1,1	1	1,1
Bento Gonçalves	2	1,1	0	0,0
Igrejinha	2	1,1	0	0,0
São Paulo	2	1,1	0	0,0
Demais cidades*	39	20,9	11	11,7
Total	187	100,0	94	100,0

* Apresentaram um egresso cada cidade: Araranguá, Barão do Cotegipe, Blumenau, Brasília, Caibaté, Camaquã, Campo Bom, Canela, Canoas, Capão da Canoa, Caxias do Sul, Chapecó, Charqueadas, Chicago, Colinas, Curitiba, Estância Velha, Farroupilha, Feliz, Gramado, Gravataí, Guaíba, Lajes, Maravilha, México, Osório, Panambi, Ponta Grossa, Rio Grande, Rio Verde, Santo Cristo, São Leopoldo, São Marcos, Teutônia, Uruguaiana, Vacaria, Veranópolis, Videira, Xangri-lá.

Entre os 187 egressos localizados, o predomínio foi masculino com 50,3%.

Tabela 3 – Distribuição por sexo e faixa etária dos respondentes ao questionário egressos de MFC do Murialdo, 1976-1998.

Faixa etária anos	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
25-29	0	0,0	2	100,0	2	2,1
30-34	10	55,6	8	44,4	18	19,1
35-39	13	44,8	16	55,2	29	30,9
40-44	8	40,0	12	60,0	20	21,3
45-49	11	61,1	7	38,9	18	19,1
50-54	4	57,1	3	42,9	7	7,4
total	46	48,9	48	51,1	94	100,0

Nacionalidade

Todos egressos nasceram no Brasil, destes, 91,5%, no Rio Grande do Sul.

Faculdade de Medicina de origem

Os egressos realizaram seus cursos de graduação em nove faculdades de Medicina, sendo 72,3% de natureza pública. As principais faculdades de Medicina de graduação foram a da UFRGS com 34%, seguida da FFFCMPA, com 22,3% e da PUC-RS, com 12,3%.

DISCUSSÃO

A localização dos egressos em Porto Alegre e Região Metropolitana é semelhante à tendência global dos médicos brasileiros residirem próximos a grandes centros urbanos. A região é o principal pólo do Rio Grande do Sul, centro econômico e financeiro, político, cultural, administrativo e de transporte. Há, portanto, uma forte concentração econômica calculada em aproximadamente 37% do total do estado. Os egressos evidenciam uma tendência de manterem-se na região onde concluíram a graduação em Medicina e a Residência em MFC (FUNDAÇÃO ESTADUAL DE PLANEJAMENTO METROPOLITANO E REGIONAL, 2003). Nota-se, então, a importância de abrir-se e fortalecer PRMFC em localidades do interior do Rio Grande do Sul.

Essa questão leva à reflexão sobre o papel do Murialdo como pólo de capacitação de médicos para trabalharem no desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde em todo o Estado do RS, pois, até o momento, tem

servido de fonte de pessoal para a cidade de Porto Alegre e região metropolitana.

O predomínio feminino na especialidade Medicina de Família e Comunidade difere do predomínio masculino na classe médica em geral (67,3%) (MACHADO, 1996). A MFC aproxima-se das características dos pediatras, também fortemente marcada pela “feminilização”, com 59,8%. Na Cardiologia, apesar da maioria masculina, na faixa etária abaixo de 40 anos, as mulheres já predominam (MACHADO, 1996; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002).

A característica “jovem” da profissão aparece também nos egressos do Murialdo. Na faixa etária de menos de 45 anos, estão 74,4% dos egressos, acima do encontrado na pesquisa sobre o perfil dos médicos no Brasil com 65,8% e na região Sul com 67,3% e dos cardiologistas com 57,6% (MACHADO, 1996; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002).

REFERÊNCIAS

- BORDIN, R.; SILVA, J. O. Análise crítica dos programas de residência médica em medicina geral comunitária. **Revista HCPA**, v. 9, n.1, p. 34-39, 1989.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 07 de 1981. Dispõe sobre o programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária entre as especialidades médicas credenciáveis pela CNRM. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 jun. 1981.
- _____. Resolução nº 01 de 2002. Dispõe sobre o programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade entre as especialidades médicas credenciáveis pela CNRM. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 maio 2002.

- BUSNELLO, E. A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária. Porto Alegre, 1976. 282 f. Tese da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1976.
- CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA MURIALDO. Proposta de gestão 1999-2002. Secretaria Estadual da Saúde. Porto Alegre, 1999. Em mimeo.
- CEITLIN, J. (Org.) **Que és la medicina familiar**. [s.l.]: FEPA-FEM/KELLOG, 1982. 215p.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1666/2003. Dispõe sobre o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 abr. 2002, n. 81
- FACCHINI, A. F.; PICCINI, R. X.; SANTOS, R. C. Aspectos históricos e conceituais em educação médica. In: COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Disponível em: <<http://www.unb.br/fs/pr33.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2000.
- FALK, J. W. Aspectos conceituais, históricos e curriculares da medicina geral comunitária. In: LEITE, D. (Org.). **Pedagogia universitária**. Porto Alegre: Ed. da Universidade, 1999.
- FARIAS, E. R. **A Medicina Geral Comunitária e o Murialdo**. Porto Alegre: HCPA, 2000. Apresentado no Seminário Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, seção Porto Alegre. 30 out. 2000.
- FARIAS, E. R. et al. A Residência de Medicina Geral Comunitária do Centro de Saúde Murialdo. In: MOSTRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1. **Anais...** Brasília, DF, 1999.
- FEUERWERKER, L. **A mudança na educação médica & a residência médica no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1998.
- FISZBEYN, C. **A Residência Médica como formadora de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo: uma visão crítica**. 2000. 197 f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- FUNDAÇÃO ESTADUAL DE PLANEJAMENTO METROPOLITANO E REGIONAL. Municípios e região metropolitana. Disponível em: <<http://www.metroplan.rs.gov.br>> Acesso em: 18 jan. 2003.
- MACHADO, M. H. . **Perfil dos médicos do Brasil**. 1996. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/perfil/introducao.html>. Acesso em: 13 nov. 2003.
- _____. **Perfil de médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- MADEIRA, A. Apresentação do programa de formação de médicos gerais comunitários na cidade de Pelotas, RS. Porto Alegre, HCPA, 30 out. 2000. Apresentado no Seminário Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária – seção Porto Alegre.
- PAIM, J.; NUNES, M. C. Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 3, p. 262-269, 1992.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro de Saúde-Escola Murialdo. **Proposta de gestão 1999-2002**. Porto Alegre, 1999. Mimeografado.
- SEMINÁRIO A ESPECIALIDADE MÉDICA DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA, Campinas, 25 a 26 de novembro de 1999. **Relatório Final**. Campinas, 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/documentos/relatorio.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2000.
- SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE DA FAMÍLIA: FORMAÇÃO, CERTIFICAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DO MÉDICO DE FAMÍLIA, Fortaleza, 3 a 6 de abril de 2001. **Carta de Recomendação**. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br/hpesp/port/psf/Seminario/CartaDeFortaleza.asp>>. Acesso em: 15 jun. 2001.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Perfil do cardiologista brasileiro, 2002**. Porto Alegre, 2002. 1 CD-ROM. Apresentação de Slides do Microsoft PowerPoint for Windows.
- VICTORA, C. Aspectos práticos do planejamento de inquéritos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina Geral Comunitária**, n. 1, p. 14-22, 1987.