UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

DOUGLAS HENRIQUE DE MACEDO

O MUNDO DO TRABALHO NA GRADUAÇÃO MÉDICA: A VISÃO DOS RECÉM-EGRESSOS

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

São Paulo

2010

M_ _ _o

Macedo, Douglas Henrique de

O Mundo do Trabalho na Graduação Médica: a visão dos recém-egressos. / Douglas Henrique de Macedo. -- São Paulo, 2010

xv, 185 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Programa de Ensino em Ciências da Saúde, 2010

Título em inglês: Work World in The Medical Graduation: the view of the newly graduated.

1. Educação Médica. 2. Mercado de Trabalho. 3. Prática Profissional.

DOUGLAS HENRIQUE DE MACEDO

O Mundo do Trabalho na Graduação: a visão dos recém-egressos

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação de Ensino em Ciências da Saúde

Banca Examinadora

_____

Prof. Dr. Nildo Alves Batista - presidente
Universidade Federal de São Paulo

_____

Prof. Dr. José Antônio Marques Maia de Almeida - membro
Universidade Federal de São Paulo

_____

Prof. Dr. Fernando de Almeida Silveira - membro
Universidade Federal de São Paulo

_____

Prof. Dr. Ricardo Hirata Ikeda - membro
Faculdade Getúlio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo

_____

Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista – suplente
Universidade Federal de São Paulo

São Paulo, 7 de junho de 2010.

DEDICATÓRIA

Dedico este mestrado a meu pai, Vilebaldo, por ter me mostrado o valor do trabalho.

À minha mãe, Maria, pelo modelo de perseverança e de coragem.

E à minha companheira, Flavia Lilalva, pelo entendimento dos momentos de ausência provocados pelo ritmo alucinante das minhas escolhas e pelo encorajamento contínuo e incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos colegas e professores da Especialização do curso “Formação de Docentes para o Ensino Superior”, turma 2006, da Universidade Nove de Julho; da Especialização em “Educação em Ciências da Saúde”, turma 2006, da Universidade Federal de São Paulo e do Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde, turma 2008, da Universidade Federal de São Paulo, pela contribuição de ideias.

Aos colegas de plantões pela compreensão e ajuda nos momentos em que eu não conseguia conciliar a vida profissional com a acadêmica.

Ao professor-orientador Nildo pela paciência e orientação valorosa.

"A arte é longa, a vida breve, a ocasião fugitiva, a experiência falaz, o juízo dificultoso. Não basta que o médico faça por sua vez quanto deve fazer, se por outro lado não coincidem ao mesmo objeto, os assistentes e as circunstâncias exteriores restantes." (HIPÓCRATES)

RESUMO

O desenvolvimento tecnológico após a Revolução Industrial fez com que a prática médica fosse calcada num modelo tecnicista em detrimento ao modelo humanista. Em virtude disto, muito se tem discutido sobre a influência das Humanidades e das Ciências Biomédicas no processo de formação médica. No entanto, a visão econômica e trabalhista do exercício profissional do médico, numa dimensão individual, foi negligenciada. Este estudo se propôs a responder a questão: A graduação prepara os futuros médicos para lidarem com as influências das variáveis econômicas e trabalhistas do Mundo do Trabalho sobre o seu exercício profissional? Para tal foi realizado um estudo quanti-qualitativo com residentes médicos recém-egressos de vários cursos de Medicina do Brasil. Num primeiro momento, 26 residentes responderam questões fechadas acerca da presença desta temática durante a graduação e dos aspectos trabalhistas e econômicos do exercício profissional. Num segundo momento, 10 residentes foram entrevistados, a fim de aprofundar a temática da pesquisa. Os dados quantitativos foram dispostos em gráficos, tabelas e quadros, e os dados obtidos da entrevista foram submetidos a uma análise de conteúdo. As 276 unidades de registro obtidas neste momento e os resultados obtidos na primeira fase foram agrupados em três partes: preparação, visão atual e expectativa em relação aos aspectos econômicos do exercício profissional. Nós verificamos que houve uma carência da temática durante a graduação em virtude do tradicionalismo educacional, de uma inércia (discente e institucional) e de uma supervalorização de áreas tecnicistas. Quando houve contato, ele foi tangencial tanto no currículo informal, quanto no formal. Uma maior profundidade da temática no currículo formal esteve restrita a disciplinas eletivas. Os residentes referiram que saem da graduação com dificuldades para interagir com a temática. Eles também constataram que há a necessidade de se abordar tal temática durante a graduação, não necessariamente na forma de disciplina. Ao entrar no mercado de trabalho, os residentes tiveram dificuldades em caracterizar as diversas formas de inserção no mercado e a tipologia da tributação. Além disto, eles reconhecem que a Residência Médica é um momento, onde se pode corrigir esta deficiência. Ao caracterizar o mercado de trabalho, os recém-egressos identificaram a dificuldade da prática exclusiva como profissional liberal, a necessidade da multiplicidade de vínculos trabalhistas, a carga excessiva de plantões no início da carreira, a ênfase na prática especializada da profissão médica e a possibilidade de queda da qualidade dos formandos em virtude do aumento recente na oferta de vagas nas escolas médicas. Os residentes associaram a maior remuneração com especialização, atividade em consultório e realização de procedimentos. Eles apresentaram uma boa expectativa em relação à remuneração laboral, apesar de relatarem dificuldades em estabelecer metas profissionais a médio e longo prazo. A fase da aposentadoria, de certa forma, foi negligenciada pelos residentes, embora tivessem se posicionado a favor de uma reflexão sobre o tema no início da carreira. Acreditamos que alguma forma de aproximação sistematizada do estudante de Medicina com os aspectos econômicos e trabalhistas do Mundo do Trabalho é inevitável para que ocorra um início da carreira mais consciente por parte do médico recém-formado.

Palavras-chave: Educação Médica. Mercado de Trabalho. Prática Profissional.

ABSTRACT

The technological development after Industrial Revolution led Medicine practice has been based on a technical model in detriment of the humanist model. Besides, there is a much discussion about the influence of the Humanities and of the Biomedical Sciences on the medical formation process. However, the economical view and work aspect of the medical professional practice, in an individual dimension, has been neglected. This study has the objective of answering the question: Does the medical graduation prepare the future doctors to lead the influences of work and economical variables of the work world on their professional practice? With this objective it was done a quanti-qualitative study with 26 newly egressed medical residents from medical graduation in Brazil. In a first moment, the residents answered closed questions about the economical and work aspects of professional practice, and the presence of this theme during the graduation. In a second moment, 10 residents were interviewed in order to make a deep study of this research's theme. The quantitative data were arranged in graphics, charts and tables, and the data obtained in interviews were submitted to a content analysis. The 276 register units obtained from this analysis and the results of the first phase were shared in three parts: preparation, current view and expectative in respect to the economical professional practice aspects. In the end of research, it was verified that there was a lack of the economical and work aspects of the work world during the medical graduation due to the educational traditionalism, the institutional and students' inertia and excessive valorization of the biomedical areas. When there was approach, it was superficial as in informal curriculum as formal. More details about the subject in the formal curriculum have been restricted to elective disciplines. The residents referred that they take the degree with difficulties to interact with the Work World. They verified that there is the necessity to approach the economical and labor aspects of the medical profession during the graduation, not necessarily in form of discipline. When entering in the job market, the residents have been difficulties to describe the various forms of insertion in the job market e the types of tributes. Besides, they recognized that the Residency is a moment which it can be corrected this deficiency. When the residents characterized the job market, they identified: difficulty to exclusive practice like liberal professional, necessity of many jobs, excessive number of shifts in the beginning of career, the emphasis to specialized practice of the medical profession and the possibility of decline of the quality of the newly graduated physicians. The residents linked a large remuneration with specialization, practice at doctor's office and execution of medical proceedings. They manifested a good expectative about to the job remuneration, in spite of relating difficulties to establish professional aims at medium and long term. The period of the retirement was neglected by residents, though they manifested favorable opinion to the reflection about the subject in the beginning of the career. We believe that some type of systematized approach of the Medicine's student with the economical and labor aspects of the Work World is inevitable in order to there is a beginning of career more conscious in behalf of newly-graduated physician.

Key words: Education, Medical. Job Market. Professional Practice.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Respostas dos recém-egressos à assertiva “A graduação em Medicina fornece aos futuros médicos elementos para lidar com aspectos econômicos e trabalhistas do exercício profissional médico”..... 96

Gráfico 2 Respostas dos recém-egressos à assertiva “As escolas médicas devem abordar questões relativas aos aspectos trabalhistas e econômicos da profissão médica”..... 105

Gráfico 3 Respostas dos recém-egressos à assertiva “Há a necessidade de uma disciplina durante a graduação médica que aborde aspectos trabalhistas e econômicos da profissão médica”..... 105

Gráfico 4 Resposta dos recém-egressos à assertiva “O exercício da Medicina não deve ser encarado como um negócio”..... 112

Gráfico 5 Respostas dos residentes à assertiva “Há legislação para remuneração do plantão à distância do médico. No entanto, a remuneração depende da negociação entre médico e empregador”..... 118

Gráfico 6 Respostas dos residentes à assertiva “Todo trabalho noturno de um médico celetista terá remuneração superior ao diurno”..... 119

Gráfico 7 Respostas dos residentes à assertiva “O Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) corresponde a 4% do salário de contribuição”..... 120

Gráfico 8 Respostas dos residentes à assertiva “Todas as situações a seguir garantem a estabilidade no emprego do médico celetista: prestação de serviço militar, eleição como representante sindical ou representante na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, vítima de acidente de trabalho, gestação (no caso das médicas)”..... 120

Gráfico 9 Respostas dos residentes à assertiva “Um médico funcionário público federal estatutário, ou efetivo, tem direito a férias, 13º salário e FGTS”..... 121

Gráfico 10 Respostas dos residentes à assertiva “Um médico tem direito a três cargos públicos remunerados, segundo a Constituição Federal”..... 121

Gráfico 11 Respostas dos residentes à assertiva “Um médico que faz parte de uma cooperativa médica se equipara a um médico autônomo em relação ao direito a férias remuneradas, 13º salário e FGTS”... 124

Gráfico 12 Respostas dos residentes à assertiva “Um médico celetista recebe R$ 4.000,00 de salário. Outro médico recebe R$ 6.000,00. Porém, ambos, no holerite, tem descontado o mesmo valor referente à contribuição previdenciária”..... 125

Gráfico 13 Respostas dos residentes à assertiva “Se um médico, ao se aposentar, recebia R$ 5.000,00 (resultante de dois vínculos empregatícios celetistas), sua aposentadoria pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) será de um valor próximo a R$ 5.000,00. Vale a pena ressaltar que o médico em questão não fazia contribuição como autônomo”..... 125

Gráfico 14 Resposta dos residentes à assertiva “Um médico, antes de se aposentar, tinha 1 (um) vínculo privado celetista, 1 (um) vínculo público celetista e 1 (um) vínculo público estatutário e contribui com 2 (dois) planos de previdência privada. Ao se aposentar, ele receberá 4 (quatro) aposentadorias”..... 126

Gráfico 15 Respostas dos residentes à assertiva “O Imposto Sobre Serviço (ISS) é pago por médicos autônomos e por médicos que têm apenas vínculos empregatícios”..... 126

Gráfico 16 Respostas dos residentes à assertiva “Se um médico deixar de ser autônomo e passar a ser celetista, automaticamente será cancelada sua inscrição na prefeitura, e ele não precisará mais pagar o Imposto Sobre Serviço”..... 127

Gráfico 17 Respostas dos residentes à assertiva “Um médico celetista, um médico autônomo e um médico prestador de serviço como pessoa jurídica apresentam uma remuneração bruta de R$ 10.000,00. Portanto, todos pagam o mesmo valor de imposto de renda, uma vez que a renda bruta é igual”..... 127

Gráfico 18 Respostas dos residentes à assertiva “Apenas os médicos sindicalizados são obrigados a pagar anualmente o imposto sindical ao Sindicato dos Médicos”..... 128

Gráfico 19 Respostas dos residentes à assertiva “Exercer a profissão médica como profissional liberal é melhor do que como empregado”..... 131

Gráfico 20 Respostas dos residentes à assertiva “Aderir ao sistema de cooperativa médica é uma solução para escapar das ‘amarras’ dos convênios médicos”..... 133

Gráfico 21 Respostas dos residentes à assertiva “Um médico vinculado ao serviço privado tem maiores chances de sucesso financeiro do que aquele vinculado ao serviço público”..... 138

Gráfico 22 Respostas dos residentes à assertiva “Receber remuneração como pessoa jurídica é mais rentável do que receber como pessoa física”..... 139

Gráfico 23 Resposta dos residentes à assertiva “O planejamento da carreira médica deve ser uma preocupação para o estudante de medicina”..... 145

Gráfico 24 Resposta dos residentes à assertiva “É muito precoce se preocupar com a aposentadoria durante a graduação médica”..... 151

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Contribuição dos segurados empregado, empregado doméstico trabalhador avulso, para pagamento de remuneração a partir de 1º de janeiro de 2010..... 61

Quadro 2 Aspectos trabalhistas relevantes dos principais tipos de vínculos trabalhistas..... 72

Quadro 3 Aspectos tributários relevantes dos principais tipos de vínculos trabalhistas..... 72

Quadro 4 Aspectos previdenciários relevantes dos principais tipos de vínculos trabalhistas..... 73

Quadro 5 Perfil dos residentes da primeira fase da pesquisa..... 89

Quadro 6 Perfil dos residentes da segunda fase da pesquisa..... 89

Quadro 7 Codificação numérica e alfabética dos residentes da segunda fase da pesquisa..... 90

Quadro 8 Disciplinas relacionadas ao Mundo do Trabalho, contidas em matrizes curriculares dos cursos de Medicina e disponíveis online até fevereiro de 2010..... 102

Quadro 9 Fontes de informação dos aspectos trabalhistas e econômicos... 108

Quadro 10 Categorias e subcategorias oriundas das unidades de registro relacionadas à concepção dos recém-egressos acerca do Mundo do Trabalho..... 110

Quadro 11 Expectativa geral dos residentes em relação ao Mundo do Trabalho..... 142

Quadro 12 Expectativa dos residentes em relação à remuneração advinda da aposentadoria (em R$)..... 152

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Simulação do balanço financeiro anual de 2010 no caso de vínculo trabalhista do tipo “empregado”..... 69

Tabela 2 Simulação do balanço financeiro anual de 2010 para o vínculo trabalhista do tipo “autônomo” na cidade São Paulo..... 69

Tabela 3 Simulação do balanço financeiro no ano de 2010 para o vínculo trabalhista do tipo “pessoa jurídica” na cidade São Paulo (com capital social de R$ 4.000,00 e regime tributário por lucro presumido)..... 70

Tabela 4 Expectativa de remuneração de seis residentes no 1º semestre de 2008..... 147

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM: Associação Brasileira Educação Médica
CADAN: Cadastro de Anúncios
Cardio: Cardiologia
CBHPM: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CEP: Comitês de Ética em Pesquisa
CES: Câmara de Educação Superior
CINAEM: Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas
CNE: Conselho Nacional de Educação
COFINS: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
Confesp: Confederação das Unimeds do Estado de São Paulo
COREME: Comissão de Residência Médica
Cremesp: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM: Conselho Regional de Medicina
CSSL: Contribuição Social Sobre o Lucro
CTN: Código Tributário Nacional
DCN: Diretrizes Curriculares Nacionais
ENC: Exame Nacional de Cursos
FENAM: Federação Nacional dos Médicos
FGTS: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FMSB: Federação Médica do Sul Brasileiro
GERES: Grupo Executivo da Reforma da Educação Superior
GPS: Guia de Previdência Social
INEP: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
INSS: Instituto Nacional do Seguro Social
IPTU: Imposto Predial Territorial Urbano
IRPF: Imposto de Renda Pessoa Física
IRPJ: Imposto de Renda Pessoa Jurídica
ISS: Imposto Sobre Serviço
LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LTCA: Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho
PAIUB: Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras
PARU: Programa de Avaliação da Reforma Universitária
PASEP: Patrimônio do Servidor Público
PCN: Parâmetros Curriculares Nacionais
PGBL: Plano Gerador de Benefício Livre (PGBL)
PIS: Programa de Integração Social
PPP: Perfil Profissiográfico Previdenciário
RAIS: Relação Anual de Informações Sociais
RGPS: Regime Geral de Previdência Social
RPPS: Regime Próprio de Previdência Social
SEBRAE: Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SIMEPAR: Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná (SIMEPAR)
SINAES: Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS: Sistema Único de Saúde
TFA: Taxa de Fiscalização de Anúncios
TFE: Taxa de fiscalização de estabelecimento
TLIF: Taxa de Fiscalização de Localização, Instalação e Funcionamento

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo
UNIMED: União dos Médicos
UR: Unidade de Registro
UTI: Unidade de Terapia Intensiva
VGBL: Vida Gerador de Benefício Livre

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 16
2. OBJETIVOS..... 20
3. REVISÃO DE LITERATURA..... 22
3.1. A FORMAÇÃO MÉDICA, O MUNDO DO TRABALHO E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS..... 24
3.2. O MERCADO E O EXERCÍCIO DA MEDICINA..... 37
3.2.1. Consolidação das Leis Trabalhistas 40
3.2.2. Funcionalismo público..... 47
3.2.3. Cooperativismo médico..... 50
3.2.4. Seguridade social e privada..... 53
3.2.4.1. Seguridade social..... 53
3.2.4.1.1. Custeio..... 55
3.2.4.1.2. Beneficiários..... 56
3.2.4.1.3 Benefícios..... 56
3.2.4.1.4 Regimes de Previdência Social..... 60
3.2.4.2. Seguridade privada..... 62
3.2.5. Tributos..... 63
3.2.5.1. Tributação de pessoa física..... 65
3.2.5.1. Tributação de pessoa jurídica..... 66
3.2.6. Caráter liberal da profissão médica..... 75
3.2.6.1. Plantão em disponibilidade..... 77
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... 79
4.1. Fundamentação metodológica..... 80
4.2. Local da pesquisa tipologia da pesquisa quanto a objetivos e temporalidade..... 82
4.3. Coleta de dados..... 83
4.3.1. Aspectos éticos..... 83
4.3.2. Etapas e períodos da coleta..... 83
4.3.2.1. Questionário..... 84
4.3.2.2. Entrevista..... 85
4.4. População..... 86
4.4.1. Critérios de inclusão..... 86
4.4.2. Critérios de exclusão..... 87
4.4.3. Dimensão da amostra..... 87
4.4.4. Perfil dos residentes da primeira etapa..... 88
4.4.5. Perfil dos residentes da segunda etapa..... 89
4.5. Desenvolvimento da segunda etapa da pesquisa..... 90
4.6. Análise de dados..... 91
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO...... 93
5.1. Preparação dos recém-egressos para o Mundo do Trabalho durante a graduação médica..... 95
5.2. Concepções dos recém-egressos acerca do Mundo do Trabalho..... 110
5.3. Planejamento e expectativa dos recém-egressos em relação ao Mundo do Trabalho..... 142
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 155
REFERÊNCIAS..... 158
APÊNDICES..... 175
ANEXOS..... 197

1. INTRODUÇÃO

Contemporaneamente, o exercício profissional da Medicina no Brasil está passando por grandes transformações em face de uma atividade menos centralizadora do Estado na prestação de serviços, de um alto custo dos serviços de saúde frente às novas tecnologias, além da presença marcante de intermediários na relação entre médico e paciente.

Nesta fase de adaptação da categoria médica, eu terminei o curso de Medicina em 1994 e entrei no mercado de trabalho. Nestes quinze anos eu exerci a profissão médica na área pública e privada, dentro e fora do ambiente hospitalar e em diversas formas de vínculos trabalhistas. Esta atuação profissional, com um perfil predominantemente assistencial, rendeu o desenvolvimento de competências calcadas em aspectos técnicos e interativos. No entanto, o mais difícil não esteve relacionado com os aspectos técnicos da profissão e sim com a conciliação dos princípios éticos da Medicina à lógica do mercado.

O desconhecimento dos meandros legais, a ganância de empresários da saúde e a ineficiência administrativa do Estado no campo da saúde me expuseram a várias situações conflitantes. O meu exercício profissional muitas vezes foi comprometido por pressões financeiras determinadas pelos sistemas de saúde privado e público. O mais pungente é a constatação de que a lógica empresarial prevaleceu, à minha revelia, sobre a lógica médica em muitos casos.

Se avaliarmos o contexto histórico, “a profissão médica arquitetou estratégias profissionais que são elementos pré-capitalistas, de antimercado, os quais atuam na proteção e manutenção de prerrogativas monopolistas” (LARSON, 1977 apud MACHADO, 1997, p. 23).

Estas prerrogativas contaram com o apoio do Estado e das elites ao permitirem que os médicos gozassem de autonomia técnica e econômica, fundamentos da prática liberal.

O auge da Medicina, em termos de autonomia, ocorreu após a Revolução Industrial. Os avanços científicos concederam à classe médica um grande poder e responsabilidade. Ironicamente, o mesmo avanço tecnológico que tornou a Medicina uma das profissões de maior prestígio e respeitabilidade nos séculos XIX e XX tem sido responsável por uma crise no exercício profissional da Medicina nas últimas décadas. Nas palavras de Pereira Filho (1998), então conselheiro do CREMESP,

> O avanço da ciência médica e da tecnologia transformaram a própria definição de Medicina. O que antes era muita arte e pouca ciência, transformou-se progressivamente em muita ciência e pouca arte. A subjetividade do médico no seu exercício profissional, que lhe dava o *status* de artista, foi pouco a pouco sendo substituída pela objetividade das dosagens laboratoriais, das imagens radiográficas, a seguir ultra-sonográficas, depois tomográficas e, por fim, da ressonância magnética. Os atributos admirados do médico de outrora - tais como dedicação, disponibilidade, afeto - passaram a ser, nos dias de hoje, a competência, a precisão e a perícia (PEREIRA FILHO, 1998).

O avanço tecnológico e científico levou à ocorrência de dois fenômenos cruciais: a especialização e o empresariamento.

A especialização veio ao encontro da ideia de domínio do saber dentro da categoria. O empresariamento, por sua vez, trouxe ao cotidiano médico posturas alicerçadas na obtenção do lucro.

Nesta nova ordem,

> a autonomia técnica, o poder de decisão, a relação médico-paciente, a tradicional hegemonia médica nas equipes de saúde, o domínio e conhecimento globalizante do corpo humano, bem como o prestígio e *status quo* dos médicos sofreram abalos importantes, alterando não só a dinâmica interna da profissão como, especialmente, a nova visão social que a sociedade passa produzir sobre os médicos em geral (MACHADO, 1997, p.30).

No entanto, um grande contingente dos médicos brasileiros foi submetido a um processo pedagógico tradicional, estruturado em ciclo básico e profissionalizante, claramente influenciado pela reforma no ensino médico americano e canadense, promovida por Abraham Flexner, no início do século XX. O primeiro ciclo é focado em ciências biológicas e o segundo, nas doenças. Desta forma, o ensino médico tradicional tem priorizado o tecnicismo e o modelo biomédico.

Esta matriz formadora centenária tem provocado inquietações no sentido de ampliar a matriz conceitual dos médicos em formação, promovendo, entre outras mudanças, uma passagem menos traumática do mundo acadêmico para o mercado de trabalho.

Não se está questionando a relevância do conhecimento técnico na formação médica. No entanto, ele pode não ser suficiente para o exercício harmônico da profissão. Como qualquer outro profissional, o médico necessita contextualizar o seu trabalho com o mercado. Em outras palavras, ele deve ter um conhecimento mínimo das regras do mercado, a fim de que sua atividade-fim não seja comprometida.

Por outro lado, não se está falando que a Medicina é uma atividade eminentemente comercial. Pelo contrário, a mesma foi erigida tendo como bases a ciência, a ética e a confiança. A primeira, para dar credibilidade à Medicina; a segunda, para garantir o bem do ser humano e a terceira como consequência das outras duas.

Na verdade, o exercício profissional do médico, apesar de todo tecnicismo e simbolismo inerentes à profissão, não pode ser dissociado do contexto socioeconômico e político.

Com isto, torna-se relevante explorar a aproximação desta temática durante a graduação médica. Para tanto se fez necessário um detalhamento das aproximações com a lógica do mercado, tangenciando a interface da Medicina com o Direito Trabalhista, Direito Previdenciário, Contabilidade e Administração. Esta interface múltipla será chamada de Mundo do Trabalho. Deve ficar claro que esta é uma delimitação usada nesta pesquisa, pois, conforme Canterle (2003), no mundo do trabalho incluem-se tanto as atividades materiais, produtivas, como os processos sociais que lhe dão forma e sentido no tempo e no espaço.

Em face do exposto, esta pesquisa assumiu, como problema, a questão: a graduação no curso de Medicina prepara o médico para o conhecimento acerca da influência do Mundo do Trabalho no seu exercício profissional?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

- Investigar, na óptica de médicos recém-egressos, a formação médica no que tange ao processo ensino-aprendizagem dos aspectos relacionados ao Mundo do Trabalho e à inserção destes recém--egressos neste Mundo.

2.2. Objetivos Específicos:

- Verificar a visão dos recém-graduados a respeito das aproximações feitas durante o curso de Medicina, no que tange ao Mundo do Trabalho;
- Avaliar o conhecimento destes recém-egressos no tocante ao Mundo do Trabalho e
- Conhecer as expectativas dos recém-egressos acerca do Mundo do Trabalho.

3. REVISÃO DE LITERATURA

É inquestionável a influência das áreas biomédicas no exercício profissional de um médico. No entanto, a formação médica não se pode restringir a elas. Contextualizações trabalhistas, econômicas e administrativas também devem fazer parte desse processo. Estas contextualizações serão tratadas nesta pesquisa como o “Mundo do Trabalho”.

Apesar deste recorte, a expressão Mundo do Trabalho é muito mais ampla. Segundo Canterle (2003), nesta expressão estão incluídas tanto as atividades materiais e produtivas, como os processos sociais que lhe dão forma e sentido às atividades no tempo e no espaço. Confirmando a abrangência da expressão, Lampert et al (2009, p. 36) define Mundo do Trabalho como o “espaço dinâmico da prática profissional”.

A fim de relacionar tal temática com a atividade médica, a revisão de literatura centrar-se-á em dois eixos: o Mundo do Trabalho na graduação médica (o que é recomendado e o que é feito na formação médica) e a relação entre o exercício da Medicina e o mercado de trabalho (como se caracteriza o Mundo do Trabalho em suas vertentes trabalhistas e econômicas).

3.1. A FORMAÇÃO MÉDICA, O MUNDO DO TRABALHO E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Em sete de novembro de 2001, a Câmara de Educação Superior (CES) do Conselho Nacional de Educação (CNE), órgão colegiado do Ministério da Educação, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina. De forma sucinta, estas diretrizes são referências para estruturação e avaliação dos cursos de graduação. Obviamente, esta definição omite aspectos essenciais para o melhor entendimento das DCN. Com o objetivo de esmiuçá-las, faz-se necessário fazer uma breve contextualização histórica recente e explicar os princípios envolvidos na elaboração e aplicação das DCN.

Embora as DCN do Curso de Graduação da Medicina tenham sido instituídas em 2001, deve-se retornar, pelo menos, até os anos 80 para uma melhor compreensão. Este período foi marcado por uma fervorosa discussão sobre o ensino superior e teve como pano de fundo o fim do “milagre econômico brasileiro” (1967--1973) (CUNHA, 2000). Este período foi tão marcante, que alguns o chamam de “década perdida” (BRANDÃO, 1997).

Entre os diversos programas e propostas educacionais da década de 80 merecem destaque: a) O Programa de Avaliação da Reforma Universitária (PARU), em 1983, b) o Relatório da Comissão dos Notáveis, em 1985 e c) a proposta de avaliação da graduação no anteprojeto do Grupo Executivo da Reforma da Educação Superior (GERES), em 1986 (BARREYRO; ROTHEN, 2006).

O PARU tinha o objetivo de identificar as condições em que eram produzidos e disseminados os conhecimentos no ensino superior. Desta forma, seriam criadas propostas de otimização do processo. Para isso, o programa contou com a participação de integrantes do Ministério da Educação e da comunidade acadêmica. O PARU não chegou a apresentar seus resultados, pois "foi desativado um ano depois de começado, devido a disputas internas ao próprio Ministério da Educação, em torno de quem competia fazer a avaliação da Reforma Universitária" (CUNHA, 1997, p. 23 apud BARREYRO; ROTHEN, 2008, p. 135). Belloni (1989) entrou em consonância com esta ideia ao dizer que

> A destituição do Grupo [Gestor da Pesquisa], decidida pelo próprio coordenador e por dirigentes da SESu,foi justificada sob o argumento de 'pouca produtividade e não colaboração com as necessidades' da SESu, e em particular do Grupo Executivo da Reforma da Educação Superior (GERES) cujos trabalhos encerraram-se em princípio de setembro de 1986 (p. 62).

Embora não tenha tido continuidade, o PARU abriu espaço para uma rica discussão sobre o ensino superior (INEP, 2002; BARREYRO; ROTHEN, 2008).

A Comissão de Notáveis (Comissão Nacional Para Reformulação da Educação Superior), de forma semelhante, foi constituída, com a finalidade de estudar a situação do ensino superior e de formular propostas a serem analisadas.

Brandão (1997) destaca alguns pontos do Relatório da Comissão dos Notáveis. Em relação aos aspectos político-administrativos, destacaram-se a crise financeira e pedagógica do ensino privado, o excesso de controles burocráticos nas universidades públicas, os sistemas antidemocráticos de administração e escolha dos quadros dirigentes, além da discriminação social no acesso às universidades. No tocante aos aspectos materiais, foi detectada a carência de equipamentos, laboratórios e bibliotecas. No que se refere ao corpo docente, o programa encontrou professores mal remunerados e pouca clareza na prevalência do sistema de mérito na seleção e promoção de professores. Por fim, no que concerne aos aspectos pedagógicos, destaque foi dado à deficiência na formação profissional dos alunos e à descontinuidade das pesquisas.

Deve-se destacar que a Comissão verificou que as universidades não estariam se preparando de forma adequada para as décadas seguintes, que seriam marcadas pela globalização, informatização da sociedade, equilíbrio entre o humanismo e o tecnicismo, educação à distância, sustentabilidade planetária, flexibilidade, multifuncionalidade, adaptação a uma realidade dinâmica e instável, ciclo de vida curto dos produtos, fluxo de capital eletrônico, valorização de formas não cartesianas de procurar a verdade e busca de harmonia numa sociedade pluralista.

Assim sendo, as universidades teriam que focar suas ações no fortalecimento da pesquisa científica, na formação polivalente e de alto nível, na superação do formalismo vazio dos currículos e na adoção de novos conceitos e concepções de ensino (BRANDÃO, 1997).

Em 1986, o GERES foi criado como grupo interno do MEC e era constituído por cinco pessoas que tinham a função de reformular o ensino superior tomando, como partida, o relatório final da Comissão de Notáveis. Entre as medidas, chamava a atenção, o financiamento estatal condicionado ao desempenho, à valorização de outras formas de ensino superior além do modelo universitário, a dissociação entre

ensino e pesquisa, o controle estatal do ensino superior público e o controle pelo mercado do ensino universitário privado (INEP, 2002; BARREYRO; ROTHEN, 2008).

Neste ambiente, promulgou-se a Constituição Federal de 1988. No tocante ao ensino superior, houve poucos avanços, pois predominou uma colagem de ideias dos chamados “privatistas” e “publicistas” (BRANDÃO, 1997). Segundo Braga (1989), citado por Brandão (1997), os interesses de diversos grupos sociais organizados impediu a produção de um documento mais integrado nas áreas da cultura, comunicação, ciência, tecnologia e saúde, prevalecendo a acomodação de interesses dos grandes grupos em disputa, em detrimento de diretrizes globais.

Há que se destacar os artigos 207 e 209 da Constituição Brasileira. O primeiro concede às universidades uma autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, além de conferir um caráter indissociável entre as três funções universitárias (ensino, pesquisa e extensão) (BRASIL, Constituição, 1988). Posteriormente, a aplicação deste artigo estendeu-se às instituições de pesquisa científica e tecnológica (BRASIL, Emenda Constitucional nº 11, 1996).

Por sua vez, o artigo 209 da Constituição Federal atualizada versa que o ensino é livre à iniciativa privada. Isto não isenta estas instituições de autorização e avaliação do Poder Público (BRASIL, Constituição, 1988).

Em 1993 foi criada a Comissão Nacional de Avaliação, no âmbito do MEC e coordenada pela Secretaria de Educação Superior (SESu). Esta Comissão tinha como objetivo a viabilização e a implementação do processo de avaliação institucional nas universidades brasileiras, através do estabelecimento de diretrizes. Diferentemente do PARU e do GERES, esta Comissão reuniu apenas entidades representativas da educação superior (BARREYRO; ROTHEN, 2008).

Segundo Leite, Tutikian e Holz (2000), citados por Grego e Souza (2003), este programa tinha como foco, o respeito à autonomia universitária em seu sentido mais amplo. Em termos práticos, havia uma ênfase à autoavaliação e à abordagem qualitativa. Os resultados seriam discutidos com toda comunidade acadêmica para reflexão sobre o projeto acadêmico e sociopolítico da instituição. Estava descartado o *ranking* das instituições (INEP, 2002).

Em 1995, o Governo, através da Medida Provisória nº 1.018, de 08 de junho de 1995, implantou o Exame Nacional de Cursos (ENC), o chamado “Provão”, com o objetivo de avaliação do ensino. Este exame foi aplicado aos formandos, no período de 1996 a 2003, com o objetivo de avaliar os cursos de graduação da Educação

Superior, no que tange aos resultados do processo de ensino-aprendizagem (INEP, 2002; GONÇALVES FILHO, 2002).

Segundo Barreyro e Rothen (2006),

> O Provão foi um mecanismo de regulação estatal com critérios relacionados ao mercado, com estabelecimento de *ranking*s que estimulavam a concorrência entre as IES. Apesar das normas preverem punições nos casos de resultados negativos do Provão, na prática não houve nenhum efeito punitivo, senão de divulgação midiática e publicitária em procedimentos de auto-regulação típicos do mercado (p. 959).

Em 1996 foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), também conhecida como Lei n° 9.394, de 20 de dezembro. Esta versão-base de 1996 da LDB é que normatiza o sistema educacional no Brasil, tendo como base a Constituição Federal. Vale destacar que a versão-base da LDB foi modificada em 1997, 2001, 2003, 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009.

Antes da aprovação desta lei, muitos embates políticos se travaram desde 1988 (CARNEIRO; CARNEIRO, 1996). O produto final representou uma forte presença do Estado no ensino superior, não apenas nos aspectos pedagógicos, como se pode ver nos artigos 9º (incisos VI a IX), 10º (inciso IV) e 46º.

Resumidamente, os artigos 9º e 10º delegam à União, aos Estados e Distrito Federal a tarefa de coletar, analisar e disseminar informações acerca da educação; normatizar os cursos de graduação e pós-graduação; avaliar as instituições de educação superior; autorizar, reconhecer, credenciar os cursos das instituições de educação superior; além de supervisionar e avaliar os estabelecimentos do seu sistema de ensino (BRASIL, Lei nº 9.394, 1996).

Por sua vez, o artigo 46º explicita a periodicidade do credenciamento das instituições de educação superior. Em caso de deficiências, será dado um prazo para saneamento das mesmas. O artigo ainda deixa clara a possibilidade de desativação dos cursos, além da intervenção e descredenciamento da instituição no caso do não saneamento das deficiências no prazo estipulado (BRASIL, Lei nº 9.394, 1996).

Há autores que defendem a ideia de que a LDB/96 não regulamentou, pois o projeto neoliberal se consolidou anteriormente, através dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) e do “Provão” (MESQUITA, 2002).

Vale a pena ressaltar também o artigo 43º da LDB que fala da finalidade da educação superior. O inciso VI faz menção acerca da importância do conhecimento

dos problemas do mundo presente, denotando uma preocupação com aspectos que vão além da técnica profissional (BRASIL, Lei nº 9.394, 1996).

Se uma característica fosse escolhida para representar a educação superior deste período, talvez, polarização fosse a mais representativa delas. Desta forma, houve conflitos entre os interesses públicos e privados, e entre os defensores da autonomia universitária (autorregulação) e os do controle estatal. Além disto, havia o embate entre os que viam o uso da avaliação como controle e os que a viam como instrumento formativo e emancipatório. Dias Sobrinho (2004) também relatou que havia o grupo que concebia a Educação como um bem público e o grupo que a concebia como um elemento que deveria obedecer à lógica do mercado.

Antes de discutir os aspectos das Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina, não se pode deixar de mencionar o papel da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) através do projeto CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas) (LAMPERT et al, 2009).

A avaliação se fazia necessária em virtude da política neoliberal de classificação da época que não se materializava em resultados positivos para formação médica. Assim sendo, o projeto CINAEM trabalhou com 76 escolas médicas numa primeira fase (1991 a 1992) com o objetivo de avaliar as escolas médicas e verificar o grau de adequação dos formandos às demandas sociais (STELLA, 2008).

Numa segunda fase (1993 a 1997), participaram 48 escolas médicas. Nesta fase aprofundou-se a avaliação e foram oferecidas propostas de transformações factíveis. Numa terceira fase (1998 a 2000), participaram 75 escolas médicas e

> voltou-se para a avaliação do crescimento cognitivo durante todo o processo de formação, do nível de conhecimento do aluno ao finalizar o curso e da curva de crescimento cognitivo ao longo do curso, nas grandes áreas do conhecimento médico. Além disso, exigiu a definição objetiva e precisa das características do médico que se deseja formar, da escola médica necessária para essa formação, do processo de formação compatível a ser adotado e dos docentes para essa tarefa, bem como do (MERHY; ACIOLE, 2003).

Em 2001, teve início a quarta fase do projeto CINAEM. Ela tinha como objetivo a transformação efetiva da escola médica brasileira. Apesar dos avanços conseguidos na década, sustentados pela construção coletiva de um novo paradigma para o processo de formação médica, sinais de exaustão apareceram em

virtude de um desequilíbrio no jogo de forças envolvido na construção deste novo modelo e cujo resultado é incerto (MERHY; ACIOLE, 2003).

Debruçando-se diretamente sobre as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação, aprovadas no CNE, fica evidente que as competências propostas nas Diretrizes não se restringem apenas a aspectos contidos na esfera biomédica. Outras dimensões do exercício profissional do médico são contempladas nos 8 (oito) princípios norteadores das diretrizes curriculares no Parecer n° 583/2001, do CNE (BRASIL, CNE /CES, 2001a).

> 1. Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária [...], assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;
> 2. Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos [...];
> 3. Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
> 4. Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
> 5. Estimular práticas de estudo independente [...];
> 6. Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar [...];
> 7. Fortalecer a articulação da teoria com a prática [...];
> 8. Incluir orientações para a condução de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados [...].

O conhecimento do Mundo do Trabalho se aproxima fortemente com o quarto princípio norteador das diretrizes, uma vez que o desconhecimento das variáveis relacionadas a aspectos trabalhistas e econômicos dificulta a superação de barreiras enfrentadas no exercício profissional.

Ao se avaliar especificamente as DCN do Curso de Medicina, dá-se destaque, em virtude da proposta deste trabalho, aos artigos 4º e 5º.

O artigo 4º faz referências às competências gerais do profissional. A alínea V deste artigo comenta a esfera de “administração e gerenciamento”. A referida alínea diz:

> os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (BRASIL, CNE / CES, 2001b).

O artigo 5º contempla as competências específicas do profissional. Duas alíneas são relevantes, a XVI e a XIX. A alínea XVI recomenda que o médico deve "lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde". Por sua vez, alínea XIX apregoa que o médico deve "considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população" (BRASIL, CNE / CES, 2001b).

Fica claro, nos excertos acima, que a formação médica não pode prescindir de uma entonação mercadológica, em seus aspectos gerenciais, trabalhistas e tributários.

Fazer um diagnóstico correto, propor uma terapêutica adequada, estabelecer uma boa relação médico-paciente e pautar sua conduta dentro de princípios éticos são fundamentais para um bom exercício profissional. Porém, o médico tem que estar familiarizado com a lógica do mercado. Isto significa que sua formação precisa contemplar áreas que vão além do modelo biomédico, o que entraria em consonância com a proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Numa pesquisa *on line* em currículos do curso de Medicina de 129 instituições de ensino superior, ficou claro que os currículos planejados (formais) dos referidos cursos, em sua grande maioria, não contemplam uma vertente focada nos aspectos que tangenciam o Mundo do Trabalho, principalmente no tocante a aspectos econômicos, administrativos e trabalhistas.

Assim sendo, calcado numa experiência pessoal e em depoimentos informais e formais de outros profissionais da área médica, é plausível a ideia da carência de uma abordagem de tal temática na graduação médica.

É extremamente representativa da proposta deste trabalho, a citação do médico auditor e então coordenador das delegacias do CREMESP na capital paulista:

> Os custos da assistência médica não constituem uma preocupação das instituições de ensino. Salvo raríssimas exceções, as escolas médicas do Brasil não abordam os aspectos econômicos do exercício da Medicina. Ensinam a fazer diagnósticos com sofisticados marcadores tumorais, [...]. Mas a que custo? O jovem é incapaz de fazer tal avaliação se, em nenhum momento, recebeu informações sobre o custo de um consultório, do diagnóstico, [...], o que é medicina de grupo, carga tributária, o que representa ser pessoa física, jurídica ou autônoma [...]. Desinformado torna-se presa fácil de advogados, contadores [...]. Depois de alguns anos [...], acabará aprendendo, da pior maneira (PEREIRA FILHO, 2005, p. 4).

Em 2003, o então presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro questiona os interesses que estão por trás da proliferação de escolas

médicas. Ele manifesta sua preocupação com a qualidade dos futuros médicos e associa o processo de educação médica às engrenagens de cunho eminentemente capitalista e que não teriam a preocupação com um elemento básico da profissão médica: a relação médico-paciente.

> Vemos, ainda, uma anárquica proliferação de novas escolas médicas, muitas sem a qualidade necessária a uma boa formação, ao nível da graduação. A quem interessa uma pletora de profissionais mal preparados? Substituem-se a arte de curar, a boa relação médico-paciente e a humanização da medicina pela ativação da engrenagem farmacêutica e de equipamentos. (MIRANDA, 2003, p. 24)

No portal das Escolas Médicas do Brasil (2010), verificamos que até 1960 havia 29 cursos de Medicina no Brasil. Entre 1961 e 1970 foram criados 40 cursos de Medicina; de 1971 a 1990 foram criados 12 cursos médicos; de 1991 a 2000, 26 cursos e de 2001 a janeiro de 2010, 74 cursos. Até o primeiro mês de 2010 estavam disponíveis 16.079 vagas para o primeiro ano, distribuídas em 181 cursos. Teme-se que uma grande oferta de médicos no mercado vá aviltar ainda mais a categoria em termos de condições de trabalho e em termos de remuneração pela lógica pura e simples da lei da oferta e procura.

O número crescente de escolas médicas está relacionado à temática e vem sendo discutido pela sociedade. O CREMESP vem demonstrando preocupação com o assunto. Nas palavras de um de seus conselheiros, ficam evidentes os inúmeros problemas provocados por esta proliferação, tais como impacto perverso das leis do mercado, multiempregos, baixos salários, perda da autoestima e da autonomia, desatualização, mau atendimento e quebra da relação médico-paciente (JORGE FILHO, 2007).

Em relação a este tema há uma polaridade de posições. De um lado, um grupo se posiciona totalmente contra a abertura de novas escolas médicas. A justificativa repousa em quatro fatos. Primeiramente, o Brasil possui médicos em número suficiente, um médico para 555 habitantes em 2008, segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano da Organização Mundial de Saúde (OMS) no biênio 2007-2008 (OECD, 2009). Para efeito de comparação, o Canadá tinha um médico para cada 454 habitantes. Obviamente, está se falando de realidades sociais diferentes e apenas com este dado não é possível fazer uma análise precisa. Outro aspecto relevante justifica o grande número de escolas médicas apenas para atender a interesses financeiros das instituições de ensino ou a interesses de

políticos e não para melhoria na qualidade do atendimento. De fato, questiona-se se, com este crescimento vertiginoso no número de escolas médicas no Brasil, haveria tempo hábil para capacitação de docentes com qualidade para formar os futuros médicos do Brasil. Some-se a isto a limitação da autoavaliação institucional, em face da vocação mercantil de algumas instituições.

Por outro lado, o grupo que defende a abertura de novos cursos de Medicina justifica-a, tomando como base a distribuição irregular de médicos no território nacional. Uma vez que as escolas médicas estão concentradas nos grandes centros urbanos e que há uma tendência dos médicos recém-graduados se fixarem na região das escolas médicas, faltariam médicos em regiões mais periféricas. Outra justificativa para a abertura de novas escolas médicas, em face da realidade atual, é a necessidade de médicos com um perfil que atenda às necessidades do país. Assim sendo, os novos cursos se comprometeriam a formar médicos generalistas, com maior capacidade de integração com outros profissionais da saúde e com tendência a se fixarem em regiões distantes dos grandes centros. Isto serviria de argumento para “sensibilizar” as autoridades governamentais no sentido de credenciar novos cursos.

Goulart (1998) ressalta o papel das escolas médicas neste momento de crise da profissão médica, quando diz:

> Evidentemente, tal crise se reflete na formação médica por duas maneiras. Primeiro porque atinge suas bases fundamentais, calcadas em um modelo individualista, biologicista e mecanicista, nos termos propostos por Flexner, há mais de um século. Em segundo lugar, porque, com certa freqüência, se culpabiliza as escolas médicas, até certo ponto com razão, pelas distorções que geram e mantêm tal crise profissional (p. 27).

O mesmo autor vai além, quando questiona as bases tecnológicas da formação médica, à medida que não há uma distribuição igualitária de tais recursos. Ao mesmo tempo questiona a atuação das escolas médicas, uma vez que as mesmas não se dão conta que a Medicina contemporânea é fortemente influenciada por aspectos institucionais, burocráticos e econômicos e, apesar de tudo isto, muitas escolas continuam enfocando uma formação tecnicista e um modelo de assistência artesanal de prestação de serviços, de indiscutível eficácia em épocas passadas (GOULART, 1998).

Santana e Christófaro (2001a), ao discutirem a formação profissional na área da saúde, questionam o atual modelo de ensino.

> Até quando predominava o modelo fordista – de educação e de trabalho – era suficiente ‘aprender a fazer’ e dominar uma tecnologia (em boa medida de base empírica ou intuitiva) para inserir-se e manter-se, até a aposentadoria, no mercado de trabalho. Hoje é preciso ‘aprender a aprender e compreender’, usando o conhecimento como insumo estratégico na disputa concorrencial por posições instáveis numa nova realidade de mercado de trabalho (p. 3).

De grande valor para a temática, deve-se acrescentar a discussão sobre as contradições da educação escolar face às necessidades sociais e ao mercado de trabalho, feitas por Schraiber (1989).

> Na realidade, entre as transformações requeridas a partir da idealização do desenvolvimento autônomo nacional e a efetivada, haveria ainda uma distância considerável. Distância esta que significou o despojamento do conteúdo político e ideológico que implicava esse padrão idealizado de desenvolvimento econômico e social. Com isto, absorveu-se do interior das propostas de reforma educacional, concretizada em medidas de política educacional, apenas a racionalidade técnica que não se chocasse com o interesse maior da via pela qual se consolida e desenvolve a sociedade capitalista no Brasil (p. 52).

Ante as mudanças ocorridas, principalmente a partir da década de 80, é provável que a reforma do sistema educacional brasileiro seja mais uma faceta do fenômeno de globalização econômica e social (SANTANA; CHRISTÓFARO, 2001b).

Neste ambiente de transformações, em 2004, pela Lei nº 10.861, foi regulamentado o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), cuja função centra-se na melhoria da qualidade do ensino superior, através da avaliação das instituições de ensino superior, dos cursos de graduação e do desempenho acadêmico dos estudantes (BRASIL, Lei nº 10.861, 2004).

Os processos avaliativos são coordenados e supervisionados pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (Conaes) e operacionalizadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). A avaliação se estende às instituições, cursos e estudantes nos níveis de ensino, pesquisa, extensão, responsabilidade social, desempenho dos alunos, gestão da instituição, corpo docente, instalações entre outros. O SINAES lança mão de várias maneiras para atingir os seus objetivos: instrumentos de autoaavaliação, instrumentos de avaliação externa, Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade), avaliação dos cursos de graduação e instrumentos de informação (censo e cadastro). O resultado das avaliações é utilizado pelas instituições de ensino superior e pelos órgãos governamentais no sentido de otimizar suas tarefas-fins (INEP, 2010).

Uma vez homologados, o SINAES e as Diretrizes Curriculares Nacionais, surgiram iniciativas institucionais no sentido de contribuir com as escolas médicas, a fim de que atendessem às Diretrizes Curriculares Nacionais. Desta forma, a ABEM, em 2006, através da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM), desenvolveu um projeto “Avaliação de Tendências de Mudança no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras” (LAMPERT, 2006).

Este projeto apresentava cinco eixos conceptuais relevantes na educação do profissional de saúde: Mundo do Trabalho, Projeto Pedagógico, Abordagem Pedagógica, Cenários de Prática e Desenvolvimento Docente. É oportuno destacar o Eixo I, o Mundo do Trabalho. A mesma autora define o Mundo do Trabalho como o espaço dinâmico da prática profissional. Ele apresenta três vertentes: emprego e carência dos médicos, base econômica da prática médica e prestação de serviços. Com base nestas três vertentes, nossa pesquisa delimitou o conceito de Mundo do Trabalho, embora tenhamos ciência da maior abrangência da expressão.

No tocante ao “emprego e carência de médicos”, há que se destacar que a escola médica não tem como função precípua fazer intervenções mercadológicas (LAMPERT, 2006). No entanto, ela tem que atentar às expectativas do mercado de trabalho em saúde e a outros fatores conjunturais. Desta forma, a escola teria condições de formar um profissional que atenda aos interesses da comunidade (formação generalista e equilibrada entre o tecnicismo e o humanismo, além de estar mais próximo geograficamente dos pacientes).

No que se refere à “base econômica da prática médica”, há uma preocupação com a explicitação da prática do médico como profissional liberal e assalariado. Também pertence a esta vertente a discussão acerca do modelo econômico vigente e sua influência na prática médica. Com certa frequência, os ideais da profissão médica não condizem com a lógica do modo de produção vigente, onde as leis de mercado e o lucro são premissas maiores. Uma vez que o modelo de sucesso constituído pelo profissional liberal está mitigando, o egresso de uma escola médica tem que ter muito claro o significado de profissão liberal e autonomia.

Tão importante quanto às esferas anteriores, há a esfera “prestação de serviço”. Este campo é vital para formação médica, pois congrega a relação dos médicos com os intermediários de seu trabalho. Através das regras impostas por estes intermediários, a relação médico-paciente, na prática, está longe do ideário da maioria dos pacientes e dos médicos mais jovens. Nesta esfera há espaço para uma

discussão da origem dos “intermediários” e o aumento dos custos do sistema de saúde, focado em tecnologias caras e importadas.

Face ao exposto acima, iniciativas institucionais, como esta da ABEM, se revestem de muita importância, principalmente, se levarmos em conta que há 181 escolas médicas, distribuídas em todo território nacional. (ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL, 2010).

Ao se falar sobre formação do médico, deve-se ter em mente que o trabalho na área da saúde apresenta algumas peculiaridades. Segundo Offe (1991),

> é um trabalho reflexivo, no qual as decisões a serem tomadas implicam na articulação de vários saberes que provêm de várias instâncias, tais como a formação geral (com ênfase no conhecimento científico), formação profissional (com ênfase no conhecimento técnico) e as experiências de trabalho e social (qualificações tácitas), e que são mediados pela dimensão ético-política (OFFE apud DELUIZ, 2001, p. 8).

Diante deste mundo globalizado, capitalista, neoliberal, com mercado de trabalho instável e flexível surgiu o modelo de ensino baseado em competências. A este respeito, Deluiz (2001) descreve a mudança do modelo de qualificação para o modelo de competência.

> Nesse modelo, importa não só avaliar a posse dos saberes escolares ou técnico-profissionais, mas a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho. Os componentes não organizados da formação, como as qualificações tácitas ou sociais e a subjetividade do trabalhador assumem, no modelo das competências, extrema relevância (p. 10).

O mesmo autor alerta que é preciso ressaltar que as competências, mesmo tendo um conteúdo subjetivo e individual, são construídas ao longo da trajetória da vida profissional do trabalhador, o qual partilha de experiências e práticas coletivas (DELUIZ, 2001).

Embora não seja o escopo deste trabalho, algumas considerações sumárias adicionais devem ser feitas sobre competências.

Epstein e Hundert (2002) fizeram uma revisão sobre a competência do profissional médico. Baseados em definições prévias, os autores definiram competência como: “o uso judicioso e habitual de comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade servida”.

Os autores também individualizaram as competências em sete vertentes: cognitiva, técnica, integrativa, contexto, relacionamento, afetivo-moral e hábitos da

mente. Ao se analisar o artigo, verifica-se que todas estas dimensões contemplam variáveis relacionadas ao benefício dos assistidos.

A dimensão cognitiva centra-se na capacidade de manusear informações, incorporando elas de forma significativa, identificando limitação nas informações, aplicando-as no seu cotidiano profissional e resolvendo problemas.

A dimensão técnica trata das habilidades durante a realização de procedimentos cirúrgicos ou não (exame físico, passagem de um cateter, intubação traqueal entre muitos outros).

A dimensão integrativa se relaciona à capacidade de articular várias áreas do conhecimento humano, as básicas e as aplicadas, as tecnicistas e as humanistas, as clínicas e as cirúrgicas. Esta dimensão é a que mais se aproxima do raciocínio clínico e do manuseio das incertezas.

A dimensão contextual se refere à capacidade de lidar com o tempo e de relacionar o seu conhecimento com as circunstâncias do seu ambiente de trabalho.

A dimensão relacional diz respeito às habilidades de comunicação, trabalhando em equipe, dirimindo conflitos e ensinando pacientes, estudantes e colegas.

A dimensão afetivo-moral tem grande aproximação com o cuidado, a responsabilidade social e para com o paciente, o respeito e a lida com fatores psíquicos (do médico, do paciente, dos familiares, dos colegas da área médica e dos colegas de outras áreas da saúde ou não).

A dimensão “hábitos da mente” também quer dizer que o médico deve ter uma postura marcada pela observação, atenção, curiosidade crítica e voluntariedade.

Por fim, vale a pena atentar-se para as considerações de Demo (1997), quando o mesmo alerta para o risco do modelo de competência descambar para mera instrumentação da competitividade. Pelo contrário, ele deve desenvolver a cidadania e uma consciência crítica através de um processo emancipatório que representa a conquista histórica de um projeto alternativo da organização política coletiva e do desenvolvimento humano integral.

3.2. O MERCADO E O EXERCÍCIO DA MEDICINA

Quando se fala em mercado de trabalho é natural pensar em força de trabalho. Antes de se deter na mão-de-obra médica, é adequado definir mercado de trabalho. Duas acepções são pertinentes a esta pesquisa. A primeira define mercado de trabalho como “a relação entre a oferta de trabalho e a procura de trabalhadores, em época e lugar determinados”. A segunda acepção da expressão a define como “o conjunto de pessoas e (ou) empresas que, em época e lugar determinados, provocam o surgimento da relação de oferta e procura de trabalho” (FERREIRA, 1986, p. 1120).

Depreendem-se destas definições quatro elementos essenciais: o serviço, quem oferta o serviço, quem procura o serviço e regras que regem a relação entre os três elementos anteriores.

Várias variáveis são passíveis de uma pesquisa, no que se refere ao ofertante de serviço (o médico) e à interface da área médica com o mercado: número de médicos, distribuição regional de médicos, remuneração, fonte pagadora, fontes de renda fora da área médica, forma de inserção no mercado, especialização, experiência profissional e outras variáveis, tais como aspectos sociais e segurança no trabalho.

No tocante ao número e à distribuição regional de médicos, a quantidade de médicos ativos no Brasil, em 14 de janeiro de 2010, era de 344.034 (CFM, 2010).

No mesmo período, a população brasileira estava estimada em 192.334.260 habitantes (IBGE, 2010).

Estes dados levam à média de 559 habitantes por médico, no território nacional. No entanto, esta média não se aplica a todas as regiões: norte (883), nordeste (813), sul (468), centro-oeste (443) e sudeste (359). Há que se destacar a média de algumas unidades da federação: São Paulo (360), Rio de Janeiro (260) e Distrito Federal (212) (CFM, 2010). Para efeito de comparação, em 2008, o parâmetro nº de habitantes/nº médicos em Cuba, Suíça, Reino Unido e Canadá, Brasil, estado de São Paulo, cidade de São Paulo era, respectivamente, 156, 256, 400 e 454 (OECD, 2009).

Com relação à inserção no mercado, fonte de renda e remuneração médica, Pessoa (2005) faz algumas considerações.

> O médico, ao perder a característica de profissional liberal, tornou-se intercessor entre indivíduos e o governo ou os proprietários do sistema de saúde suplementar [...]. Neste contexto, o exercício da medicina nos dias atuais resulta em conflitos e dilemas. Dentre eles, ressalte-se o conflito entre a fidelidade devida ao paciente e a que está obrigado a ter com as instituições das quais depende economicamente (p. 17).

Carneiro e Gouveia (2004) coordenaram uma pesquisa com o objetivo de caracterizar os médicos e suas relações com o mercado de trabalho. Muitas das conclusões foram comparadas com um estudo, de igual envergadura, realizado em 1995, e coordenado pela pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, Maria Helena Machado. As principais conclusões se relacionam com perfil dos médicos quanto ao gênero, capacitação, autonomia, aspectos trabalhistas e expectativa.

Assim sendo, o estudo evidenciou que o há uma sinalização que aponta para um equilíbrio na relação entre o número de médicas e médicos. Na ocasião da coleta de dados (2002), a relação era de 1:2, ou seja, um médico para duas médicas.

No que se refere à capacitação profissional, caiu o percentual de médicos com o título de residência médica, de 74,1% (MACHADO, 1997) para 61,6% (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004). Vale a pena ressaltar o número de vagas de Residência Médica no Brasil. Segundo o Secretário Executivo da Comissão Nacional de Residência Médica, Dr. Roberto Barros, havia cerca de 27 mil vagas para residência médica nos programas regularmente credenciados na comissão nacional, em 2008 (UNIVERSIA, 2008). A maior parte das vagas é para o primeiro ano de Residência Médica.

Em relação à autonomia, 78% dos pesquisados informaram que a autonomia profissional diminuiu, 50,7% relataram que piorou as facilidades de internação e solicitação de exames, 83,6% informaram piora na liberdade de fixação de honorários e 31% dos médicos com consultório são pessoas jurídicas por exigência dos convênios. Estes dados demonstram uma redução não só da autonomia administrativa como da autonomia técnica.

As principais conclusões se relacionaram a vários aspectos trabalhistas: cenário laboral, aspectos geográficos, empregabilidade, forma de inserção no mercado, remuneração, regime de trabalho e sindicalização.

No tocante ao cenário laboral e à geografia, o estudo concluiu que está ocorrendo um aumento no fluxo de médicos para áreas interioranas (38% dos médicos participantes), embora ainda seja pouco expressivo. Os autores associaram

este fato à oportunidade de novos mercados e melhores remunerações, além do caos existencial dos grandes centros urbanos. Estas cidades do interior costumam ter porte médio, com boa infraestrutura, maiores oportunidades educacionais e culturais. Estas não deixam de conferir à profissão médica um caráter urbano.

O principal cenário laboral foi o hospital (70,7%), embora tenha crescido a atividade em centros de saúde e unidades de Programa de Saúde da Família, corroborando com o modelo assistencial de saúde brasileiro centrado no hospital. Em relação à atividade médica em consultório, 67% dos participantes exerciam atividade profissional neste espaço. O estudo de Carneiro e Gouveia (2004) constatou, no tocante à empregabilidade, que praticamente inexiste desemprego na categoria médica. No que se refere ao número de atividades, 82,5% dos médicos exercem mais que uma atividade e 28% dos médicos exercem mais que 3 (três) atividades.

Em relação à forma de inserção no mercado, 25,7% os médicos eram proprietários de empresa médica.

No tocante à remuneração, 88,9% dos médicos têm a Medicina como única fonte de renda e 51,5% dos médicos ganhavam até 2.000 dólares por mês. O exercício da Medicina no setor público caracterizou a fonte principal de emprego médico no Brasil (69,7%). Porém a atividade no setor privado ainda é expressiva (53,8%).

Quando os pesquisadores também evidenciaram que 51,8% dos médicos trabalham em regime de plantão, principalmente presencial.

Em relação à participação em sindicatos médicos, 57,6% não são filiados aos mesmos. A maioria, por falta de interesse.

Carneiro e Gouveia (2004) também constataram que mais da metade dos médicos mostrou algum grau de insatisfação com o sistema de convênios. As palavras citadas pelos médicos e que se revestiram de grande significado na definição do futuro profissional da profissão foram: incerteza, assalariamento, convênio, tecnologia, cooperativa e pessimismo.

Esta conotação mercadológica faz com que se incorra em alguns erros de interpretação, principalmente no tocante à imbricação da Medicina com o comércio.

Para efeito de reflexão, é oportuno citar neste momento o artigo 9º do código de Ética Médica: “A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio” (BRASIL, CFM, 1988).

Para ilustrar este assunto, vale a pena citar as palavras de Sá Júnior (2000).

> Apesar de atividade cientificamente fundamentada que se concretiza como produção e venda de serviços médicos, a Medicina não deve, não pode e não quer ser caracterizada essencialmente por sua faceta técnica ou dimensão mercantil – apesar da importância das mesmas em sua estrutura conceitual e factual. A interação humana, inter-subjetiva e ética deve preponderar na caracterização da relação médico-paciente – haja vista ser uma interação humana, antes que mercantil ou, mesmo, técnico-científica (p. 24).

Com o intuito de se aprofundar as bases do Mundo do Trabalho na Medicina, alguns temas terão relevância: Consolidação de Leis Trabalhistas, cooperativismo médico, funcionalismo público, seguridade, tributação e caráter liberal da profissão médica. Por meio deles, pretende-se caracterizar a vertente trabalhista e econômica do Mundo do Trabalho.

3.2.1 Consolidação das Leis Trabalhistas

Em 1943 entrou em vigor o decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, também conhecido como Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Antes de se debruçar sobre a CLT, é oportuno situá-la no cenário da época. Em 1937 iniciou-se o 3º período do 1º mandato presidencial de Getúlio Vargas, o “Estado Novo”. Este período foi marcado por contradições. De um lado, ele caracterizou-se por autoritarismo e centralismo. O Legislativo e o Judiciário perderam o poder, que ficou concentrado no presidente da República. A estrutura federativa foi esvaziada e foram nomeados interventores para os estados. Por outro lado, houve grandes avanços nas políticas sociais e econômicas, sobretudo através da implantação de uma ampla legislação trabalhista para trabalhadores urbanos e de apoio à industrialização, mediante projetos oficiais na área siderúrgica e petrolífera (ESTADO NOVO, 1997).

“De fato, a CLT é a sistematização das leis esparsas existentes na época, acrescidas de novos institutos criados pelos juristas que a elaboraram” (NASCIMENTO, 1997, p. 50). Até então havia inúmeros decretos específicos para cada profissão. “A CLT é a primeira lei geral, desde que se aplicava a todos os empregados sem distinção entre a natureza do trabalho técnico, manual ou intelectual” (NASCIMENTO, 1997, p. 50).

Desde a sua criação, a CLT foi modificada por várias leis, conforme as necessidades. Apesar das conquistas promovidas pela CLT, ela tem sido contestada

nos últimos anos com o argumento de que estaria engessando o progresso do mundo contemporâneo.

O capitalismo acaba sendo o macrossistema econômico dominante no mundo contemporâneo. Vários regimes compõem este sistema. Na atualidade fala-se muito da corrente neoliberal. O neoliberalismo tem como pilares a necessidade de um menor controle do Estado, uma maior “flexibilização” do mercado de trabalho e todos os elementos derivados como privatização das empresas públicas, estímulo à presença de multinacionais, entre outros. Desta forma, diminuiria as taxas de desemprego. Este ideia tem sido contestada por muitos setores da sociedade. Eles alegam que o cerne do problema está na tentativa dos capitalistas de manter seus níveis de lucros em patamares elevados (CMI, 2001).

Apenas a título de exemplo da repercussão mundial dos embates destas ideias, tivemos na França, em 2006, uma revolta dos estudantes contra reformas trabalhistas que facilitavam a demissão de jovens com menos de 26 anos, objetivando a redução de desemprego dos jovens (VILLEPIN..., 2006).

Movimentos insidiosos têm ocorrido no Brasil, no sentido de reduzir conquistas trabalhistas, com a justificativa de aumentar a produtividade e promover o crescimento do país (BORGES, 2004; CMI, 2004).

Detendo-se à CLT, ela constituía-se, originalmente, de 922 artigos, que estavam distribuídos em onze partes (títulos). Estes títulos se dividiam em capítulos, que por sua vez se dividiam em seções. A CLT passou a ser relevante à categoria médica em face do número crescente de médicos celetistas. É oportuno referir que vários trechos da CLT original foram extintos e outros foram adicionados ao longo destes 67 anos (1943 a 2010).

No título II (das normas gerais de tutela do trabalho) encontram-se artigos relacionados ao trabalho noturno, férias, cessação do contrato de trabalho, segurança e medicina do trabalho. No título III (das normas especiais de tutela do trabalho) há referências ao trabalho da mulher. No título IV (do contrato individual do trabalho) são contemplados artigos relacionados à remuneração, rescisão, aviso prévio e estabilidade. O título V (da organização sindical) contém artigos referentes à contribuição sindical.

A fim de caracterizar melhor a CLT, faz-se necessário tangenciar alguns temas: férias, trabalho da mulher, duração do trabalho, remuneração, Fundo Garantia por Tempo de Serviço, estabilidade de emprego e sindicalismo. Embora

esteja intimamente ligada ao Direito Trabalhista, a seguridade será discorrida num item à parte.

No tocante à oportunidade de tirar férias periodicamente, certamente, é um desejo presente na grande maioria dos trabalhadores. Este anseio materializa-se de forma diferenciada, conforme a forma de inserção do profissional no mercado de trabalho (empregado, prestador de serviço ou empregador). É comum encontrar médicos que ficam vários anos sem tirar férias em formas de inserção não celetistas.

Na CLT este tópico é abordado no capítulo IV, dos artigos 129 a 153. Apesar da relevância dos artigos, alguns pontos merecem destaque: proporcionalidade direta entre o tempo de férias e a carga horária semanal, proporcionalidade inversa entre o tempo de férias e o número de faltas anuais, tipificação das faltas, determinação do momento de férias e remuneração das férias.

Outro capítulo da CLT diz respeito ao trabalho da mulher. Várias são as razões que tornam este item de grande importância: o contingente crescente de mulheres na Medicina e a necessidade de conhecimento do tema com o intuito de orientar a cônjuge e as pacientes.

Em virtude da sua condição materna, a lei tem dado alguns benefícios à mulher celetista. O capitulo III (artigo 372 ao 401) da CLT congrega os artigos acerca da Proteção do Trabalho da Mulher. Chamam a atenção os artigos que abordam as exigências antes da admissão no posto de trabalho, a normatização da força muscular empregada durante o trabalho e a regulamentação das circunstâncias ligadas à maternidade (dispensa para realização de consultas médicas, licença-maternidade, repouso após abortamento não criminoso e amamentação).

A proteção ao trabalho da mulher não se restringe apenas à CLT. Há outras leis que protegem o trabalho da mulher.

> A Lei n. 9.029, de 13.4.95 considera ato discriminatório do trabalho da mulher a exigência, pelo empregador, de teste, exame, perícia, laudo, atestado, declaração ou outro qualquer meio destinado a esclarecer se está grávida ou esterilizada. Tal conduta está sujeita a punição (NASCIMENTO, 1997, p. 371).

Um item extremamente importante para qualquer trabalhador é a duração da sua jornada de trabalho. Os artigos que contemplam este item na CLT vão do artigo 57 ao artigo 128. Destaque deve ser dado ao artigo 73, que diz respeito ao trabalho noturno, uma vez que plantões noturnos fazem parte do cotidiano de muitos

médicos. Considera-se trabalho noturno para atividades urbanas aquele realizado entre 22 horas de um dia e cinco horas do dia seguinte. Ganha vulto o fato de que nem todo trabalho noturno apresenta adicional em relação ao trabalho diurno, uma vez que empregados em cargos de chefia podem não receber este adicional no trabalho noturno. Para cada hora noturna trabalhada, o trabalhador receberá pelo menos 20% a mais que a hora diurna. Na prática uma hora noturna equivale a 52 horas e 30 minutos, ou seja, se um trabalhador trabalha das 22 horas às 5 horas, ele receberá 8 horas ao invés de 7 horas por este período.

Sabe-se que certas atividades médicas são exercidas em situações de risco. A CLT contempla estas situações. Para classe médica é relevante o adicional de insalubridade que é abordado nos artigos 189, 190, 191 e 192 da CLT.

Não se deve confundir insalubridade com periculosidade. Pela CLT, são consideradas atividades dotadas de periculosidades, aquelas que impliquem o contato permanente com inflamáveis ou explosivos em condições de risco acentuado (BRASIL, Lei nº 6.514, 1977). Por sua vez,

> as atividades insalubres são aquelas que, por sua natureza, condição ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixados em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos (NASCIMENTO, 1997, p. 363).

O valor do adicional de insalubridade dependerá do grau de insalubridade. Assim sendo, um trabalhador receberá respectivamente 40%, 20% e 10% do salário--base, respectivamente, para atividades com alto, médio e baixo grau de insalubridade.

Por motivos óbvios, um item crucial na vida de qualquer trabalhador é a remuneração. No tocante a isto, Nascimento (1997) faz comentários sobre a confusão na legislação em relação aos termos salário e remuneração.

> A teoria do direito do trabalho emprega a palavra remuneração ora como gênero compreendendo o salário (pagamento fixo) e outras figuras de natureza salarial (gratificações, adicionais, etc.), ora como sinônimo de salário. [...]. Uma outra forma de relacionar os dois vocábulos é considerar salário a remuneração do trabalho. Remuneração é o ato pelo qual o empregado recebe pelo seu trabalho, e salário é a forma através da qual a remuneração se faz. [...]. A CLT não define salário, ao contrário das leis de outros países. Ela indica apenas os seus componentes e fixa regras de seu pagamento e de sua proteção (p. 300).

Nossa pesquisa leva em conta um conceito mais abrangente da palavra remuneração, considerando esta o valor recebido (em espécie ou não) pelo

trabalhador (empregado ou não) pelos serviços prestados, decorrente de um contrato de trabalho (formal ou não). A diferenciação jurídica entre salário e remuneração ganha outros contornos que fogem do intuito deste trabalho. Do ponto de vista prático, sobre o salário incide encargos (portanto obrigatórios) representados Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e pelos encargos devidos à Previdência Social.

Embora a Lei que trata do FGTS não seja a CLT e sim a Lei nº 8.036 de 11 de maio de 1990, o FGTS será tratado aqui, uma vez que apenas os funcionários celetistas têm direito a este benefício. Autônomos, prestadores de serviço como pessoa jurídica, cooperados e servidores públicos estatutários não têm direito a ele. Resumidamente, o FGTS é um benefício do celetista e consiste em 8% do salário contratual mensal. Para o empregado receber tal benefício, o empregador deve abrir uma conta na Caixa Econômica Federal em nome do empregado.

Ainda dentro do tema remuneração, o trabalhador deve ter ciência do piso salarial de sua categoria. Entende-se por piso salarial, o valor mínimo que pode ser pago ao empregado de uma categoria profissional pelo empregador. É decidido em convenções coletivas, mas não tem força de lei (NASCIMENTO, 1997). O piso salarial habitualmente é definido em dissídios coletivos. Assim sendo, seu valor não é fixo. Dependerá do acordo firmado, no Tribunal Superior do Trabalho, entre o Sindicato dos Médicos (normalmente) e a organização representante dos empregadores. A título de exemplo: o piso estabelecido com o Sindicato das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo em 23 de novembro de 2009 foi R$ 2.313,34 (dois mil trezentos e treze reais e trinta e quatro centavos) para jornada de 20 (vinte) horas semanais e R$ 2.776,00 (dois mil setecentos e setenta e seis reais) para jornada de 24 (vinte e quatro) horas semanais.

Embora a estabilidade do celetista não seja igual à de um servidor público (estatutário), algumas ponderações devem ser feitas à luz dos artigos 482 (do capítulo V), do capítulo VII e VIII do Título IV da CLT. O artigo 482 considera como justa causa para rescisão de contrato várias situações. Vale a pena ressaltar o ato de improbidade, a embriaguez habitual ou em serviço, o ato de indisciplina ou insubordinação, o abandono de emprego, a desídia no desempenho das funções e o ato lesivo da honra ou da boa fama ou ofensa praticadas contra superiores

hierárquicos ou qualquer pessoa, salvo em casos de legítima defesa, própria ou de outrem (BRASIL, Decreto-Lei nº 3, 1966).

A CLT também faz aproximações da Medicina com o sindicalismo. Os artigos da CLT que tratam do sindicalismo vão do artigo 511 ao 610. Resumidamente, eles abordam a organização sindical (aspectos estruturais e funcionais) e as contribuições sindicais.

No tocante a sindicalismo, destaque deve ser dado à cobrança da Contribuição Sindical, em virtude de sua abrangência na categoria.

> A Contribuição Sindical é devida por todos aqueles que participarem de uma determinada categoria econômica ou profissional, ou de uma profissão liberal, em favor do sindicato representativo da mesma categoria ou profissão. Na inexistência dessa categoria, o recolhimento será feito à federação correspondente à mesma categoria econômica ou profissional (GUIA DA LEGISLAÇÃO TRABALHISTA, 2007).

Um fator de confusão talvez seja a existência de várias formas de contribuição para o sindicato: contribuição sindical, confederativa, assistencial e associativa.

Ferrari ([s.d]) na posição de presidente do Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná (SIMEPAR), de secretário da Federação Médica do Sul Brasileiro (FMSB) e de secretário de assuntos jurídicos da Federação Nacional dos Médicos (FENAM) dá maiores detalhes acerca das diversas contribuições sindicais.

A Contribuição Sindical, ou “Imposto” Sindical, é uma contribuição compulsória. Ela é descontada, na fonte, de todos integrantes da categoria e independe de ser ou não associado do sindicato.

O artigo 580 da CLT diz que o mesmo deverá ser recolhido anualmente numa parcela única e corresponde à remuneração de um dia de trabalho do empregado. O mesmo faz referência à obrigatoriedade de contribuição dos empregadores (BRASIL, Lei nº 6.386, 1976; BRASIL, Lei nº 7.047, 1982).

O autor também faz referências à Contribuição Confederativa.

> Com o advento da Constituição de 1988, em seu artigo 8º, inciso IV, foi criada outra contribuição, a Contribuição Confederativa que também é descontada em folha de pagamento, ou recolhida em guia específica, no valor e percentual fixado em assembléia geral da categoria convocada especialmente para aprovar esta contribuição. Há divergências quanto a sua compulsoriedade. Entre os médicos tem sido cobrada em momentos especiais como o da luta pela implantação de da CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) ou aprovação de certos projetos (FERRARI, [s.d.]).

Tem-se ainda a Contribuição Assistencial, cobrada quando da celebração da Convenção Coletiva de Trabalho, do Acordo Coletivo de Trabalho ou definida pela Justiça na sentença de Dissídio Coletivo, por ocasião da data-base. Ela consta de desconto assistencial, taxa de reversão, taxa de solidariedade e outras. Os sindicatos cobram a referida contribuição para o sustento das negociações durante a data-base. Ela vem prevista nos Acordos ou Convenções Coletivas de Trabalho, para desconto no percentual aprovado na Assembleia Geral convocada especialmente para esse fim.

Por fim, há a Contribuição Associativa (Social), descontada dos associados do sindicato, quando por eles autorizados, que é totalmente voluntária.

> Art. 545 - Os empregadores ficam obrigados a descontar na folha de pagamento dos seus empregados, desde que por eles devidamente autorizados, as contribuições devidas ao Sindicato, quando por este notificados, salvo quanto à contribuição sindical, cujo desconto independe dessas formalidades (BRASIL, Decreto-Lei nº 925, 1969).

Outro dado relevante se refere ao médico que exerce sua profissão apenas como servidor público (celetista ou estatutário). Nesta situação ele está isento da contribuição sindical (art. 566 da CLT).

> Art. 566 - Não podem sindicalizar-se os servidores do Estado e os das instituições paraestatais.
> Parágrafo único - Excluem-se da proibição constante deste artigo os empregados das sociedades de economia mista, da Caixa Econômica Federal e das fundações criadas ou mantidas pelo Poder Público da União, dos Estados e Municípios (BRASIL, Lei nº 7.449, 1985)

Ainda do ponto de vista legal, vale a pena ressaltar a Constituição Federal de 1988 também trata do sindicalismo.

A Constituição Federal no seu artigo 8º, inciso IV, diz:

> É livre a associação profissional ou sindical, observado o seguinte: a assembléia geral fixará a contribuição que, em se tratando de categoria profissional, será descontada em folha, para custeio do sistema confederativo da representação sindical respectiva, independentemente da contribuição prevista em lei (BRASIL, Constituição, 1988).

Carneiro e Gouveia (2004) relatam que 57,6% dos médicos não são filiados ao sindicato dos médicos. Várias são as justificativas para filiação ou não. Onerosidade e falta de interesse foram justificativas para não filiação. Por sua vez, defesa dos interesses sindicais, prestígio profissional e proteção no exercício da Medicina foram determinantes da filiação.

3.2.2. Funcionalismo público

Vale a pena esclarecer alguns conceitos importantes no funcionalismo público. Primeiramente, a Constituição Federal de 1988 trocou a expressão “funcionário público” para “servidor público” por esta incorporar a ideia de servir à população que vai além daquela de apenas fazer funcionar a máquina estatal. Desta forma, a expressão “funcionário público” é considerada anacrônica.

Outro conceito relevante diz respeito ao “agente público”. Esta expressão diz respeito à “toda pessoa física que desempenha, definitiva ou transitoriamente, alguma função estatal, ou em outras palavras, é toda pessoa física que presta serviços ao Estado e às pessoas jurídicas da administração indireta” (GUERRA, 2002, p.1).

O agente público se classifica em: agente político, agente administrativo, agente honorífico, agente delegado e agente credenciado.

A definição de agentes políticos varia conforme a referência. Hely Lopes Meirelles (2001), citado por Guerra (2002), os define como “componentes do Governo, nos seus principais escalões, investidos em cargos, funções, mandatos ou comissões, por nomeação, eleição, designação ou delegação para o exercício de atribuições constitucionais”. Nesta visão, segundo Guerra (2002), incluem-se chefes de do Poder Executivo, e seus auxiliares diretos (Ministros e Secretários de Estado), os membros do Poder Legislativo, também os da Magistratura, Ministério Público, Tribunais de Contas e representantes diplomáticos. Segundo Celso Antônio Bandeira de Mello (2002) e Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2001), citados por Guerra (2002), agente político são “os titulares dos cargos estruturais à organização política do País”. Nesta visão, segundo Guerra (2002), incluem-se apenas o Presidente da República, os Governadores, os Prefeitos e os respectivos auxiliares imediatos (Ministros e Secretários), os Senadores, os Deputados e os Vereadores.

Os agentes honoríficos

> são pessoas convocadas, designadas ou nomeadas para prestar, transitoriamente, determinados serviços ao Estado, em razão de sua condição cívica, se sua honorabilidade ou de sua notória capacidade profissional, mas sem qualquer vínculo empregatício ou estatutário e, normalmente, sem remuneração. São exemplos desta categoria: o jurado e o mesário eleitoral (Guerra, 2002, p. 2).

Agentes delegados são

> “os particulares que recebem a incumbência da execução de determinada atividade, obra ou serviço e o realizam em nome do próprio Estado e sob a permanente fiscalização do delegante. Nessa categoria encontram-se os concessionários e permissionários de obras e serviços públicos, os tradutores e intérpretes públicos“ (GUERRA, 2002, p. 3).

Agentes credenciados são “os que recebem a incumbência da Administração para representá-la em determinado ato ou praticar certa atividade específica, mediante remuneração pública” (GUERRA, 2002, p. 3). Como exemplo tem-se o perito *ad hoc*.

Por último, tem-se o agente administrativo. Este também é conhecido como “servidor público” no sentido amplo. Esta expressão, como já foi dito, surgiu oficialmente na Constituição Federal de 1988. Pode-se definir servidor público, como base no texto constitucional, como o ocupante de cargo na “administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (BRASIL, Constituição, 1988). É oportuno termos ciência de outra definição.

Assim sendo, Di Pietro (2009, p. 443) define servidores públicos como “as pessoas físicas que prestam serviços ao Estado e às entidades da Administração Indireta, com vínculo empregatício e mediante remuneração paga pelos cofres públicos”.

Guerra (2002) faz uma revisão sucinta sobre agente público administrativo. Desta forma, o servidor público caracteriza-se por prestar serviço ao Estado e às entidades de Administração indireta, manter vínculos profissionais e estar sujeito à hierarquia funcional. Este tipo de agente público se divide em militar, servidor público (sentido restrito), empregado público e agente temporário.

Os militares pertencem às forças armadas ou forças auxiliares. Os servidores públicos (senso restrito) são providos por concurso e estão sujeitos ao regime estatutário. Por esta razão também são conhecidos apenas como “estatutários”. Esta categoria de servidor também pode ser chamada de “efetivos”, pois ocupam um cargo efetivo. Os empregados públicos são providos por concurso e regidos pela CLT. Os servidores temporários são providos sem concurso e com contrato de trabalho por tempo determinado, às vezes em caráter de emergência (BACCHELLI, 2008; GUERRA, 2002).

É comum nos depararmos com a expressão “servidor público militar”. Deve ficar claro que, neste caso, considera-se a visão mais ampla de servidor público. Deve-se ressaltar que os militares estão sujeitos a um estatuto, o “Estatuto dos

Militares” (Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980). Isto não nos autoriza a denominar os militares de estatutários.

Em nossa pesquisa, trabalharemos, na maioria das vezes, com a acepção mais restrita da expressão “servidor público”, ou seja, aquela equivalente ao estatutário.

Os servidores públicos federais seguem a Lei nº 8.112/90. Os estados e os municípios também têm suas respectivas leis do funcionalismo público, todas semelhantes à lei do funcionalismo público federal. Estas leis são os estatutos dos servidores públicos civis.

Três instâncias dos servidores públicos civis devem ser reforçadas: o regime jurídico a que estão submetidos, a via de entrada e os direitos.

O servidor público pode ser contratado, em sua grande maioria, sob dois regimes jurídicos: CLT ou estatutário (obedece à lei do funcionalismo público).

A via de entrada do estatutário no serviço público é o concurso público, salvo situações onde é necessária uma contratação de emergência, situação esta que confere a este cargo público uma condição de temporaneidade, diferentemente do cargo obtido por concurso. Isto não impede que se preste serviço para o Estado, mas a pessoa que presta não será considerada “servidor público estatutário”.

Algumas diferenças são importantes de se enumerar entre o servidor público efetivo federal (regime jurídico estatutário) e o “servidor” celetista.

Com relação ao FGTS, o servidor público não recebe e o celetista tem direito. No tocante à licença não-remunerada, licença por motivo de afastamento do cônjuge e auxílio-funeral, o servidor público tem direito após uma avaliação do caso. Os celetistas não têm direito.

Com referência ao adicional noturno, o servidor público tem direito a no mínimo 25% e o celetista a 20%.

As regras quanto à estabilidade também são diferentes. Fundamentalmente, no tocante à dispensa após o período de aquisição de estabilidade (três anos), os servidores públicos não podem ser demitidos sem justa causa. Já os celetistas, mesmo após o período de aquisição da estabilidade (três meses), podem ser demitidos sem justa causa. Neste caso, o empregador terá que pagar os direitos prescritos em lei: multa por rescisão de contrato, férias proporcionais e gratificação natalina (13º salário) proporcional. Além disso, o empregado poderá sacar o FGTS, caso deseje.

Quanto à licença nos casos de adoção ou guarda judicial, também há diferenças. Embora o tempo de licença varie conforme o tipo de vínculo, o mesmo princípio prevalece: tempos maiores para crianças menores e vice-versa.

Com relação ao auxílio-natalidade, as servidoras públicas têm direito no caso de parto múltiplo. As celetistas não têm direito a este benefício.

Outra peculiaridade com relação ao funcionalismo público é o acúmulo de cargos. Por lei (§ 1º do artigo 17 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias), qualquer profissional da saúde pode ter no máximo dois cargos públicos, inclusive os médicos (BRASIL, Constituição, 1988). É relevante relatar que este dispositivo legal se aplica aos ocupantes de cargos, funções e empregos públicos da administração direta, autárquica e "fundacional", dos membros de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos detentores de mandato eletivo e dos demais agentes políticos [...] (BRASIL, Emenda Constitucional nº 41, 2003).

No tocante à seguridade do servidor público, maiores considerações serão feitas no item "seguridade".

Conforme pesquisa de Carneiro e Gouveia (2004), 69,7% dos médicos exercem a profissão no setor público. Esta realidade "obriga" a classe médica a conhecer o básico da legislação do funcionalismo público.

3.2.3. Cooperativismo médico

O cooperativismo surgiu em 1884, na cidade de Rochdale, localizada no norte da Inglaterra, quando um grupo de 28 tecelões de uma fábrica se reuniu para combater o avanço do capitalismo e os intermediários que não obedeciam ao princípio da justiça do trabalho. A ideia era criar um sistema econômico que tivesse como base a ajuda mútua, a solidariedade humana, a cooperação, a honestidade e o esforço coletivo. Estava formada a primeira cooperativa do mundo.

Cooperativa é definida como "uma associação autônoma de pessoas que se unem, voluntariamente, para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, por meio de uma empresa de propriedade coletiva e democraticamente gerida" (UNIMED – JOÃO PESSOA, 2006).

A lei que define a Política Nacional de Cooperativsmo e institui o regime jurídico das sociedades cooperativas é a Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Igualmente a outras leis, ela sofreu inúmeras alterações ao longo do tempo.

O cooperativismo apresenta sete princípios norteadores: a adesão voluntária e livre, a gestão democrática pelos membros, a participação econômica dos membros, a autonomia e independência, a educação, formação e informação, a intercooperação e o Interesse pela comunidade.

O cooperativismo médico brasileiro, por sua vez, nasceu na cidade de Santos, no estado de São Paulo, no ano de 1967. Ele foi fundado por Edmundo Castilho, através da criação do “Complexo Empresarial Cooperativo Unimed”. Estima-se que o Sistema Unimed cubra 79% do território nacional, aproximadamente quatro mil municípios. Em termos de mercado global de usuários de assistência médica no Brasil, calcula-se uma cobertura 25% do mercado (UNIMED – ARARAS, 2006).

Segundo França (1994), citado por Luz (1998), o cooperativismo médico brasileiro surgiu num contexto de saúde falido e onde a voracidade da medicina de grupo, descompromissada com padrões éticos, estava preocupada apenas com o lucro. Aliás, em relação à temática “Medicina de Grupo no Brasil”, esta teve o seu marco inicial em 1960 com a criação em São Paulo da primeira empresa de Medicina de Grupo, a Policlínica Central (ALMEIDA, 1999).

Segundo Ricardo Guaraldo, diretor de marketing da Confederação das Unimeds do Estado de São Paulo (Confesp) em 2004,

> “o objetivo do cooperativismo é, antes de tudo, evitar a intermediação do trabalho, impedindo que as medicinas de grupo obtivessem uma fatia dos valores pagos pelas empresas pelo trabalho dos profissionais. O cooperativismo é a melhor alternativa para médicos para superar os problemas gerados pela disputa capital-trabalho, pois muda o modelo de relacionamento, já que o profissional é dono do negócio” (PORTAL UNIMEDS, 2004).

O cooperativismo é mais um exemplo de que muitas das invenções surgem em resposta a uma necessidade de proteção.

Em torno do tema “cooperativa médica”, há muita discordância em relação ao caráter liberal e em muitas vezes, as discussões repousam em bases ideológicas.

De um lado, um grupo defende que esta forma garante ao médico cooperado uma maior participação na decisão da entidade, além de possuir meios em algumas situações de controlar a entrada de médicos concorrentes numa determinada região.

Além disto, os defensores do sistema se apoiam na ausência de intermediários entre o produtor (médico prestador de serviço) e o consumidor (paciente) como um dos pontos fortes do sistema, tornando-se uma arma contra os honorários médicos aviltantes (LUZ, 1998; PEREIRA FILHO, 2003).

Apesar de o cooperativismo médico vir ao encontro dos anseios dos membros da classe médica, muito se tem criticado este modelo. Uma das fragilidades do sistema Unimed é a previsão de intenso e delicado relacionamento entre as cooperativas de todo o País em benefício do cliente (OSMAN, 2000).

Os críticos desta forma de inserção apregoam que as cooperativas são convênios com uma “roupagem” diferente e põem em xeque o conhecimento dos cooperantes acerca do cooperativismo, a gestão participativa e a afinidade dos médicos com os aspectos administrativos (no caso dos gestores) (LUZ, 1998; PEREIRA FILHO, 2003).

No *site* do CREMESP são encontradas várias queixas em relação ao cooperativismo, principalmente no tocante à confusão entre a relação cooperado--cooperativa e a relação empregado-empregador, ao rateio dos lucros e perdas, à participação dos cooperantes (cooperados), aos critérios de exclusão dos cooperados e à interferência na autonomia. Em suma, algumas queixas dos cooperantes tocam a esfera trabalhista e outras tocam e esfera ética (CREMESP, 2010).

É oportuno ressaltar a ideia de que o médico cooperado não apresenta vínculo empregatício, ou seja, ele é um “autônomo”, na medida em que ele não recebe 13º salário, não tem direito a férias remuneradas, nem ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e é obrigado a contribuir com o INSS.

Não se pode deixar de mencionar o fato de que o médico cooperado deve pagar uma cota de associação à cooperativa, a chamada “joia”, para as cooperativas já constituídas. O valor desta cota vai variar de acordo com a cooperativa. Podem ser menores que R$ 10.000,00, mas também podem chegar a valores que se aproximam a R$ 100.000,00. O valor está relacionado ao grau de investimento da cooperativa.

Em 2009, o CREMESP revelou que “grande parte das cooperativas de trabalho médico frauda a lei ao ocultar as relações de trabalho que se desenvolvem com horários fixos e em regime de subordinação mediante pagamentos que, na realidade, são salários” (COOPERATIVAS..., 2009). Após um levantamento,

evidenciou-se que o grande objetivo destas falsas cooperativas é burlar a legislação no sentido de economizar encargos de uma relação trabalhista regida pela CLT.

3.2.4. Seguridade social e privada

Resumidamente, pode-se definir seguridade como “o conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade que, integradas, asseguram a saúde, a previdência e a assistência social” (HOUAISS, 2001). Em nosso trabalho abordaremos tanto a seguridade social, quanto a seguridade privada.

3.2.4.1. Seguridade social

Segundo Houaiss (2001), seguridade social é a previdência social em moldes mais amplos, abrangendo toda população. Quando se pesquisa seguridade social na legislação, tem-se como referência a Lei nº 8.212 de 1991, que dispõe sobre a organização da seguridade social.

Nesta lei, seguridade social é conceituada, no seu artigo primeiro, como “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, Lei nº 8.212, 1991).

É oportuno citar as ramificações da Seguridade Social. Ela abrange as áreas da Saúde, Previdência Social e Assistência Social, ou seja, Previdência Social é apenas uma parte da Seguridade Social. Além da conceituação de Seguridade Social, os artigos 3º e 4º da Lei nº 8.212 conceituam Previdência e Assistência Social, respectivamente.

A área da Saúde no Brasil pode ser dividida em três setores: o privado, o filantrópico e o público. O primeiro engloba basicamente profissionais na forma de empresas, autônomos e cooperados que exercem atividades com fins lucrativos. O segundo engloba entidades filantrópicas ou pessoas físicas e caracteriza-se pela ausência de fins lucrativos. Por fim, o setor público está representado na figura do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este é formado por empresas públicas e algumas privadas, que têm por finalidade proporcionar o bem-estar físico, mental, social e espiritual dos habitantes do Brasil, por ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação.

Historicamente, em 1988, a Constituição Federal instituiu o SUS, após tentativa pregressa de unificação do sistema público de saúde (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS).

O SUS tem como princípios norteadores: universalidade (a saúde é direito de todos), integralidade (medidas curativas, preventivas e de reabilitação), equidade (igualdade de oportunidades de usar o sistema), participação popular (controle social), descentralização político-administrativa (direção única em cada esfera de governo), regionalização (divisão de recursos, conforme região de forma a promover um atendimento universal, integral e com equidade) e hierarquização (níveis de complexidade de atendimento: primário, secundário, terciário e quaternário). Os quatro primeiros princípios são considerados princípios ideológicos ou doutrinários e os três últimos, de princípios organizacionais (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010; CAMARGO JÚNIOR, 2002).

O sistema único de saúde é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, Emenda Constitucional nº 29, 2000).

De forma resumida, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 diz que

> "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, Constituição, 1988).

A Previdência Social tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, idade avançada, tempo de serviço, desemprego involuntário, encargos de família e reclusão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente. A organização da Previdência Social obedecerá aos seguintes princípios e diretrizes: a) universalidade de participação nos planos previdenciários, mediante contribuição; b) valor da renda mensal dos benefícios, substitutos do salário-de-contribuição ou do rendimento do trabalho do segurado, não inferior ao do salário mínimo; c) cálculo dos benefícios considerando-se os salários-de-contribuição, corrigidos monetariamente; d) preservação do valor real dos benefícios; e) previdência complementar facultativa, custeada por contribuição adicional (BRASIL, Lei nº 8.212, 1991).

Desta forma, espera-se que todos trabalhadores contribuam para Previdência e após certas circunstâncias, planejadas ou não, o contribuinte ou seu dependente receberá o benefício. Este deveria ser reajustado no sentido de preservar o valor

real. Caso o contribuinte queira aumentar o benefício, ele poderá contribuir com a Previdência Privada.

A Assistência Social é a política social que provê o atendimento das necessidades básicas, traduzidas em proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice e à pessoa portadora de deficiência, independentemente de contribuição à Seguridade Social. A organização da Assistência Social obedecerá às seguintes diretrizes: a) descentralização político-administrativa; b) participação da população na formulação e controle das ações em todos os níveis (BRASIL, Lei nº 8.212, 1991).

No escopo da assistência social, diferentemente da previdência social, não se atrela o benefício à contribuição. Uma vez que se quer garantir o atendimento às necessidades básicas das pessoas. Para isto é importante uma articulação entre o Estado e membros da sociedade organizada.

Não se pode falar de seguridade social sem tratar do Instituto Nacional do Seguro Social, o INSS, criado em 27.6.90 pelo Decreto nº 99.350 (NASCIMENTO, 1997). O INSS é

> uma autarquia federal, com sede em Brasília - Distrito Federal, vinculada ao Ministério da Previdência Social, instituída com fundamento no disposto no art. 17 da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, tem por finalidade promover o reconhecimento, pela Previdência Social, de direito ao recebimento de benefícios por ela administrados, assegurando agilidade, comodidade aos seus usuários e ampliação do controle social (BRASIL, Decreto nº 5.870, 2006).

Alguns questionamentos são normalmente feitos, quando se trata de seguridade social. Quem financia a seguridade social? Quem são os beneficiários? Quais são os benefícios?

3.2.4.1.1. Custeio

As fontes de receita da seguridade social estão dispostas nos artigos 10 a 27 da Lei nº 8.212. De forma resumida, o orçamento da Seguridade Social é composto das seguintes receitas: receitas da União; receitas das contribuições sociais e receitas de outras fontes. Constituem contribuições sociais: a) as das empresas, incidentes sobre a remuneração paga ou creditada aos segurados a seu serviço; b) as dos empregadores domésticos; c) as dos trabalhadores, incidentes sobre o seu salário-de-contribuição; d) as das empresas, incidentes sobre faturamento e lucro; e)

as incidentes sobre a receita de concursos de prognósticos (BRASIL, Lei nº 8.212, 1991). Estes correspondem a sorteio de números, loterias e apostas.

3.2.4.1.2. Beneficiários

Podem-se classificar os beneficiários em dois tipos: o segurado e o dependente. Os segurados obrigatórios da Previdência Social estão dispostos no artigo 12 da Lei nº 8.212/91. Resumidamente, eles devem ser pessoas físicas e podem ser: empregados, empregados domésticos, contribuintes individuais trabalhadores avulsos e segurados especiais (BRASIL, Lei nº 8.212, 1991).

São considerados dependentes dos segurados do INSS:

> 1. de primeira ordem: o cônjuge, o(a) companheiro (a); os filhos menores de 21 anos (não-emancipados ou inválidos); os(as) enteados (as) menores de 21 anos sob tutela do segurado, sem condições de garantir seu sustento e educação.
> 2. de segunda ordem: os pais.
> 3. de terceira ordem: os irmãos menores de 21 anos (não-emancipados ou inválidos) (CASTRO, 2006, p. 42).

3.2.4.1.3. Benefícios

A gama de benefícios da seguridade social é ampla, como pode ser visto a seguir. Cada um apresenta condições mínimas para serem recebidos.

A aposentadoria por invalidez

> É o benefício concedido aos trabalhadores que, por doença ou acidente, forem considerados pela perícia médica da Previdência Social incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento. Não tem direito à aposentadoria por invalidez quem, ao se filiar à Previdência Social, já tiver doença ou lesão que geraria o benefício, a não ser quando a incapacidade resultar no agravamento da enfermidade. É necessária uma perícia médica de dois em dois anos [...] (BRASIL, Ministério da Previdência Social, Benefícios, 2007).

Há uma carência de no mínimo doze meses de contribuição, no caso de doença. Se for acidente, esse prazo de carência não é exigido, mas é preciso estar inscrito na Previdência Social.

A aposentadoria por idade

> Têm direito ao benefício os trabalhadores urbanos do sexo masculino aos 65 anos e do sexo feminino aos 60 anos de idade. Os trabalhadores rurais podem pedir aposentadoria por idade com cinco anos a menos: aos 60 anos, homens, e aos 55 anos, mulheres (BRASIL, Ministério da Previdência Social, Benefícios, 2007).

Os trabalhadores urbanos precisam comprovar 180 contribuições mensais. Os rurais têm de provar, com documentos, 180 meses de trabalho no campo.

Depois que receber o primeiro pagamento, o segurando não poderá desistir do benefício. O trabalhador não precisa sair do emprego para requerer a aposentadoria.

O valor do benefício corresponde a 70% do salário de benefício, mais 1% para cada grupo de doze contribuições mensais até 100% do salário de benefício. O benefício não será inferior a um salário mínimo.

A aposentadoria por tempo de contribuição

> Pode ser integral ou proporcional. Para ter direito à aposentadoria integral, o trabalhador homem deve comprovar pelo menos 35 anos de contribuição e a trabalhadora mulher, 30 anos. Para requerer a aposentadoria proporcional, o trabalhador tem que combinar dois requisitos: tempo de contribuição e a idade mínima (BRASIL, Ministério da Previdência Social, Benefícios, 2007).

A aposentadoria por tempo de contribuição é irreversível e irrenunciável: a partir do primeiro pagamento, o segurado não pode desistir do benefício. O trabalhador não precisa sair do emprego para requerer a aposentadoria.

Professores de ensino fundamental e médio podem pedir aposentadoria após 30 anos (homens) e 25 anos (mulheres) de contribuição, desde que comprovem exclusivamente tempo de efetivo exercício do magistério, ou seja, de atividade docente em sala de aula.

Neste momento é importante relatar a figura da aposentadoria proporcional.

> Quem começou a contribuir ao INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) antes de dezembro de 1998 e quiser parar de trabalhar mais cedo pode se aposentar de forma proporcional --ou seja, antes de atingir o tempo mínimo de contribuição exigido para poder ter o benefício integral, que é de 35 anos (homens) ou de 30 anos (mulheres). Os homens podem pedir a aposentadoria proporcional após os 30 anos de contribuição ao INSS e 53 anos de idade. Além disso, eles devem pagar um pedágio --tempo de serviço que não entra no cálculo-- igual a 40% do tempo que faltava para completarem 30 anos de contribuição em dezembro de 1998. Já as mulheres podem se aposentar de forma proporcional aos 25 anos de pagamento ao INSS e 48 anos de idade, mais o pedágio, que deve ser igual a 40% do tempo que faltava em dezembro de 1998 para atingirem 25 anos de contribuição (MUZZOLON, 2009).

O terceiro tipo de aposentadoria é chamado de especial. Ele é

> concedido ao segurado que tenha trabalhado em condições prejudiciais à saúde ou à integridade física. Para ter direito à aposentadoria especial, o trabalhador deverá comprovar, além do tempo de trabalho, efetiva exposição aos agentes físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais pelo período exigido para a concessão do benefício (15, 20 ou 25 anos) (BRASIL, Ministério da Previdência Social, Benefícios, 2007).

Para ter direito à aposentadoria especial, é necessário também o cumprimento da carência, que corresponde ao número mínimo de contribuições mensais indispensáveis para que o segurado faça jus ao benefício. Os inscritos a partir de 25 de julho de 1991 devem ter, pelo menos, 180 contribuições mensais. Os filiados antes dessa data têm de seguir a tabela progressiva. A perda da qualidade de segurado não será considerada para concessão de aposentadoria especial, segundo o artigo 3º da Lei nº 10.666 (BRASIL, Lei nº 10.666, 2003).

A comprovação será feita em formulário do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), preenchido pela empresa com base em Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho (LTCA), expedido por médico do trabalho ou engenheiro de segurança do trabalho (BRASIL, Ministério da Previdência Social, Benefícios, 2007).

O PPP é o documento histórico-laboral do trabalhador que reúne dados administrativos, registros ambientais e resultados de monitoração biológica, entre outras informações, durante todo o período em que este exerceu suas atividades. Deverá ser emitido e mantido atualizado pela empresa empregadora, no caso de empregado; pela cooperativa de trabalho ou de produção, no caso de cooperado filiado; pelo Órgão Gestor de Mão-de-Obra (OGMO), no caso de trabalhador avulso portuário e pelo sindicato da categoria, no caso de trabalhador avulso não portuário. O sindicato da categoria ou o OGMO estão autorizados a emitir o PPP somente para trabalhadores avulsos a eles vinculados.

Há também o auxílio-doença que “é o benefício concedido à pessoa que fica mais de 15 dias consecutivos impedida de trabalhar, por motivo de doença ou acidente” (CASTRO, 2006, p. 43).

Por sua vez, o salário-família

> É um benefício pago aos trabalhadores com salário mensal de até R$ 654, para auxiliar no sustento dos filhos de até 14 anos incompletos. Vale lembrar que são equiparados aos filhos os enteados e os tutelados que não possuem bens suficientes para o próprio sustento (CASTRO, 2006, p. 65).

O salário-maternidade é o benefício concedido às trabalhadoras (mulheres) que contribuem para Previdência Social, sejam elas empregadas, empregadas domésticas, contribuintes individuais ou facultativas. Ele é concedido habitualmente por 120 dias, porém pode ser prorrogado por mais 30 dias, a depender de indicação médica (CASTRO, 2006, p. 62).

Em 9 de setembro de 2008 foi sancionada a Lei nº 11.770 que cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade, em 60 dias, mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 (BRASIL, Lei nº 11.770, 2008).

Este benefício é pago a partir do 8º mês de gestação, comprovado através de atestado médico do SUS, particular ou do serviço médico da empresa (ou credenciada por ela); a partir da data do parto, com apresentação da Certidão de Nascimento ou a partir da data do deferimento da medida liminar nos autos de adoção ou da data da lavratura da Certidão de Nascimento do adotado (BRASIL, Ministério da Previdência Social, Salário-Maternidade, 2010).

As regras que regulamentam o valor do salário-maternidade variam conforme o tipo de contribuinte. O empregado recebe valor mensal igual à sua remuneração integral, no mês de seu afastamento. Em caso de salário variável, o valor é igual à média dos 6 (seis) últimos meses de trabalho, apurada segundo a lei salarial ou dissídio da categoria. A empregada doméstica recebe valor correspondente ao do seu último salário de contribuição, que não será inferior ao do salário-mínimo e nem superior ao limite máximo do salário de contribuição. A contribuinte individual ou facultativa recebe um doze avos da soma dos doze últimos salários-de-contribuição, apurados em período não superior a quinze meses (BRASIL, Ministério da Previdência Social, Salário-Maternidade, 2010).

O salário-maternidade é cumulativo, ou seja, a segurada tem direito a um salário-maternidade para cada emprego. O salário-maternidade também é pago em casos de adoção ou guarda judicial para fins de adoção. Neste caso, há uma proporcionalidade entre o tempo de recebimento do benefício e a idade da criança. Assim sendo, quanto mais nova for a criança, maior será o tempo de recebimento (BRASIL, Ministério da Previdência Social, Salário-Maternidade, 2010).

Caso a criança venha a falecer durante a licença-maternidade, o salário--maternidade não será interrompido. Em caso de natimorto, o benefício será devido nas mesmas condições e prazos. No caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico, é devido salário-maternidade correspondente a duas semanas, devendo ser requerido na Agência da Previdência Social (BRASIL, Ministério da Previdência Social, Salário-Maternidade, 2010).

O auxílio-acidente “é o benefício concedido pela Previdência Social aos segurados que recebiam auxílio-doença e ficaram com sequelas ou redução da

capacidade produtiva após a ocorrência de um acidente de trabalho" (CASTRO, 2006, p. 50).

A pensão por morte

> Será devida ao conjunto dos dependentes do segurado que falecer, aposentado ou não, a contar da dato do óbito ou da decisão judicial, no caso de morte presumida. A renda mensal da pensão por morte é de 100% do salário-de-benefício (NASCIMENTO, 1997, p. 613).

O auxílio-reclusão "é o benefício concedido aos dependentes de segurados do INSS que, por quaisquer motivos, tenham sido presos" (CASTRO, 2006, p. 51).

A gratificação natalina (abono anual) aos aposentados e pensionistas é garantida pela Constituição Federal em seu artigo 201 § 6º com base no valor dos proventos do mês de dezembro de cada ano (NASCIMENTO, 1997).

O benefício assistencial (amparo assistencial)

> Trata-se de um tipo de benefício que o INSS concede aos idosos (com mais de 65 anos e que não exerçam atividade remunerada) e deficientes incapacitados de exercer atividades profissionais. Essas pessoas não podem ser filiadas a nenhum regime de Previdência Social, nem receber benefício público de qualquer espécie (CASTRO, 2006, p. 66).

Por último, há o seguro-desemprego, cuja finalidade é "prover assistência financeira temporária ao trabalhador desempregado em virtude de dispensa sem justa causa" (NASCIMENTO, 1997, p. 614).

> O trabalhador terá direito de 3 a 5 parcelas do benefício, de forma contínua ou alternada, a cada 16 meses, de acordo com a quantidade de meses trabalhados nos últimos 36 meses anteriores à data da dispensa, da seguinte forma: 3 parcelas (se trabalhou de 6 a 11 meses), 4 parcelas, (se trabalhou de 12 a 23 meses), 5 parcelas (se trabalhou de 24 a 36 meses). A quantidade de parcelas poderá ser excepcionalmente prolongada em até 2 meses, para grupos específicos de segurados, conforme Lei nº. 8.900, de 30.06.1994 (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2007).

Há requisitos para o recebimento do seguro desemprego: exercício da atividade durante pelo menos 6 meses nos últimos 36 meses e não estar em gozo de outros benefícios previdenciários (NASCIMENTO, 1997).

Embora nesta pesquisa, tenha sido usada, principalmente a lei 8.212 de 1991, não se pode deixar de citar e relevância da lei 8.213 de 1991, quando se trata de Regime Geral da Previdência Social, com destaque para benefícios e beneficiários.

3.2.4.1.4. Regimes da Previdência

Vale a pena discorrer algumas poucas palavras adicionais acerca da aposentadoria, pela sua relevância dentro de um planejamento profissional.

Primeiramente, neste trabalho, deve-se levar em consideração duas acepções da palavra “aposentadoria”. A primeira diz respeito ao afastamento de (uma pessoa) do serviço ativo, após completar os anos estipulados em lei para exercício de atividade ou, antes deste prazo, por invalidez. A segunda se refere à remuneração recebida mensalmente pelo beneficiário aposentado. Conforme o contexto uma ou outra poderá ser usada.

A aposentadoria faz parte do contexto de três regimes previdenciários: Regime de Previdência Complementar; Regime Geral de Previdência Social (RGPS) – dos empregados e autônomos; Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) – dos servidores públicos civis da União, Estados, Municípios e Distrito Federal. Não há de se esquecer as peculiaridades do regime próprio previdenciário dos militares.

No site do Ministério da Previdência e Assistência Social encontra-se uma aproximação inicial com os regimes geral e próprio.

> A previdência no serviço público trata das questões relacionadas às normas previdenciárias aplicáveis aos servidores públicos titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Os trabalhadores da iniciativa privada são vinculados, obrigatoriamente, ao Regime Geral de Previdência Social, gerido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). De outro lado, os servidores titulares de cargos efetivos filiam-se aos regimes próprios de previdência, instituídos e organizados pelos respectivos entes federativos. Os preceitos legais que regem esses regimes possuem fundamento no Art. 40, da Constituição Federal, e são diferentes daqueles aplicados ao Regime Geral (BRASIL, Ministério da Previdência Social, Previdência do Servidor, 2007).

Sem querer esgotar o assunto, tal a sua complexidade, é oportuno tratar das contribuições do Regime Geral da Previdência Social.

Neste regime, as faixas de contribuição são progressivas, de 8% a 11% para os empregados, conforme o valor do salário (Quadro 1).

Quadro1: Contribuição dos segurados empregado, empregado doméstico e trabalhador avulso, para pagamento de remuneração a partir de 1º de janeiro de 2010

Salário-de-contribuição (R$)	Alíquota para fins de recolhimento ao INSS (%)
Salário mínimo até R$ 1.024,97	8,00
de R$ 1.024,98 a R$ 1.708,27	9,00
de R$ 1.708,28 até R$ 3.416,54	11,00

Salário Mínimo Nacional (jan/2010) = R$ 510,00
Fonte: Brasil, Ministério da Previdência Social, Benefícios

No caso dos autônomos, empresários e facultativos (donas-de-casa, estudantes e desempregados), a alíquota de recolhimento é de 20%. Em virtude do baixo número de contribuintes destes grupos, a alíquota baixou para 11% a partir de 1º de julho de 2007, para o autônomo que contribui com um salário-mínimo.

> O trabalhador autônomo vai passar a pagar menos de contribuição ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), a partir de primeiro de julho de 2007. A alíquota, que atualmente é de 20%, vai cair para 11%. [...] Com o recolhimento de 11% para o INSS, os autônomos que recebem R$ 350 por mês, por exemplo, irão pagar R$ 38,50, em vez dos R$ 70 atuais. Já a contribuição daqueles que recebem R$ 2 mil irá cair de R$ 400 para R$ 220. Entretanto, quando a lei passar a vigorar, o trabalhador autônomo poderá se aposentar apenas por idade (60 anos para mulheres e 65 para homens). O INSS acredita que a diminuição da alíquota irá aumentar o número de contribuintes (MATTIUSSI, 2006).

As principais diferenças entre os regimes próprio e geral estão nas regras para contribuição e no cálculo do valor da aposentadoria. No RPPS a contribuição é de 11% sobre a remuneração, independentemente da faixa salarial. A partir de 17 de dezembro de 2003, os tetos se tornaram iguais aos do Regime Geral. Antes, o servidor se aposentava com o rendimento do último salário recebido, que chegava a um teto na União, correspondente ao salário do presidente do Supremo Tribunal Federal (R$ 26.723,13 a partir de fevereiro de 2010) e, nos estados e municípios, estava limitado ao do executivo, ou seja, não ultrapassava os ganhos do governador e do prefeito (CASTRO, 2006, p. 16).

3.2.4.2. Seguridade privada (fundos de pensão)

A existência de um teto constitucional para aposentadoria aquém das expectativas dos segurados impulsionou o regime complementar de previdência. De fato, atenção especial deve ser dada à palavra “complementar”, pois este regime previdenciário não pode ser encarado como concorrente dos regimes geral e próprio.

Além do mais, mudanças frequentes na legislação previdenciária fizeram com que os segurados buscassem alternativas para uma aposentadoria tranquila e que pudessem manter o padrão de vida (CASTRO, 2006).

Quanto ao acesso aos planos previdenciários complementares, há três tipos: o de entidades abertas (Brasilprev, Portoprev etc.), o de entidades fechadas (Petrobrás, Banco do Brasil, IBM e outros) e o de entidades associativas (entidade de classe, sindicato e cooperativas) (BRASIL, Ministério da Previdência Social, Previdência Complementar, 2005).

Em relação aos produtos de mercado, há praticamente dois tipos: o Plano Gerador de Benefício Livre (PGBL) e o Vida Gerador de Benefício Livre (VGBL).

A grande diferença reside no tratamento fiscal. No PGBL o contribuinte poderia contribuir até 12% da renda bruta, para fins de abatimento no imposto de

renda. A tributação ocorrerá sobre o montante final no momento do resgate ou solicitação do benefício de renda. No VGBL a tributação ocorrerá no momento do resgate ou solicitação do benefício de renda e sobre os rendimentos, não sendo possível usar a contribuição para abatimento na Declaração de Imposto de Renda. Sobre os dois produtos incidem em algum momento taxas de carregamento e administração, cobradas pela gerenciadora dos fundos. A primeira é proporcional à contribuição e serve para cobrir custos de corretagem. A segunda serve para administrar os recursos provenientes das aplicações feitas em um plano de Previdência (ITAÚ, 2010).

Outras características dos fundos de pensão (plano de previdência privada) que devem ser ressaltadas são:

- as possibilidades do segurado se aposentar com uma idade menor que a estipulada pela previdência social;
- a maior liberdade de escolher a sua contribuição, em função de suas posses;
- a possibilidade de resgatar as contribuições antes do prazo estipulado (em certos casos, às custas de um prejuízo financeiro).

3.2.5. Tributos

Antes de especificarmos os tipos de tributos relacionados à atividade médica, embora não exclusivos deste tipo de atividade, deve-se diferenciar tributo, imposto, taxa e contribuição.

O artigo 3º do Código Tributário Nacional (CTN), Lei nº 5.172 de 25 de outubro de 1966, define tributo como “toda prescrição pecuniária compulsória, em moeda ou cujo valor nela se possa exprimir, que não constitua sanção de ato ilícito, instituída em lei e cobrada mediante atividade administrativa plenamente vinculada”.

Tributo também pode ser definido como

> a obrigação imposta aos indivíduos e pessoas jurídicas de recolher valores ao Estado, ou entidades equivalentes (por exemplo tribos e grupos revolucionários). [...] Modernamente, nos sistemas tributários capitalistas, somente o dinheiro é aceito como pagamento (TRIBUTO, 2006).

É oportuno relatar que o CTN é uma lei de tributos que será tomada como base para as leis de tributação.

Há vários tipos de tributos: impostos, taxas, contribuição de melhoria (art. 5º do CTN). No entanto,

> o Supremo Tribunal Federal acresceu ao seguinte rol outras duas subdivisões: empréstimo compulsório (art. 148 da Constituição) e contribuições "parafiscais" ou "especiais", constantes do artigo 149 e 149-A da Constituição Federal de 1988, onde se incluem as contribuições sociais, as contribuições previdenciárias, as contribuições de intervenção no domínio econômico (CIDE), e as contribuições de interesse das categorias profissionais (TRIBUTO, 2006).

Imposto é o tributo cuja obrigação tem por fato gerador uma situação independente de qualquer atividade estatal específica, relativa ao contribuinte (BRASIL, Lei nº 5.172, 1966). Como exemplos significativos, há: imposto de renda, imposto sobre propriedade predial e territorial urbana e imposto sobre serviços de qualquer natureza.

Taxa, por sua vez, é caracterizada no art. 77 do CTN como um tributo que tem como fato gerador o exercício regular do poder de polícia, ou a utilização, efetiva ou potencial, de serviço público específico e divisível, prestado ao contribuinte ou posto à sua disposição.

Vale a pena se deter em duas peculiaridades embutidas no conceito de taxa: poder de polícia e contraprestação.

Poder de polícia, segundo Freund (1976) é o poder de promover o bem público pela limitação e regulamentação do uso da liberdade e da propriedade.

Na contraprestação reside uma das diferenças entre imposto e taxa. Enquanto no imposto não é contraprestacional, taxa a tem como característica central.

Como exemplos de taxas, há: Taxa de Coleta de Lixo, Taxa de Conservação e Limpeza Pública e Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária.

A contribuição de melhoria, conforme o art. 81 do CTN, é instituída para fazer face ao custo de obras públicas de que decorra valorização imobiliária, tendo como limite total a despesa realizada e como limite individual o acréscimo de valor que da obra resultar para cada imóvel beneficiado. Como exemplos de contribuições de melhoria, têm-se: asfalto, calçamento, rede de água, rede de esgoto etc.

As contribuições parafiscais são, em sentido amplo, a espécie de tributo arrecadada para manutenção de um órgão, fundo ou despesa (TRIBUTO, 2006). As contribuições parafiscais são previstas no artigo 149 da Constituição Federal, dizendo que: "Compete exclusivamente à União instituir contribuições sociais, de

intervenção no domínio econômico e de interesse das categorias profissionais ou econômicas, como instrumento de sua atuação nas respectivas áreas [...]". Como exemplo, há a contribuição aos órgãos de fiscalização profissional.

Por último, há o empréstimo compulsório. Ele encontra-se descrito no artigo 15 do CTN (BRASIL, Lei nº 5.172, 1966). O mesmo diz:

> Somente a União, nos seguintes casos excepcionais, pode instituir empréstimos compulsórios:
> I - guerra externa, ou sua iminência;
> II – calamidade pública que exija auxílio federal impossível de atender com os recursos orçamentários disponíveis;
> III – conjuntura que exija a absorção temporária de poder aquisitivo.

Até 31/03/2009 havia no Brasil 85 tipos de tributos (PORTAL TRIBUTÁRIO, Relação dos Tributos no Brasil, 2009).

Ao se abordar um tema como este, não se está exigindo que o médico domine o assunto. Certamente, este é o metiê de advogados tributaristas e contabilistas. Porém, os médicos devem ter uma aproximação com o tema, com o intuito de ter elementos que os auxiliem nas escolhas profissionais e, portanto, contribuam para o planejamento de sua vida profissional.

3.2.5.1. Tributação da pessoa física

Quando se trata de tributos é interessante se deter no conceito jurídico de pessoa. Para começar,

> Todo direito pressupõe um titular que possa exercê-lo. Pessoa é o ente a que se atribuem direitos e deveres. Pessoa física (ou pessoa natural) é um ser humano percebido através dos sentidos e sujeito às leis físicas. Pessoa jurídica (ou pessoa moral, ou entidade legal) é uma construção legal com direitos e deveres, como a capacidade de entrar em contratos e processar ou ser processada. Geralmente, é uma organização como uma corporação ou um governo. Também pode ser definida como a unidade de pessoas naturais ou jurídicas ou de patrimônios visando ao atingimento de determinados objetivos (PESSOA, 2006).

O médico autônomo é visto como pessoa física e, segundo o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas, os tributos que incidem sobre o autônomo são: Imposto de Renda sobre Pessoa Física, Contribuição ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e Imposto Sobre Serviços (ISS) (SEBRAE-SP, 2006). Não se pode esquecer a contribuição ao Conselho Regional de Medicina e a Contribuição Sindical. Portanto, há, no mínimo, cinco tributos.

O Imposto de Renda é um imposto, onde cada pessoa ou empresa é obrigada a deduzir uma dada percentagem de sua renda média anual para o governo federal. Esta percentagem varia de acordo com a renda média anual e com a forma de geração de renda.

A Contribuição ao INSS é um dos tributos que custeiam a seguridade social. A seguridade social é responsável pelo pagamento de auxílio-doença, aposentadoria (por invalidez, por tempo de serviço, por idade ou especial), salário-família, pensão por morte, auxílio-reclusão, salário-maternidade, seguro-desemprego, gratificação natalina aos aposentados (e pensionistas) e benefício assistencial (NASCIMENTO, 1997). Ela pode ser descontada na folha de pagamento ou paga via guia de recolhimento ou Guia de Previdência Social (GPS). O valor pago mantém uma proporcionalidade com o rendimento até um valor limite, considerado como teto de contribuição. Apesar da existência de um limite, há a possibilidade de contribuição além do teto.

Imposto Sobre Serviços é um tributo pago ao município ou Distrito Federal. O contribuinte é o prestador de serviço. Se um médico tiver um vínculo empregatício e, além disso, exercer a atividade profissional como prestador de serviço; mesmo assim, deverá pagar o tributo.

Todo médico deve pagar uma contribuição anual (anuidade) do Conselho Regional de Medicina do estado onde ele exerça a profissão. Caso o médico exerça a profissão em mais de um estado, deverá pagar a contribuição correspondente a cada estado.

Com relação à Contribuição Sindical, este assunto já foi abordado no item “Consolidação das Leis Trabalhistas”. Resumidamente, a contribuição sindical, ou “imposto” sindical é um tributo pago ao sindicato da categoria. Restringindo-se aos médicos, ele é de caráter compulsório para todos os médicos (empregados, autônomos ou empresários). Médicos servidores públicos exclusivos não são obrigados a contribuir.

3.2.5.2. Tributação da pessoa jurídica

Fugindo do jargão jurídico, pessoa jurídica apresenta uma equivalência com a empresa constituída. Ela é abstrata, pode ser pública ou privada e se contrapõe à

pessoa física a partir do momento que ela não nasce, nem morre; ela é uma criação do ser humano.

Ao se enumerar os tipos de tributos que incidem sobre a pessoa jurídica, verifica-se que esta está sujeita a uma gama maior de tributos que a pessoa física. Alguns são fixos, ou seja, independem dos ganhos da empresa. Outros são proporcionais aos ganhos.

O Imposto de renda para pessoa jurídica

> Obedece à mesma lógica da pessoa física. No entanto, há várias formas de tributação: simples, lucro presumido, lucro real e lucro arbitrado. A forma de tributação dependerá da opção da pessoa jurídica ou da determinação legal (PORTAL TRIBUTÁRIO, IRPJ, 2007).

A Contribuição ao INSS é feita mensalmente e seu valor independe do número de sócios.

O ISS é cobrado quadrimestralmente e é proporcional ao número de sócios.

Há três tipos de contribuição para entidades sindicais. A primeira é a contribuição sindical patronal (anual e independe do número de sócios). A segunda é a contribuição sindical por pessoa física (anual e depende do número de sócios). Por último, há a contribuição confederativa (semestral e independe do número de sócios).

Outra contribuição cobrada das empresas é contribuição para o financiamento da seguridade social (COFINS). Ela é proporcional aos ganhos da empresa e foi instituída pela Lei Complementar nº 70 de 30/12/1991 (BRASIL, Lei Complementar nº 70, 1991). São contribuintes da COFINS

> as pessoas jurídicas de direito privado em geral, inclusive as pessoas a elas equiparadas pela legislação do Imposto de Renda, exceto as microempresas e as empresas de pequeno porte submetidas ao regime do SIMPLES. A contribuição COFINS, atualmente, é regida pela Lei 9.718/98, com as alterações subseqüentes (PORTAL TRIBUTÁRIO – Os Tributos, 2007).

Além do pagamento da anuidade do CRM pelos sócios médicos, a empresa médica também deve pagar uma anuidade proporcional ao capital social (BRASIL, CFM, 2009).

Há também a taxa de fiscalização de estabelecimento (TFE), um tributo de competência do município.

A Contribuição ao Programa de Integração Social (PIS) é uma contribuição social devida pelas pessoas jurídicas, com o objetivo de financiar o pagamento do

seguro desemprego e do abono para os trabalhadores que ganham até dois salários mínimos (PIS/PASEP, 2006). É um tributo proporcional aos ganhos da empresa.

O PIS foi criado pela Lei Complementar 07/1970 para beneficiar trabalhadores. Para o funcionalismo público, há o PASEP (Patrimônio do Servidor Público), criado pela Lei Complementar 08/70 para beneficiar os servidores públicos (PIS/PASEP, 2006). Assim sendo, os contribuintes do PIS são

> as pessoas jurídicas de direito privado e as que lhe são equiparadas pela legislação do Imposto de Renda, inclusive empresas prestadoras de serviços, empresas públicas e sociedades de economia mista e suas subsidiárias, excluídas as microempresas e as empresas de pequeno porte submetidas ao regime do SIMPLES. Possuem uma base cálculo complexa (PORTAL TRIBUTÁRIO – Os Tributos, 2007).

Por último, há a contribuição social sobre lucro (CSSL). Ela foi instituída pela Lei nº 7.689/1988. Há um paralelismo entre a CSSL e o IRPJ. Assim sendo, uma empresa que paga IRPJ pelo lucro presumido, pagará a CSSL pelo lucro presumido (PORTAL TRIBUTÁRIO - Os Tributos, 2007).

É oportuno informar que, para fins de tributação do IRPJ e do COFINS, há três formas de tributação: lucro real (anual ou trimestral), lucro presumido e simples nacional (PORTAL TRIBUTÁRIO, Lucro..., 2007). A de lucro real geralmente exige um controle contábil mais rigoroso.

Há que se considerar também outros tributos, tais como IPTU (Imposto Predial Territorial Urbano), TFA (Taxa de Fiscalização de Anúncios), CADAN (Cadastro de Anúncios), TLIF (Taxa de Fiscalização de Localização, Instalação e Funcionamento) e os honorários do contabilista (mensalidade, preenchimento da IRPJ e da RAIS – Relação Anual de Informações Sociais).

Se levarmos em conta que 25,7% dos médicos são proprietários de empresa médica, fica patente a importância do conhecimento básico sobre o tema. É oportuno, também, mencionar que 31% dos médicos com consultório são pessoas jurídicas por exigência dos convênios (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004).

Nas Tabelas 1, 2 e 3, há uma simulação do balanço financeiro de um médico que se insere no mercado na cidade de São Paulo como celetista, como autônomo e como pessoa jurídica (2 sócios, sem estabelecimento físico para atendimento e tributação como lucro presumido). Nesta simulação levou-se em consideração que todos tiveram um mês de férias por ano. Além disso, foi considerada a remuneração bruta, assim como as despesas fixas e proporcionais aos ganhos. Ao final de um ano calculou-se o valor líquido auferido. A vantagem do vínculo celetista foi nítida

para esta faixa de remuneração. A magnitude da diferença a favor deste vínculo ilustra a necessidade do domínio destas variáveis básicas. Em nossa visão, este domínio é mais uma ferramenta a ser usada no planejamento da carreira médica.

Tabela 1: Simulação do balanço financeiro anual de 2010 no caso de vínculo trabalhista do tipo "empregado"

RENDA BRUTA MENSAL DE R$ 10.000,00 * Tipo de vínculo: Empregado com 1 mês de férias/ano	
Desembolsos fixos	
Anuidade CREMESP	460,00
Contribuição sindical	160,00
Total (fixo)	**620,00**
Desembolsos proporcionais (incluindo retenções)	
INSS (11% de R$ 3.416,54) ** = 375,81 x 12	4.509,72
IRPF *** = 11 x 1.953,87 + 1 x 4.703,87 (mês do 13º salário)	26.196,44
Total (proporcional)	**30.706,16**
Tributação Total (fixa + proporcional)	
	31.326,16
Resumo de Remuneração	
Remuneração base anual = 11 x 10.000	110.000,00
Férias	10.000,00
Adicional de férias (1/3)	3.333,33
13º salário	10.000,00
FGTS	10.666,66
Ganho total anual	**144.000,00**
Tributação Total (fixa + proporcional)	**31.326,16**
Valor líquido anual auferido	**112.673,84**

(*) O valor da renda bruta levou em consideração uma jornada semanal aproximada de 60 horas com uma remuneração de R$ 40,00/hora.
(**) Teto de contribuição ao INSS (2010) = 3.416,54.
(***) IRPF = (remuneração bruta – INSS) x 27,5% - dedução (= 692,78 para teto) [sem considerar outras deduções]
INSS: Instituto Nacional do Seguro Social; ISS: Imposto Sobre Serviço; FGTS: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

Tabela 2: Simulação do balanço financeiro anual de 2010 para o vínculo trabalhista do tipo "autônomo" na cidade São Paulo

RENDA BRUTA MENSAL DE R$ 10.000,00 * Tipo de vínculo: autônomo com 1 mês de férias/ano	
Desembolsos fixos	
ISS	0
- Isento a partir de 2009, na cidade de São Paulo	
- Pode variar de 2 a 5% de uma base de cálculo (variável conforme a categoria e a cidade)	
Anuidade CRM	460,00
Contribuição sindical	160,00
Total (fixo)	**620,00**
Desembolsos proporcionais (incluindo retenções)	
INSS (20% de R$ 3.416,54)** = 12 x 683,30	8.199,60
IRPF *** = 11 x 1.869,31	20.562,41
Total (proporcional)	**28.762,01**
Tributação total	
	29.382,01
Resumo de Remuneração	
Remuneração base anual = 11 x 10.000	**110.000**
Ganho total anual	**110.000**
Tributação total	**29.382,01**
Valor líquido anual auferido	**80.617,99**

(*) O valor da renda bruta levou em consideração uma jornada semanal aproximada de 60 horas com uma remuneração de R$ 40,00/hora. (**) Teto de contribuição ao INSS (2010) = 3.416,54. (***) IRPF = (remuneração bruta – INSS) x 27,5% - dedução (= 692,78 para teto) [não foram consideradas outras deduções]
INSS: Instituto Nacional do Seguro Social; ISS: Imposto Sobre Serviço.

Tabela 3: Simulação do balanço financeiro no ano de 2010 para o vínculo trabalhista do tipo "pessoa jurídica" na cidade São Paulo (com capital social de R$ 4.000,00 e regime tributário por lucro presumido)

RENDA BRUTA MENSAL DE R$ 20.000,00 * (cada sócio recebeu R$ 10.000,00) Pessoa jurídica com 1 mês de férias/ano (sem empregados, sem gastos com estabelecimento e com 2 sócios médicos)	
Desembolsos fixos	
INSS com pró-labore = SM x 31% / sócio / mês = 510 x 0,31 x 2 x12	3.794,40
- 31% (20% da empresa + 11% do sócio)	
Contribuição sindical patronal	125,20
- para capita social até R$ 15.649,45	
Contribuição sindical por pessoa física =1 x 160 x N	320
Contribuição confederativa = 2 x 115	230
- varia conforme o número de empregados	
ISS = base de cálculo x 2% x N x 12 (valor mensal)	519,71
- base de cálculo na cidade de São Paulo = R$ 1.082,73	
- pago trimestralmente	
TFE	96,33
- varia conforme o número de empregados	
Anuidade do CREMESP de pessoa física = 460 x N	920
Elaboração da RAIS = 30% do SM x 1	153
Elaboração da declaração de IRPJ = 30% do SM x 1	153
Anuidade do CREMESP para PJ	481,19
- para capital social até R$ 4.450,00 = R$ 481,19	
Contador = 12 x 510	6.120
Tributação fixa anual	**12.912,83**
Desembolsos proporcionais (incluindo retenções)	
IRPJ = 4,8 % de 20.000 x 11	10.560
PIS = 0,65% de 20.000 x 11	1.430
COFINS = 3% de 20.000 x 11	6.600
CSSL = 2,88% de 20.000 x 11	6.336
Tributação proporcional presumida anual = 11,33% de (11x 20.000)	**24.926**
Tributação total anual (fixo + proporcional)	
	37.838,83
Resumo de Remuneração	
Remuneração base anual = 11x 20.000	**220.000,00**
Ganho total anual (2 sócios)	**220.000,00**
Tributação total anual (fixo + proporcional)	**37.838,83**
Valor líquido anual auferido = ganho total anual – tributação total anual	**R$ 182.161,17 (para os 2 sócios)** **R$ 91.080, 58 (por sócio)**

(*) O valor da renda bruta levou em consideração uma jornada semanal aproximada de 60 horas com uma remuneração de R$ 40,00/hora.
N: número de sócios. INSS: Instituto Nacional do Seguro Social; ISS: Imposto Sobre Serviço; TFE: Taxa de Fiscalização de Estabelecimento; RAIS: Relação anual de Informações Sociais; IRPJ: Imposto de Renda Pessoa Jurídica; PIS: Programa de Integração Social; COFINS: Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social; CSSL: Contribuição Social Sobre Lucro; FGTS: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. SM: Salário mínimo. PJ: Pessoa jurídica.

O intuito das Tabelas 1, 2 e 3 é mostrar a importância de se fazer um balanço financeiro anual. Desta forma é possível detectar as vantagens e desvantagens financeiras dos tipos de vínculos. Esta simulação acaba sendo pertinente para massa trabalhadora de médicos. Obviamente, há médicos que fazem opções mais rentáveis seja pelo tipo de trabalho exercido, seja pelo aumento da carga de trabalho. Outro ponto a ser ressaltado, refere-se à omissão de despesas envolvidas com a manutenção de um estabelecimento físico (recepcionista, faxineira, energia elétrica, água, fone, aluguel, IPTU, depreciação de equipamentos e mobiliário etc).

Vale a pena se deter em alguns aspectos específicos das tabelas 1,2 e 3. Foi considerada uma renda média mensal aproximada de R$ 10.000,00 para os três tipos de vínculos e que os profissionais trabalharam 60 horas por semana. Depois os tributos fixos (independentes da renda) e tributos proporcionais foram individualizados.

Ao se analisar o tipo de vínculo celetista, percebe-se que a carga tributária (tributação total anual / renda bruta anual) girou em torno de 21,7%. Para médicos que atuam como pessoa jurídica ou como autônomo, a carga foi respectivamente de 17,1% e 26,7%. Poderíamos deduzir que o profissional que exerce a profissão médica como pessoa jurídica acaba tendo uma renda líquida maior ao final do ano, o que não ocorreu. No entanto, percebe-se que isto aconteceu com os celetistas em virtude dos benefícios trabalhistas (FGTS, férias remuneradas e gratificação natalina) que compensaram a maior carga tributária. Atente-se para a grande diferença em prol do celetista em relação à pessoa jurídica: aproximadamente R$ 20.000,00 (quando comparado com pessoa jurídica) e R$ 32.000,00 (quando comparado com autônomo). Esta pesquisa não quer induzir o leitor, afirmando que o vínculo celetista é o melhor. Ele é mais rentável nesta faixa de remuneração. Outras instâncias são consideradas para se qualificar um tipo de vínculo como sendo melhor que outro. A dimensão financeira é apenas uma delas.

Finalmente, deve-se considerar que os médicos usualmente se inserem no mercado das seguintes formas: empregado (celetista), servidor público civil estatutário (ou efetivo), servidor público militar, autônomo, prestador de serviço como pessoa jurídica e cooperado. Há que considerar duas variantes relevantes: o empregado público (celetista) e o servidor público comissionado (também regido pela CLT). A aproximação entre empregado público e ocupante de provimento em comissão é tão tênue, que poderíamos colocá-los no mesmo grupo. Todas estas formas apresentam peculiaridades previdenciárias, trabalhistas e tributárias que as tornam distintas (resumidas nos Quadros 2, 3 e 4; nas duas páginas a seguir).

Quadro 2: Aspectos trabalhistas relevantes dos principais tipos de vínculos trabalhistas

Tipo de vínculo / Aspectos	Empregado (celetista)	Servidor público civil estatutário (ou efetivo)	Autônomo	Prestador de serviço como pessoa jurídica	Cooperado	Empregado público	Servidor ocupante de cargo de comissão (comissionado)	Servidor público militar
Regime jurídico de trabalho	CLT	Estatuto	Economia de mercado	Economia de mercado	Lei 5.764 - 71	CLT	CLT	Estatuto do servidor militar
Estabilidade de trabalho	+ (*)	++ (**)	Ausente	Ausente	Ausente	+ (*)	Ausente (sem multa rescisória)	++ (***)
Direito ao 13º salário	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Direito ao FGTS	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não
Direito a férias remuneradas	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Concurso Público para provimento de cargos e funções públicas	-	Obrigatório	-	-	-	Obrigatório	Facultativo	Obrigatório

(*) A estabilidade do celetista se reflete na garantia de não ser demitido após os três meses da contratação, a não ser por justa causa. Caso contrário o empregador deverá pagar indenização. Em empregados com mais de dez anos, somente pode ser demitido por justa causa ou por circunstância de força maior.
(**) Após os três anos de exercício efetivo, o servidor terá estabilidade garantida. O servidor estável só perderá o cargo em virtude de sentença judicial transitada em julgado ou de processo administrativo disciplinar no qual lhe seja assegurada ampla defesa.
(***) Tempo para aquisição de estabilidade varia conforme unidade político-administrativa.
CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas; FGTS: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

Quadro 3: Aspectos tributários relevantes dos principais tipos de vínculos trabalhistas

Tipo de vínculo / Aspectos	Empregado (celetista)	Servidor público civil estatutário (ou efetivo)	Autônomo	Prestador de serviço como pessoa jurídica	Cooperado	Empregado público	Servidor ocupante de cargo de comissão (comissionado)	Servidor público militar
Imposto de renda	IRPF	IRPF	IRPF	IRPJ	IRPF	IRPF	IRPF	IRPF
Regime previdenciário que rege a contribuição previdenciária	RGPS	RPPS	RGPS (se o trabalhador contribuir)	RGPS (se proprietário contribuir no pró-labore)	RGPS	RGPS	RGPS	RPPS ou Regime Previdenciário dos Militares
ISS	Não	Não	Isento a partir de 2009 (na cidade de São Paulo)	Sim	Sim	Não	Não	Não
COFINS	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
PIS	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
CSSL	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não

IRPF: Imposto de Renda Sobre Pessoa Física; IRPJ: Imposto de Renda Pessoa Jurídica; INSS: Instituto Nacional do Seguro Social; ISS: Imposto Sobre Serviço; PIS: Programa de Integração Social; COFINS: Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social; RGPR: Regime Geral da Previdência Social; RPPS: Regime Próprio da Previdência Social.

Quadro 4: Aspectos previdenciários relevantes dos principais tipos de vínculos trabalhistas

Tipo de vínculo / Aspectos	Empregado (celetista)	Servidor público civil estatutário (ou efetivo)	Autônomo	Prestador de serviço como pessoa jurídica	Cooperado	Empregado público	Servidor ocupante de cargo de comissão (comissionado)	Servidor público militar
Teto de contribuição	11% sobre o teto de contribuição do INSS	11% sobre o valor da remuneração	20% sobre o teto de contribuição do INSS	INSS com pró-labore	11% (serviços prestados a empresas), 20% (serviços prestados a pessoas físicas, a entidade beneficente ou a outra UNIMED)	11% sobre o teto de contribuição do INSS	11% sobre o teto de contribuição do INSS	7,5% sobre o valor de remuneração
Teto do benefício	Teto do INSS	Limitado ao valor do salário de autoridade pública definida (*)	Teto do INSS	-	Teto do INSS	Teto do INSS	Teto do INSS	Aposentadoria corresponde à última remuneração (varia com a patente)

(*) Teto dos servidores municipais = Salário do prefeito. No executivo estadual, o teto é o salário do governador, desde que não ultrapasse 75% do salário do presidente da República. No legislativo estadual, dos deputados estaduais e distritais, até 75% do salário de deputados federais e senadores. No judiciário estadual, dos desembargadores do Tribunal de Justiça, até 75% do salário de um ministro do Supremo. Teto dos servidores federais = salário dos ministros do Supremo Tribunal Federal (regra geral)
INSS: Instituto Nacional do Seguro Social.

Em relação aos Quadros 2, 3 e 4 (nas duas páginas precedentes), algumas considerações devem ser feitas. Primeiramente, em relação ao Regime Trabalhista, destacam-se a CLT e a Lei nº 8.112/90. A primeira regulamenta os direitos e deveres dos empregados (da iniciativa pública ou privada) e dos servidores comissionados. Os servidores públicos federais estão sujeitos a Lei nº 8.112/90. Os servidores de outras instâncias, estadual e municipal, estão sujeitos a Leis de cada unidade político-administrativa. No entanto estas leis são “derivadas” da Lei nº 8.112/90. Os trabalhadores autônomos e prestadores de serviço como pessoa jurídica estão sujeitos mais intimamente à economia de mercado. Os cooperados, embora não equivalham aos dois anteriores, apresentam grande aproximação com os mesmos. Por fim, os servidores públicos militares apresentam regime próprio.

No tocante aos direitos dos regimes trabalhistas, três merecem destaque: décimo terceiro salário, férias remuneradas e FGTS. Em relação aos dois primeiros, apenas os cooperados, autônomos e pessoas jurídicas não têm direito a eles. Por sua vez o FGTS fica restrito apenas aos trabalhadores celetistas.

O regime tributário também varia conforme o tipo de vínculo. De forma resumida, à exceção da pessoa jurídica, todos estão sujeitos ao Imposto de Renda Pessoa Física. A pessoa jurídica paga ao invés do IRPF, o Imposto de Renda Pessoa Jurídica, além de uma gama de tributos: ISS, COFINS, PIS, CSSL, contribuições sindicais (confederativa, patronal e de pessoa física), TFE e ISS. Apesar do maior número de tributos da pessoa jurídica, a carga tributária é menor que a do autônomo e do cooperado. Vale a pena ressaltar que o ISS também é pago pelo autônomo e cooperado.

Outro tributo relevante na categoria médica é a contribuição ao órgão fiscalizador ético-profissional da categoria (CRMs). Todos os tipos de vínculos trabalhistas dos médicos estão sujeitos à anuidade do CRM, exceto os médicos com 70 anos ou mais, além dos médicos militares exclusivos, conforme descrito no artigo 2º, § 3º, da Lei nº 6.681/79 (BRASIL, Lei nº 6.681, 1979; BRASIL, CFM, 1997).

Por fim, a contribuição previdenciária acaba tendo grande expressão em qualquer tipo de vínculo. Esta contribuição é paga a um instituto previdenciário próprio que administrará o valor e em determinado momento devolverá as contribuições na forma de aposentadoria ou pensão. Há outras formas de devolução como, por exemplo, o auxílio-doença. O INSS é o instituto previdenciário dos celetistas, cooperados e autônomos (caso este contribua). O médico que se insere

no mercado apenas como pessoa jurídica, para ter direito aos benefícios previdenciários, terá que pagar a previdência como contribuinte individual no pró-labore (remuneração que o empresário ou os sócios retiram da empresa). Os servidores públicos possuem institutos previdenciários próprios.

Já que se está discorrendo sobre aposentadoria é oportuno relatar que há um valor máximo de aposentadoria ou teto. Para os celetistas, autônomos, cooperados e servidores públicos civis (após Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003); o teto em 2010 corresponde a R$ 3.416,54. Este valor pode ser reduzido em função do valor da contribuição, da idade da aposentadoria, do tempo de aposentadoria e da expectativa de sobrevida. No caso dos servidores públicos militares, o valor da aposentadoria corresponde, geralmente, em geral à sua última remuneração na ativa.

Há que se destacar que muitos médicos se inserem em várias formas de vínculo trabalhista, o que torna o domínio, ao menos parcial da temática, algo imprescindível para qualquer médico.

3.2.6. Caráter liberal da profissão médica

Ao se analisar a palavra autonomia, deve-se levar em consideração duas dimensões: a técnica e a administrativa. Os aspectos de ordem trabalhista e econômica estariam relacionados a esta última.

No tocante à liberdade de tomar decisão profissional, Machado (1997) discorre que ao trabalho médico, é imprescindível a liberdade de ação, a autonomia de decidir a conduta técnica que melhor se adapte à necessidade do cliente. Adotando a definição de autonomia como a capacidade de tomar decisões por conta própria, observa-se que ela constitui um valor em si mesmo para profissão médica. Quase sempre, com base na premissa de que cada caso é um caso, os médicos são levados a tomar decisões independentes, em muitos casos, contrariando interesses ambientais – sejam eles institucionais ou sociais – e até mesmo interesses políticos, vinculados ao Estado.

Na profissão médica, essa capacidade de autorregular o próprio trabalho é fruto da medicina moderna, do século XX. Para tanto, a profissão médica buscou primeiramente, produzir crédito social, validando seus serviços como “bens sociais” capazes de promover o desenvolvimento social da coletividade; num segundo

momento, fundar seu conhecimento e sua prática profissional na racionalidade científica; num terceiro momento, basear a autoridade técnica do médico na *expertise* técnica, no conhecimento especializado, da mesma forma que seu trabalho tem, em si mesmo, um forte apelo ético, alicerçado em um código de atitudes profissionais que rege o ato médico (MACHADO, 1997).

Por outro lado,

> embora o conhecimento médico seja produzido socialmente, sua apropriação, paradoxalmente, é privada. A profissão médica arquitetou estratégias profissionais que são elementos pré-capitalistas, de antimercado, os quais atuam na proteção e manutenção de prerrogativas monopolistas. Em outras palavras, o domínio e o monopólio desse conhecimento constituem o fundamento da autonomia das profissões e do prestígio profissional (LARSON, 1977 apud MACHADO, 1997, p. 23).

A ideia de profissional liberal está intimamente ligada à autonomia, ou seja, um profissional com liberdade para tomar conduta técnica e, dentro de certas limitações, estipular o horário de trabalho e a remuneração.

Aprofundando mais este tema, faz-se necessário definir profissão liberal. Nos dizeres de Fernando Antônio Vasconcelos

> [...] é aquela que se caracteriza pela inexistência, em geral, de qualquer vinculação hierárquica e pelo exercício predominantemente técnico e intelectual de conhecimentos especializados, concernentes a bens fundamentais do homem, como a vida, a saúde, a honra, a liberdade (VASCONCELOS, 2003 apud PASQUINI, 2005).

Esta visão tradicional encontra-se nos léxicos. Ferreira (1986) define profissional liberal como “aquele que exerce atividade ausente de qualquer vinculação hierárquica e pelo exercício preponderantemente técnico e intelectual dos conhecimentos”.

Ainda na acepção tradicional da expressão, PRUX (1998) diz que profissional liberal é

> [...] uma categoria de pessoas, que no exercício de suas atividades laborais, é perfeitamente diferenciada pelos conhecimentos técnicos reconhecidos em diploma de nível superior, não se confundindo com a figura do autônomo, [...] sempre que atuem de forma independente, no sentido de não serem funcionários de um empregador (p.38).

Já em um sentido mais amplo, a expressão profissão liberal, refere-se a qualquer atividade laborativa de caráter autônomo.

Apesar do exposto acima, progressivamente o médico tem sua condição de profissional liberal abalada e sua autonomia diminuída. De fato, uma das queixas dos médicos é a falta de autonomia**.** Este fato fica evidente, quando verificamos os

resultados de Carneiro e Gouveia (2004). Estes autores evidenciaram que 78% dos pesquisados informaram que a autonomia profissional diminuiu e 50,7% relataram que pioraram as facilidades de internação e solicitação de exames.

Percebe-se que outras instâncias da vida humana passaram a enveredar na área médica. Aspectos administrativos e econômicos passaram a ter influência importante na autonomia técnica do médico.

Quando se entra na dimensão administrativa da palavra autonomia, Carneiro e Gouveia (2004) obtiveram dados curiosos que tratam sobre este tema: 25,7% os médicos são proprietários de empresa médica; 31% dos médicos com consultório são pessoas jurídicas por exigência dos convênios; 83,6% informaram piora na liberdade de fixação de honorários e há uma tendência a reduzir a atividade médica em consultório.

Isto equivale a dizer que a figura do médico autônomo com seu consultório está mitigando diante de uma nova realidade econômica.

3.2.6.1. Plantão em disponibilidade (sobreaviso, à distância)

Entende-se por plantão em disponibilidade, o plantão onde o médico não se encontra fisicamente no serviço. Desta forma, caso surja algum paciente que necessite de seus cuidados, geralmente relacionados a uma especialidade, o paciente será atendido primeiramente por um médico não especialista na área que solicitará avaliação do médico à distância. Este poderá fazer orientações por telefone ou poderá vir ao serviço. A locomoção do médico vai depender da peculiaridade do caso. O termo plantão em disponibilidade se contrapõe, portanto, ao plantão presencial.

Embora tradicionalmente o plantão seja uma atividade inerente à vida do médico, ele era exercido fundamentalmente por médicos no início de carreira ou na fase de afirmação no mercado (MACHADO, 1997). Recentemente, médicos em fases posteriores (fases de consolidação da vida e de desaceleração da vida profissional) têm aumentado suas presenças nesta modalidade de assistência

Inicialmente, pode parecer estranho reservar um espaço exclusivo para este tema. No entanto, pretende-se ressaltar o cúmulo de uma situação, onde o médico (trabalhador) fica à disposição de um empregador sem direito à remuneração, salvo se houver atendimento. Em outras palavras, um médico fica de plantão à distância,

sem poder fazer um curso, viajar ou até mesmo comparecer a uma festa de família. Do contrário, ele corre o risco de ter que sair e atender ao chamado, que em muitas circunstâncias significa a locomoção para o hospital. Este é um exemplo do grau de "autonomia" do médico contemporâneo no Brasil

O que mais causa espanto é que esta realidade até tempos recentes nunca teve uma normatização. Isto vinha ao encontro do objetivo de qualquer empresário, cuja premissa é pagar a menor remuneração possível por um serviço, a fim de aumentar os lucros.

Se levarmos em consideração que o plantão é uma realidade da maioria dos médicos (64,2% presencial; 12,4% de sobreaviso; 23,4% presencial e de sobreaviso), conforme Carneiro e Gouveia (2004), urge uma conscientização do profissional em relação às normas que regem o tema.

Em resposta a diversas reclamações da classe médica, duas normatizações legais paulistas vieram minimizar este absurdo ao qual a classe médica está submetida (SÃO PAULO, Lei Complementar nº 839, 1997; SÃO PAULO, Decreto nº 42.830, 1998).

Por meio destas legislações, o ex-governador do estado de São Paulo, Mário Covas, reconheceu o direito a médicos e dentistas de serem remunerados pelo plantão em disponibilidade. As queixas também tiveram eco no CRM de São Paulo, o que resultou na Resolução 142, de 2006. A mesma diz que "todo médico que permanecer em estado de disponibilidade em qualquer instituição de serviços de saúde, deverá ser remunerado, no mínimo, por um terço do valor recebido pelo médico de plantão local" (SÃO PAULO, Resolução nº 142, 2006).

Infelizmente, apesar das tentativas de normatização, a não remuneração do plantão à distância ainda é uma prática adotada pelo empresariado do setor da saúde. Caso o médico seja contrário a esta postura abusiva, o empresariado arranja outro que a aceite.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1. Fundamentação metodológica

Tradicionalmente, as pesquisas na área da saúde são quantitativas. As pesquisas qualitativas ficavam reservadas às Ciências Sociais. No entanto, nos últimos anos, as pesquisas qualitativas passaram a ter maior expressão em outras áreas (TURATO, 2005).

Esta pesquisa se propôs a seguir os princípios das pesquisas qualitativas e quantitativas. As diferenças entre as duas formas de pesquisa encontram-se em vários níveis, desde os pressupostos até a execução.

Assim sendo, de forma bem resumida uma pesquisa quantitativa, também chamada de experimental, vê o homem como um ser funcional (pressuposto ontológico) e tem a objetividade (ênfase no objeto), a neutralidade (distanciamento entre pesquisador e fatos) e a valorização raciocínio dedutivo como pressupostos gnosiológicos. Antes da execução da pesquisa quantitativa, há a delimitação prévia do problema e formulação de hipótese prévia explicativa. Nesta fase de desenho do projeto, os recursos são pré-estabelecidos. Durante a execução, o fenômeno é submetido à experimentação em condições controladas (controle das variáveis estudadas), vale-se de instrumentos com questões objetivas aplicadas normalmente em curto espaço de tempo e evita-se a interação entre pesquisador e pesquisado. A amostragem normalmente é randomizada e o tamanho da amostra (o “N”) é definido previamente. Após a obtenção de dados, os mesmos são transformados em quantidades por técnicas de mensuração e apresentados em linguagem matemática, habitualmente separados da discussão. Uma pesquisa quantitativa procura estabelecer relações causa-efeito. Em sua conclusão, ela refuta ou confirma a hipótese prévia. Este modelo de pesquisa tem René Descartes, Auguste Comte, Ivan Petrovich Pavlov e Émile Durkheim, como autores de referência. Um pesquisador, ao seguir os ditames de uma pesquisa quantitativa, adota uma postura neutra: observa, descreve, explica e prediz (TURATO, 2005; BOGDAN; BIKLEN, 1994; GÜNTHER, 2006; CHIZZOTTI, 1995)

Para alguns pesquisadores este modelo não fornecia as respostas a todos os problemas, não era a única forma de se atingir a verdade. Então, surgiram várias correntes que foram rotuladas de pesquisas qualitativas. As correntes ou tendências da pesquisa qualitativa com maior expressão são: a crítico-dialética (materialismo

histórico), a fenomenológico-hermenêutica e a calcada no pensamento da complexidade.

A visão de homem varia conforme a corrente da pesquisa qualitativa. Uma pesquisa qualitativa apresenta como pressupostos gnosiológicos a subjetividade, a refutação da neutralidade (aceitação da indissociabilidade entre sujeito e objeto) e a aceitação do raciocínio indutivo. Na fase de projeto, a delimitação do problema é feita em campo, a partir do contexto. Os recursos estão em aberto e exigem flexibilidade. Na execução do projeto, os fenômenos serão revelados da interação sujeito-objeto e usam-se instrumentos que exploram os sentidos do pesquisador (que podem ir além dos sentidos físicos). A amostragem é marcada pela intencionalidade e não preocupação com o tamanho da amostra. Após a obtenção dos dados, os mesmos são vistos em uma complexidade de posições e relações, e então é realizada uma análise descritiva e interpretativa. Em sua conclusão são realizadas especulações e proposições, construídos novos conceitos e revistas as hipóteses prévias. Estas conclusões geralmente são limitadas a contextos em virtude das considerações circunstanciais durante a análise. A pesquisa qualitativa apresenta como autores de referência: Wilhelm Dilthey, Karl Marx, Sigmund Freud, Bronisław Kasper Malinowski, Maximillian Carl Emil Weber (Max Weber) e Edgar Morin. Um pesquisador “qualitativo” participa, compreende e interpreta (TURATO, 2005; BOGDAN; BIKLEN, 1994; GÜNTHER, 2006; CHIZZOTTI, 1995).

Com base no exposto anteriormente, pode parecer incoerente o uso dos dois tipos de pesquisa, uma vez que os pressupostos epistemológicos de ambas são diferentes. Porém, tanto em Bogdan e Biklen (1994), quanto em Souza e Gomes (2003), encontra-se um rol de pesquisadores defensores desta complementaridade. Entre os defensores do uso conjunto das duas pesquisas, detectaram-se duas vertentes: a combinatória e a integrativa. A primeira estabelece uma relação dicotômica entre quantidade e qualidade, de tal forma que uma é usada como suporte para outra. Na vertente integrativa, a relação entre quantidade e qualidade é sequencial e inclusiva.

Em Minayo e Sanches (1993, p. 240) encontra-se uma justificativa para tal complementaridade, quando os autores afirmam: “Portanto, elas podem e devem ser utilizadas, em tais circunstâncias, como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade”.

Na vertente quantitativa deste trabalho, apareceram ideias como mensuração, escalas, frequência, entre outras. Na vertente qualitativa, valorizou a práxis e o processo histórico, e lidou com atitudes, valores, opiniões, significados e representações psicológicas e sociais.

Em relação aos pressupostos norteadores da pesquisa qualitativa, esta pesquisa valorizou o homem como um ser social e histórico, de tal forma que homem e mundo formam um binômio indissociável (sujeito-objeto). Desta visão depreende-se a importância dada aos determinantes econômicos, sociais e políticos da educação. Ao se debruçar sobre a historicidade, destaca-se a diacronia, ou seja, o entendimento dos fenômenos sociais e culturais em função de sua evolução no tempo. Em outras palavras, ontologicamente, a pesquisa deu ênfase ao homem concreto, situado no tempo e espaço, inserido num contexto social, econômico, cultural, político e histórico, onde a transformação ganha um caráter emancipador. Depreende-se então que esta pesquisa apresenta uma tendência crítico-dialética.

4.2. Local da pesquisa e tipologia da pesquisa quanto a objetivos e temporalidade.

No tocante aos objetivos, esta pesquisa é do tipo descritivo-exploratória. Quanto à dimensão temporal, transversal.

Entende-se por pesquisa descritiva, o estudo com o objetivo de caracterizar determinada população ou fenômeno ou, então, estabelecer relações entre variáveis. Por sua vez, a pesquisa exploratória tem o objetivo de “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GIL, 2002, p. 41). Por fim, estudo transversal é aquele onde se descreve as características de determinada população ou fenômeno a outras variáveis (causais ou não) em determinado momento.

Os dados foram coletados no Hospital do Servidor Público do Estado de são Paulo. Trata-se de um hospital geral de porte especial (1228 leitos e reduzido recentemente para 800 leitos) localizado na cidade de São Paulo. Este hospital é um dos três departamentos de uma autarquia ligada à Secretaria Estadual de Gestão Pública cujo principal objetivo é prestar atendimento médico aos funcionários públicos estaduais, seus dependentes e agregados. O hospital foi inaugurado em 1961 e é mantido pelo desconto de 2% em holerite do funcionalismo público

estadual. Além disso, este hospital oferece um sistema de saúde de alta, média e baixa complexidade aos seus usuários. O hospital ainda apresenta um “Programa de Residência Médica” que recebe, todos os anos, médicos oriundos de diferentes escolas médicas do país.

4.3. Coleta de dados

4.3.1. Aspectos éticos

Antes da coleta de dados no hospital, o trabalho foi submetido à apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) do hospital e da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (ANEXOS A e B, respectivamente). Além disso, houve a anuência do presidente da Comissão de Residência Médica (COREME) do hospital (APÊNDICE A).

Antes de participarem da pesquisa, os médicos participantes foram informados acerca do teor da pesquisa e preencheram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES B e C).

4.3.2. Etapas e períodos da coleta

Antes da coleta, foi realizado um pré-teste com residentes médicos com o objetivo de estimar o tempo gasto para responder ao questionário e à entrevista, além de detectar eventuais dificuldades na hora do preenchimento ou entendimento dos mesmos.

Os dados foram coletados em duas etapas, com o auxílio de instrumentos diferentes de coleta de dados para cada etapa.

Na primeira etapa, por ocasião da cerimônia inaugural da Residência Médica, realizada em primeiro de fevereiro de 2008, os residentes responderam a um questionário. Na segunda etapa, os residentes responderam a uma entrevista semi-estruturada, no período de até seis meses após o início do Programa de Residência.

4.3.2.1. Questionário (APÊNDICE D)

Por definição, questionário é um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado (GIL, 2002). O questionário foi solicitado a todos integrantes da população-alvo na primeira fase do trabalho.

O pesquisador fez contato pessoalmente com os médicos residentes. Neste momento foram dados esclarecimentos com relação aos objetivos da pesquisa e à garantia de sigilo.

O questionário constituiu-se de três partes. A primeira parte procurou caracterizar o perfil pessoal e acadêmico da amostra: idade, gênero, estado civil, escola médica de origem, ano de formatura e área da residência médica.

A segunda parte do questionário congregou questões fechadas, do tipo Likert, com cinco opções de resposta (discordo totalmente, discordo parcialmente, não sei, concordo parcialmente, concordo totalmente). Houve proposições que expressaram atitudes positivas e atitudes negativas acerca da temática. Pretendeu-se com este tipo de questão, ampliar a gama de respostas, uma vez que apenas a dicotomia entre o certo e o errado pode propiciar maiores distorções na avaliação. As temáticas desta parte abordaram aspectos ligados à visão do ensino médico pelos residentes, formas de inserção no mercado, planejamento da carreira médica e ética médica.

A terceira parte continha questões fechadas, do tipo certo-errado, que contemplaram alguns conhecimentos básicos sobre o Mundo do Trabalho. As questões foram elaboradas pelo pesquisador e amparadas em justificativas encontradas na literatura, além de estarem fundamentadas na experiência do autor desta pesquisa. Elas abordaram a caracterização trabalhista, previdenciária e tributária de algumas formas de inserção no mercado de trabalho. A íntegra do questionário pode ser visto no apêndice D.

Optou-se por coletar os dados da primeira fase no dia da posse dos residentes. No entanto, o ambiente de coleta de dados foi bem conturbado, pois neste dia havia muita informação a ser passada para os residentes e o tempo era exíguo. Além do mais, estavam presentes os residentes do primeiro ano de residência (público-alvo) e os residentes do terceiro ano (frequentaram previamente algum programa de Clínica Geral ou Cirurgia Geral). À medida que os residentes chegavam, o pesquisador dava os esclarecimentos prévios e distribuía o

questionário para ser preenchido, no período prévio à cerimônia de abertura ou durante a mesma. Alguns residentes, no momento das informações preliminares já relataram o exercício profissional prévio, seja como residente médico, seja como outro tipo de inserção. Durante e ao final da cerimônia, os questionários foram recolhidos.

4.3.2.2. Entrevista

Por entrevista, entende-se a técnica que envolve duas pessoas face a face e em que uma delas formula questões e a outra responde (GIL, 1987). A entrevista foi do tipo semiestruturada (ou por pautas). Este tipo de entrevista caracteriza-se pela existência de tópicos relacionados a um tema específico, definidos previamente pelo pesquisador (MATOS; VIEIRA, 2001).

O autor fez o convite pessoalmente aos médicos. Neste momento, esclarecimentos foram dados no tocante aos objetivos da pesquisa e garantia de sigilo. A amostra selecionada foi não probabilística por conveniência. Este tipo de amostragem é

> “aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo. Não há nenhuma chance conhecida de que um elemento qualquer da população venha a fazer parte da amostra” (MATTAR, 1996, p. 282).

O autor procurou uniformizar os médicos quanto às áreas de especialização e ao gênero.

A entrevista teve como base os resultados da primeira etapa e questões onde a subjetividade tinha uma maior expressividade, além da própria vivência do autor. Com isto, a entrevista teve como objetivo o aprofundamento da temática. Durante a entrevista procurou-se obter informações acerca da preparação do futuro médico para o Mundo do Trabalho durante a graduação e foram feitos questionamentos sobre as formas de aproximações do tema durante a graduação médica. Além disso, durante a entrevista os residentes manifestaram a sua concepção em relação aos aspectos mercantilistas da profissão médica e do caráter liberal da profissão médica. Por último, o pesquisador procurou verificar se os residentes realizaram alguma forma de planejamento da carreira médica e quais as suas expectativas do exercício profissional no que tange a aspectos econômicos e trabalhistas.

Desta forma, obteve-se uma visão retrospectiva, transversal e prospectiva dos recém-egressos no tocante às bases econômicas e trabalhistas do exercício profissional do médico. Este instrumento está em conformidade com a vertente qualitativa do trabalho, uma vez que o pesquisador lidou com opiniões, valores e representações dos entrevistados. Vários tópicos foram tangenciados tais como: diretrizes curriculares nacionais, formação médica, Código de Ética Médica, mercado de trabalho, tipos de vínculos trabalhistas, Consolidação das Leis Trabalhistas, funcionalismo público, cooperativismo médico, seguridade social e privada, tributação, caráter liberal da profissão médica e planejamento de carreira.

As entrevistas foram gravadas com prévia autorização do entrevistado e com o auxílio de duas mídias eletrônicas, gravador de fita K7 e MP3 player. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e arquivadas num banco de dados para serem submetidas à análise de conteúdo.

4.4. População

A população deste estudo era constituída por recém-egressos do curso de Medicina, matriculados no Programa de Residência Médica do hospital escolhido para pesquisa. O hospital abriu 88 vagas para médicos residentes. Destas vagas, seis exigiam residência prévia. Desta forma, havia a expectativa de que o tamanho da amostra na primeira fase coincidisse com o do universo pesquisado, ou seja, 82 residentes.

4.4.1. Critérios de inclusão

Os participantes deveriam:

- Ser recém-egressos da graduação do curso de Medicina (ter se graduado no ano anterior ao período de coleta de dados ou no mesmo ano).
- Estar exercendo a atividade profissional como residente médico há menos de seis meses. Tempos maiores de atividade levariam a uma contaminação da amostra ou poderiam não refletir com fidelidade a aproximação da temática durante o período da graduação.

4.4.2. Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão, os médicos:

- Não poderiam ter tido ou ter vínculo empregatício com outra instituição (de saúde ou não).
- Não poderiam ter exercido ou estar exercendo atividade médica em consultório como autônomo.
- Não poderiam ter tido alguma empresa ou ser empresários, independentemente do ramo.

Estes critérios se justificam em virtude da eventual contaminação de uma vivência de mercado sobre a formação médica acadêmica.

4.4.3. Dimensão da amostra

Na primeira etapa de coleta de dados foram distribuídos 69 questionários aos residentes. Havia aproximadamente 81 residentes na cerimônia inaugural. Nem todos pertenciam à população-alvo. Havia residentes do terceiro ano, o que tornou conturbada a coleta de dados.

A diferença entre o número de residentes presentes e o número de questionários distribuídos residiu no fato de que alguns residentes não receberam o questionário. Dois motivos explicam tal fato: a ausência do residente do primeiro ano e o exercício profissional prévio (sabido pelo pesquisador ou informado pelo residente durante orientações prévias).

Dos 69 questionários distribuídos, 64 foram devolvidos. Destes somente 26 residentes foram inclusos no estudo, em virtude dos critérios de exclusão (exercício profissional prévio).

Dos residentes excluídos, 7 já tinham participado de algum Programa de Residência Médica, 23 já tinham trabalhado como médico não residente e 8 já tinham trabalhado nas duas formas.

Na segunda fase, o tamanho da amostra foi determinado pelo critério de saturação. Após cada entrevista, foi feita uma análise sumária que serviu de parâmetro para a próxima entrevista até o momento em que houve uma reincidência

de informações. Após este momento, foram feitas mais duas entrevistas, totalizando dez entrevistados.

4.4.4. Perfil dos residentes na primeira etapa

A amostra apresentava uma média aritmética de idade de 24,5 anos. Todos eram solteiros. Com relação ao gênero, 16 eram homens e 10 mulheres. A grande maioria, 24 residentes, graduou-se em 2007.

No que se refere à área de especialização, sete estavam fazendo Clínica Médica, seis Cirurgia Geral, quatro Ginecologia e Obstetrícia e três Ortopedia. As áreas de Anestesiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psiquiatria e Neurologia continham um representante de cada. As áreas de Clínica Médica, Pediatria, Psiquiatria e Neurologia foram agrupadas como especialidades clínicas. As outras áreas foram agrupadas como especialidades cirúrgicas. Esta classificação pode ser contestada. Embora o anestesiologista não seja um cirurgião, sua atividade está proximamente ligada à cirurgia. Embora oftalmologistas e otorrinolaringologistas possam exercer a especialidade apenas clinicamente, procedimentos cirúrgicos fazem parte da formação de uma gama importante destes especialistas.

Com relação às escolas médicas de origem, 19 (73%) eram públicas e 7 (27%) eram privadas.

No tocante à macrorregião geográfica, 18 residentes eram de escolas médicas localizadas na região sudeste: sete residentes de cinco escolas do estado de São Paulo, quatro residentes de quatro escolas do RJ, três residentes de três escolas de MG e quatro residentes de uma escola do Espírito Santo. Quatro residentes vieram da região sul (oriundos de duas escolas do Paraná), dois da região centro-oeste (todos de uma escola do Distrito Federal), um da nordeste (PI) e um da norte (TO).

Somente um residente frequentou outro curso, que foi Farmácia.

Uma caracterização mais detalhada da amostra selecionada (26 residentes) pode ser vista no Quadro 5 a seguir.

Quadro 5: Perfil dos residentes da primeira fase da pesquisa

Idade	Gênero	Estado civil	IES		Ano de formatura	Especialização
			Região	Natureza administrativa		
26	M	S	S*	Pública	2007	Ortopedia
25	M	S	SE	Pública	2007	Cirurgia Geral
23	F	S	SE	Pública	2007	Neuroclínica
24	M	S	SE	Pública	2007	Clínica Médica
24	M	S	SE	Pública	2007	Clínica Médica
24	M	S	S*	Pública	2007	Clínica Médica
25	M	S	S*	Pública	2007	Cirurgia Geral
24	F	S	SE	Pública	2007	Clínica Médica
25	M	S	SE	Pública	2007	Cirurgia Geral
24	M	S	SE	Pública	2007	Cirurgia Geral
23	M	S	S*	Pública	2007	Ortopedia
24	F	S	SE	Privada	2007	Ginecologia e Obstetrícia
24	M	S	SE	Privada	2007	Oftalmologia
24	M	S	SE	Privada	2007	Anestesiologia
23	M	S	SE	Pública	2007	Ortopedia
24	F	S	N	Privada	2008	Pediatria
25	M	S	CO	Pública	2007	Clínica Médica
24	F	S	NE	Pública	2008	Ginecologia e Obstetrícia
23	F	S	SE	Privada	2007	Clínica Médica
24	M	S	SE	Privada	2007	Otorrinolaringologia
25	F	S	SE	Pública	2007	Ginecologia e Obstetrícia
26	M	S	SE	Pública	2007	Cirurgia Geral
28	F	S	SE	Privada	2007	Ginecologia e Obstetrícia
28	M	S	SE	Pública	2007	Cirurgia Geral
24	F	S	SE	Pública	2007	Clínica Médica
25	F	S	CO	Pública	2007	Psiquiatria

F: feminino; M: masculino; S: solteiro; CO: centro-oeste; S*: sul; NE: nordeste; SE: sudeste; N: norte.

4.4.5. Perfil dos residentes na segunda etapa

Ao final da segunda etapa de coleta de dados, foram realizadas dez entrevistas. Do total de entrevistados, quatro eram homens e seis mulheres. Quatro eram de áreas cirúrgicas (Ginecologia, Neurocirurgia, Anestesiologia e Cirurgia Geral) e seis de áreas não cirúrgicas (Diagnóstico por Imagem, Clínica Médica, Psiquiatria e Pediatria). Maior caracterização desta amostra pode ser vista no quadro 6.

Quadro 6: Perfil dos residentes da segunda fase da pesquisa

Idade	Gênero	Estado civil	IES	IES	Ano de formatura	Área de especialização
			Estado	Natureza administrativa		
24	M	S	ES	Privada	2007	Cirurgia Geral
24	F	S	SC	Privada	2007	Ginecologia e Obstetrícia
24	M	S	ES	Privada	2007	Radiologia
26	F	S	RJ	Pública	2007	Anestesiologia
24	F	S	ES	Pública	2007	Clínica Médica
25	M	S	MG	Pública	2007	Clínica Médica
25	F	S	DF	Pública	2007	Psiquiatria
25	F	S	MG	Pública	2007	Clínica Médica
26	F	S	RJ	Pública	2007	Pediatria
24	M	S	PA	Pública	2007	Neurocirurgia

M: masculino; F: feminino; S: solteiro; IES: Instituição de Ensino Superior

No trabalho, os trechos das entrevistas foram identificados com códigos correspondentes aos residentes desta etapa. A codificação consistia de números ou letras correspondentes ao gênero, área, estado da instituição de ensino e natureza administrativa, conforme quadro 7.

Quadro 7: Codificação numérica e alfabética dos residentes da segunda fase da pesquisa

Identificação		Gênero	Área	Estado	Natureza administrativa
[1]	H-CG-ES-PR	Masculino	Cirurgia Geral	ES	Privada
[2]	M-GO-SC-PR	Feminino	Ginecologia e Obstetrícia	SC	Privada
[3]	H-RAD-ES-PR	Masculino	Radiologia	ES	Privada
[4]	M-NA-RJ-PU	Feminino	Anestesiologia	RJ	Pública
[5]	M-CM-ES-PU	Feminino	Clínica Médica	ES	Pública
[6]	H-CM-MG-PU	Masculino	Clínica Médica	MG	Pública
[7]	M-PQ-DF- PU	Feminino	Psiquiatria	DF	Pública
[8]	M-CM-MG- PU	Feminino	Clínica Médica	MG	Pública
[9]	M-PED-RJ- PU	Feminino	Pediatria	RJ	Pública
[10]	H-NCR-PA- PU	Masculino	Neurocirurgia	PA	Pública

A média de idade desta amostra foi 24,7 anos. Todos entrevistados eram solteiros e se graduaram em 2007.

No tocante à escola médica de origem, três (30%) são privadas e sete (70%) são públicas. Com relação à localização da escola médica, sete são da região sudeste, uma da região sul, uma da região centro-oeste e uma da região norte.

Embora houvesse a intenção inicial do pesquisador em obter uma amostra uniforme em relação ao gênero e área do entrevistado, não foi isto que ocorreu. Em virtude da recusa de alguns residentes em participar da entrevista, a escolha dos entrevistados ficou restrita. Como resultado, houve um predomínio de residentes do gênero feminino (60%) e de áreas clínicas (60%).

4.5. Desenvolvimento da segunda etapa da pesquisa

Previamente ao início da entrevista, o pesquisador explicou o objetivo do trabalho, pediu que o entrevistado assinasse o termo de consentimento após leitura e entendimento do instrumento. Ainda na fase preambular da entrevista, o pesquisador explicou o significado da expressão Mundo do Trabalho, para que o entrevistado entendesse o significado de certas perguntas.

O tempo total das dez entrevistas foi de 353 minutos (média: 35 minutos e 18 segundos). Os locais de entrevista foram variados: sala de prescrição médica da enfermaria de Cirurgia Geral, sala do Centro de Estudos da Terapia Intensiva,

conforto médico da Radiologia, conforto médico da Unidade de Terapia Intensiva, sala de consultas do hospital-dia psiquiátrico e quarto vazio da enfermaria da Neurocirurgia.

Durante a realização das entrevistas houve vários problemas, que não comprometeram substancialmente o resultado da entrevista. Os problemas foram: falha de uma das mídias em duas entrevistas, interrupções em quatro entrevistas (sala de prescrição da Cirurgia Geral, sala do Centro de Estudos da Terapia Intensiva e conforto médico da Terapia Intensiva) e ruído de fundo pronunciado em duas entrevistas (quarto da enfermaria de Neurocirurgia e hospital-dia psiquiátrico).

Durante algumas entrevistas, os entrevistados manifestaram ansiedade em relação à falta de domínio de certas temáticas. Com certa frequência, o pesquisador teve que tranquilizar os entrevistados, informando que aquilo não era nenhum teste e que aquela situação era normal.

O roteiro da entrevista pode ser visto no apêndice E. Todas as questões do roteiro foram feitas e à medida que eram respondidas, elas eram checadas. A sequência das perguntas variou, conforme a dinâmica da entrevista.

4.6. Análise de dados

Os dados dos questionários foram dispostos em gráficos e quadros.

Os dados das entrevistas, por sua vez, foram submetidos a uma análise de conteúdo.

A análise de conteúdo processou-se, resumidamente, em duas etapas: pré--análise e exploração do material.

A pré-análise envolveu organização de material e leitura flutuante, além de facilitar a manipulação do material. A leitura flutuante constituiu-se num movimento exaustivo de idas e vindas no material a ser analisado e nas anotações do pesquisador. A organização do material e a leitura flutuante equivalem à constituição do Corpus citada por Bardin (1979), tendo como base os princípios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A exploração do material se processou em quatro momentos distintos: definição de unidades de contexto, definição de unidades de registro, definição de categorias e interpretação.

A definição dos dois tipos de unidades de análise (registro e contexto) ocorreu em momentos próximos. A unidade de registro escolhida foi o tema. Assim sendo, a técnica de análise de conteúdo foi a análise temática ou categorial. Este tipo de técnica consiste em desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos (MINAYO, 2000).

Cappelle (2003), ao citar Bardin (1979), afirma que a análise temática visa a descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, preocupando-se com a frequência desses núcleos, sob a forma de dados segmentáveis e comparáveis, e não com sua dinâmica e organização.

Por sua vez, as unidades de contexto imprimem significado às unidades de registro.

As unidades de contexto e as unidades de registro podem apresentar as seguintes relações quantitativas: uma unidade de contexto pode originar uma unidade de registro e esta pode coincidir integralmente com aquela ou ser apenas um fragmento. Uma unidade de contexto também pode originar várias unidades de registro.

A etapa seguinte correspondeu à categorização. Cada categoria contemplou várias unidades de registro que apresentaram correspondência entre a significação, a lógica do senso comum e a orientação teórica do pesquisador. As categorias emergiram "*a posteriori*", ou seja, emergiram do conteúdo da resposta dos pesquisados (FRANCO, 2005).

Uma vez determinadas as categorias e subcategorias, o pesquisador agrupou-as em três núcleos direcionadores:

a) Preparação dos recém-egressos para o Mundo do Trabalho durante a graduação médica;
b) Concepções dos recém-egressos acerca do Mundo do Trabalho;
c) Planejamento e expectativa dos recém-egressos em relação ao Mundo do Trabalho.

No apêndice F encontram-se as unidades de contexto, as unidades de registro e as categorias do terceiro núcleo orientador.

Os dados obtidos na primeira fase foram distribuídos nestes três núcleos para uma discussão conjunta.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados obtidos na pesquisa levou em conta os dados obtidos no questionário e na entrevista. Assim sendo, foram dispostas conjuntamente as respostas dadas pelos residentes na primeira fase e as unidades de registro obtidas na segunda fase. Com relação a estas últimas, surgiram 189 unidades de contexto, 276 unidades de registro (UR) e 13 categorias. Um fragmento desta etapa pode ser visto no apêndice F.

Os dados foram agrupados em três subcapítulos:

1. Preparação dos recém-egressos para o Mundo do Trabalho durante a graduação médica;
2. Concepções dos recém-egressos acerca do Mundo do Trabalho;
3. Planejamento e expectativa dos recém-egressos em relação ao Mundo do Trabalho.

5.1 Preparação dos recém-egressos para o Mundo do Trabalho durante a graduação médica

Neste núcleo os dados enfatizam a visão que os recém-egressos têm acerca da influência da graduação na formação dos conhecimentos relacionados ao Mundo do Trabalho, ou seja, uma visão retrospectiva desta temática.

Quatro assertivas da primeira fase são pertinentes a este núcleo:

- Assertiva 1: A graduação em Medicina fornece aos futuros médicos elementos para lidar com aspectos econômicos e trabalhistas do exercício profissional médico.
- Assertiva 2: As escolas médicas devem abordar questões relativas aos aspectos trabalhistas e econômicos da profissão médica.
- Assertiva 4: É essencial para os estudantes de Medicina ter acesso às Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina.
- Assertiva 11: Há a necessidade de uma disciplina durante a graduação médica que aborde aspectos trabalhistas e econômicos da profissão médica.

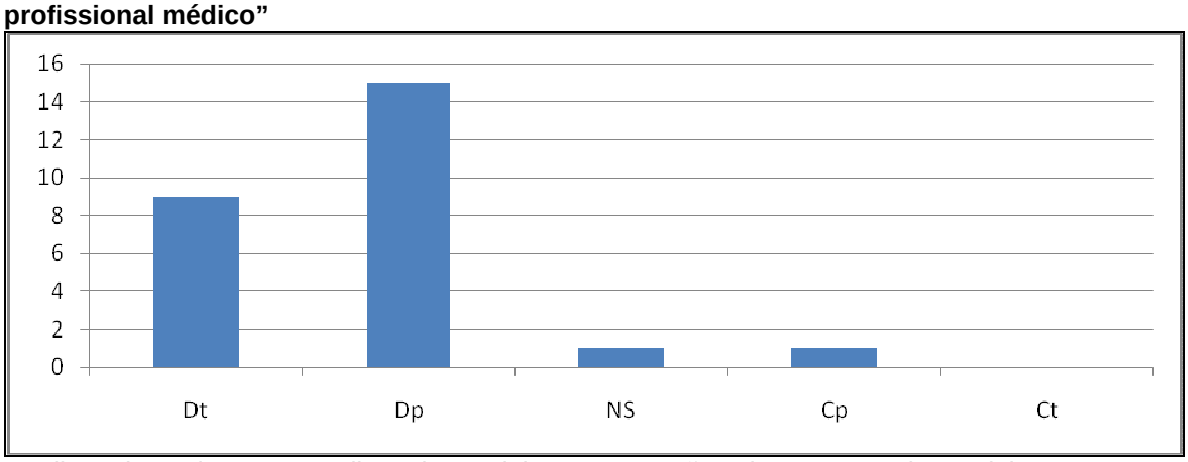
Na segunda fase, a análise deste subcapítulo permitiu a identificação de 93 unidades de registro (UR), das quais foram apreendidas as seguintes categorias e subcategorias.

- **Carência da temática "Mundo do Trabalho" na graduação médica** (14 UR)
    - Tradicionalismo no ensino médico (1 UR)
    - Supervalorização de áreas tecnicistas (4 UR)
    - Inércia institucional (4 UR)
    - Inércia do corpo discente (7 UR)
    - Falta de espaço na grade curricular (3 UR)
    - Aproximações tangenciais (4 UR)
    - Aprendizagem não significativa (5 UR)
    - Sensação de estar perdido (16 UR)
- **Identificação da necessidade da temática na graduação** (27 UR)
- **Possibilidades de aprendizagem da temática além do currículo formal** (12 UR)

Um ponto marcante da pesquisa foi a constatação por parte dos residentes da **carência da temática "Mundo do Trabalho" na graduação médica**.

Isto pôde ser comprovado na primeira fase do trabalho, quando os recém--egressos tiveram que se posicionar diante da primeira assertiva "A graduação em Medicina fornece aos futuros médicos elementos para lidar com aspectos econômicos e trabalhistas do exercício profissional médico". Conforme o gráfico 1, pudemos constatar que a grande maioria discordou da assertiva, ou seja, não foram fornecidos elementos durante a graduação que propiciassem aos futuros médicos o desenvolvimento de competências para lidar com aspectos econômicos e trabalhistas do exercício profissional.

Gráfico 1: Respostas dos recém-egressos à assertiva "A graduação em Medicina fornece aos futuros médicos elementos para lidar com aspectos econômicos e trabalhistas do exercício profissional médico"



Dt: discorda totalmente; Dp: discorda parcialmente; NS: não sei; Cp: concorda parcialmente; Ct: concorda totalmente

Quando este assunto foi explorado na entrevista, os residentes manifestaram a tendência da primeira fase, ou seja, não houve uma abordagem consistente do Mundo do Trabalho no meio universitário.

> *Basicamente, a gente não tem isso na faculdade. Acho que nem na minha, nem em noventa por cento das faculdades aqui do Brasil. [1]*
>
> *Não foram praticamente nada abordados, porque eu não acho que eu sei nada a respeito disso, sobre questões trabalhistas e econômicas. Não sei questão de tributação. [8]*
>
> *Espera-se que o médico seja diretor, saiba administrar uma clínica, mas ninguém nunca ensinou isso no curso de Medicina. [7]*

Em 2005, o conselheiro do CREMESP, Antônio Pereira Filho, manifestou-se de forma consonante com esta constatação, quando disse que: "Os custos da assistência médica não constituem uma preocupação das instituições de ensino.

Salvo raríssimas exceções, as escolas médicas do Brasil não abordam os aspectos econômicos do exercício da Medicina". (PEREIRA FILHO, 2005, p. 4)

Não se está dizendo que o binômio "Economia-Saúde" seja pouco abordado em todas as etapas da formação médica. Os cursos de especialização em Administração Hospitalar, Auditoria Médica, Farmacoeconomia entre outros atestam este fato. No entanto, no que se refere à formação médica individual na graduação, há uma carência do contato sistematizado com estes temas. Em outras palavras, poderíamos dizer que na graduação, esta temática costuma ser explorada no nível macroeconômico ou sistêmico.

Deve-se tomar cuidado para que a abordagem desta temática não ganhe contornos ideológicos. Segundo Santana e Christófaro (2001a),

> O embate de idéias e propostas a respeito das relações entre educação e trabalho tem adquirido, no caso particular da formação para os ofícios da saúde, tonalidades de batalha ideológica entre correntes que buscam firmar a primazia em um dos dois campos, advogando a centralidade dos métodos e procedimentos de um processo sobre o outro. (p. 4)

Quando se traz temáticas econômicas para a graduação médica, podem surgir conflitos entre a lógica empresarial dos mantenedores de instituições superiores, a lógica pedagógica dos educadores, as necessidades do mercado e as expectativas dos futuros profissionais. Conciliar a perspectiva de lucro das instituições de ensino, a qualidade na formação do futuro profissional, os interesses da comunidade e os interesses do futuro médico não é um processo fácil.

Várias subcategorias foram apreendidas, explicando esta carência da temática "Mundo do Trabalho" na graduação médica. O tradicionalismo no ensino médico foi citado como uma das causas que justificam esta carência. Não é convencional explorar temas relacionados ao Mundo do Trabalho num curso de Medicina.

> *Acho que isto não é abordado em quase escola nenhuma, pra falar a verdade. Isto é tradição, eu acho, nunca aborda. [3]*

Por outro lado, porém ainda ligado ao tradicionalismo, foi citado que a supervalorização de áreas tecnicistas dificultaria a abordagem no curso de Medicina dos aspectos trabalhistas, econômicos e previdenciários do exercício profissional, além de outras áreas relacionadas às Humanidades. O curso de Medicina valoriza de sobremaneira assuntos relacionados aos eventos nosológicos, como diagnóstico e tratamento, em detrimento a outras áreas.

> *Fica preocupado mais na parte teórica, numa boa formação teórica e não dá tanta importância pros assuntos mais práticos do dia-a-dia. [2]*
>
> *Então, geralmente, quando você faz Medicina, você está doido pra frequentar um hospital, pra você ver paciente, estudar matéria clínica, matéria relacionada com Medicina; então, talvez você subjugue outras áreas pra valorizar isso. Aí quando você chega na residência, você precisa ter uma formação melhor nesse sentido, aí você dá mais valor e dá um pouquinho de atenção pra estudar isso. [6]*

Não foi surpresa identificar a categoria inércia institucional, uma vez que mudanças no sentido de uma abordagem mais sistematizada do Mundo do Trabalho na graduação médica implicam transformações de pensamento.

> *Talvez ninguém tenha parado pra pensar também que isto seja importante. [2]*
>
> *[...] por falta de tempo das pessoas, conhecimento e acaba que a gente posterga um tipo de informação que a gente deveria ter mais fácil acesso. Não corre atrás. [4]*

No entanto, o ponto mais realçado nas entrevistas foi a inércia do corpo discente. Os estudantes de Medicina não se mobilizaram no sentido de trazer os aspectos econômicos do Mundo do Trabalho para o curso.

> *[...] é culpa um pouco nossa também, porque médico não é muito interessado nessas coisas durante a graduação. Só depois mesmo, acho (que se tivesse uma) disciplina, eles não iam levar a sério. [3]*
>
> *Eu acho que o aluno tem muito pouco interesse e quem entra pra Medicina acha esses assuntos muito chatos, assuntos relacionados com as leis, com questões jurídicas, são todos muito chatos. [7]*
>
> *Acho que de repente é por falta dos próprios formandos, graduandos falarem com os professores diretamente, que precisam deste tipo de informação. [4]*

Um dos determinantes desta inércia estudantil foi a imaturidade dos alunos de Medicina.

> *Eu acho que no início da faculdade, eu acho que a gente está muito cru, muito imaturo; e no final da faculdade, a gente continua imaturo ainda. A gente está com gana pra outras coisas. A gente já fica naquele desespero no internato, você quer absorver tudo no estágio; ao mesmo tempo quer estudar muito pra residência também. [6]*
>
> *Eu acho que tanto pela falta de maturidade das pessoas que entram pra fazer Medicina, quanto pela falta de questão de interesse da matéria, porque quando a gente começa a abordar certos tipos de questões, a turma evade da aula [...]. [4]*

Santana e Christófaro (2001a), ao discorrerem sobre as imbricações entre saúde, trabalho e educação lembram que o processo de reordenação do ensino

superior em saúde reflete o receituário prescrito no início do século XX por Flexner nas escolas médicas americanas e canadenses. Não se pode imputar exclusivamente a Flexner este processo. Os autores reconheceram a influência do contexto geral das instituições universitárias, representado pela inércia das tradições, pela cultura do conservadorismo e pelas deficiências organizacionais e financeiras.

Os mesmos autores não questionam os benefícios que a reforma promovida por Flexner trouxe ao ensino médico, mas ressaltam que modelo calcado exclusivamente em seus princípios biológicos coaduna de modo efetivo com a especialização dos perfis profissionais e a segmentação do processo de trabalho.

Pagliosa e Da Ros (2008) ressaltam o trabalho de Flexner quando este embasou a formação médica na racionalidade científica. Com isto, Flexner desconsiderou outros fatores que impactam profundamente na educação médica e na organização dos serviços de saúde. Desta forma, este modelo apresentaria refratariedade a certas inovações tais como a incorporação das “Humanidades” na formação médica. Nesta temática, além da Bioética, História, Sociologia, Antropologia e Psicologia, poder-se-ia pensar na Economia e no Direito, não com o intuito de transformar as bases humanísticas da relação médico-paciente, mas sim no sentido de proporcionar ao médico elementos para entender a lógica mercadológica, ou seja, entender as regras econômicas e legais do “local” onde ele exercerá sua profissão.

Deve-se tomar cuidado ao ler textos que atribuem à Reforma Flexneriana um caráter danoso ao ensino médico. Pelo contrário, a reforma ao conferiu ao ensino um grande avanço. No entanto, ao longo dos tempos, os educadores optaram por valorizar as inovações tecnológicas em detrimento às Ciências Humanas.

Muito se tem discutido sobre o avanço do tecnicismo e a mitigação das ciências humanas na formação médica. Nunes (2003, p. 67) ressalta este momento como uma cisão entre o espírito humano e a natureza quando diz “não se trata somente de demarcar territórios, mas de verdadeiras batalhas marcadas por acirrados ataques dos cientistas contra as Humanidades”.

Para que serviriam as Ciências Humanas na formação médica? Para Carson (2000), as Humanidades exercitam tanto a imaginação como também o intelecto ao estimularem a sensibilidade do indivíduo, aguçando sua capacidade de atenção,

percepção e reflexão. Em outras palavras, para o desenvolvimento do espírito crítico em relação à sua prática profissional.

Gallian (2001/2002) ao discorrer sobre o tema diz:

> De fato, todo esse processo de supervalorização das ciências biológicas, da super-especialização e dos meios tecnológicos que acompanharam o desenvolvimento da medicina nestas últimas décadas trouxe como conseqüência mais visível, a "desumanização" do médico. Um sujeito que foi se transformando cada vez mais em um técnico, um especialista, profundo conhecedor de exames complexos, precisos e especializados, porém, em muitos casos, ignorante dos aspectos humanos presentes no paciente que assiste. E isso, não apenas por força das exigências de uma formação cada vez mais especializada, mas também em função das transformações nas condições sociais de trabalho que tenderam a proletarizar o médico, restringindo barbaramente a disponibilidade deste para o contato com o paciente, assim como para a reflexão e a formação mais abrangente. (p. 1)

Depreende-se destes dois últimos autores um foco das Ciências Humanas na relação médico-paciente. Parece clara a necessidade da legitimação do fortalecimento das Humanidades na formação médica, porém o modelo proposto após as DCN de 2001 é limitado, pois toca muito superficialmente na relação médico-mercado.

Outra situação elencada pelos residentes e que dificultaria a abordagem da temática foi a <u>falta de espaço na grade curricular</u>. A Medicina vem angariando cada vez mais informações em virtude do avanço científico. Desta forma, não haveria espaço para as disciplinas tidas como não tradicionais e não ligadas diretamente ao tecnicismo médico.

> *Acho que devido à grade curricular, não tinha espaço pra isso na faculdade. [2]*
>
> *Eu acho que, talvez, porque você tem outros conteúdos que tem administrar, pela carga teórica. [6]*

Um dos entrevistados ressaltou que, ao lado da exiguidade de espaço na grade curricular, a estruturação inadequada do currículo é também um dos determinantes da falta de abordagem da temática "Mundo do Trabalho" na graduação médica.

> *Não sei se é por falta de tempo, tem tanta coisa que precisava discutir e não é discutido. Porque é mal estruturado; coisas, que eu acho que não precisavam ter, que demandavam tanto tempo de curso assim, tipo aquele ciclo básico lá, dois anos. Tem coisas que a gente não vai ver depois. [8]*

Apesar da constatação da carência da temática durante a graduação médica, isto não significa que houve uma ausência da abordagem do Mundo do Trabalho. O ponto mais marcante neste aspecto foram as aproximações tangenciais.

As disciplinas convencionais, Saúde Coletiva e Medicina Preventiva, abriram espaço para temática. No entanto, todos os relatos mostraram que as aproximações foram superficiais.

> *Medicina Preventiva tem um bloco que você estuda também cooperativas médicas, os planos da saúde. [6]*

> *Quando a gente teve a matéria de Saúde Coletiva com Epidemiologia, eles falavam justamente disto, que é um serviço, estando então sujeito às leis do PROCOM, do consumidor, porque existe alguém no plano de saúde pagando e quer receber uma qualidade e aí vem o médico que é ruim; então ele não está recebendo a qualidade, então ele pode ir ao PROCOM reclamar. [9]*

Propostas específicas para o Mundo do Trabalho na graduação apareceram na segunda fase da pesquisa. Estas propostas se caracterizavam pelo seu cunho administrativo.

> *A gente tinha uma disciplina que chamava de ADM, que era administração médica, administração dos serviços de saúde, alguma coisa assim, que a gente ficou muito mais filosofando como funcionava o SUS e tudo. Quando falava alguma coisa de convênio, de como funcionavam os convênios, eu não entendia nada, e ficou por isso mesmo. É uma matéria que ninguém gosta. Então eu acho que, se por um lado eles não oferecem, a gente também não se interessa. [...]. [7]*

> *O mundo do trabalho pelo que vi, ele foi abordado em uma matéria, uma disciplina eletiva, que não é todo mundo que faz. Eu não fiz. Meu namorado fez. Mas os temas são muito superficiais. Então a disciplina chama administração de clínicas e consultórios e ela te dá uma ideia do que você tem que pensar pro futuro, por exemplo, previdência privada, previdência do governo. [9]*

Com relação ao currículo médico, há uma influência das Diretrizes Curriculares instituídas em 2001 que entre as várias medidas enfatiza a tomada de decisões, a resolução de problemas, a liderança, o gerenciamento, a educação permanente e a formação humanista, generalista, crítica e reflexiva pelo desenvolvimento de competências voltadas para atenção à saúde. Assim sendo, pressupõe-se que este “novo” médico deverá ser um detentor de conhecimentos técnicos (da esfera biomédica) e conhecimentos voltados para o caráter individual e social do homem (ciências humanas). Neste clima, disciplinas como Sociologia, Antropologia, Psicologia, História e Bioética ganharam relevância.

Porém ao se analisar *via on line* as matrizes curriculares de 129 cursos de Medicina (de um total de 181cursos), verificou-se que 28 cursos contemplaram a temática ligada a aspectos econômicos, administrativos ou trabalhistas do exercício profissional. Estas aproximações estavam distribuídas em disciplinas obrigatórias e eletivas. Para que estas disciplinas fossem consideradas próximas da temática, levou-se em consideração apenas o título da disciplina e o acesso a algumas ementas. Assim sendo, foram encontradas disciplinas relacionadas à administração, à economia, ao desenvolvimento profissional individual e ao trabalho médico (Quadro 8).

Quadro 8: Disciplinas relacionadas ao Mundo do Trabalho, contidas em matrizes curriculares dos cursos de Medicina e disponíveis *on line* até fevereiro de 2010

• Administração e Planejamento em Saúde • Administração em Serviço de Saúde • Organização e Administração Em Saúde • Planejamento e Gerência em Saúde • Epidemiologia e Gestão de Serviços de Saúde • Saúde Coletiva III - Planejamento e Programação em Saúde • Planejamento e Gestão em Saúde • Gerenciamento em Saúde • Planejamento Organizacional • Saúde Coletiva (Medicina Preventiva e Ocupacional; Formação Médico Científica; Administração, Custos e Qualidade em Serviços de Saúde Públicos e Privados) • Introdução à Administração • Administração • Administração Hospitalar • Administração dos Serviços Hospitalares • Fundamentos da Gestão Clínica e Hospitalar • Administração de Pessoal • Administração de RH	• Introdução à Economia • Economia do Trabalho • Economia de Empresas • Economia em Saúde • Determinantes Econômicos e Sociais da Saúde • Matemática Comercial e Financeira
	• Desenvolvimento Pessoal • Eixo de Desenvolvimento Pessoal • Liderança • Chefia e Liderança • Empreendedorismo
	• Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade • Saúde e Sociedade • Saúde, Cultura, Ambiente e Trabalho • Aspectos Jurídicos da Prática Médica • Medicina, Ciência e Profissão • O Médico e Seu Trabalho • Vivência Profissional • Reflexão sobre A Prática Médica • Humanidades

Não se pode afirmar que os aspectos econômicos da prática profissional individual foram abordados numa maior dimensão nos cursos que continham estas disciplinas em sua matriz curricular. Também não se pode afirmar apenas com base nesta análise, que esta temática não foi abordada nos cursos que não contemplaram estas disciplinas, uma vez que não se pode desprezar o currículo oculto e informal, principalmente quando se está falando de um tema dotado de transversalidade. Quarenta e sete cursos de Medicina, de um total de 180 cursos, estão estruturados total ou parcialmente em cima de uma metodologia de ensino problematizadora

(ESCOLAS MÉDICAS, 2010) que permite que uma temática transversal como “os aspectos econômicos do exercício profissional” seja trabalhada em vários momentos da formação.

Apesar da inegável importância do domínio das variáveis relacionadas a aspectos econômicos, trabalhistas e previdenciários no exercício da profissão; a forma e o momento em que algumas escolas abordam esta temática não motivam o aluno, levando a uma aprendizagem não significativa.

> *Quando entrei na faculdade, talvez tivesse um outro olhar, só pra patologias, para questões anatômicas. Talvez hoje eu perceba que tem importância. Quando eu entrei não. [10]*
>
> *Eu acho que quando a gente não gosta muito de uma coisa, a gente só aprende com a vida mesmo, tendo a certeza absoluta de que precisa. Se não precisar, se precisar só um pouquinho, eu não vou saber. Se precisar muito, vou ter que dar um jeito e aprender. [7]*
>
> *Porque eu acho que no momento da graduação, você não tem o interesse que a gente tem hoje. Porque eu acho que só tem esse interesse a partir do momento que você tá vivendo o problema. Por exemplo, agora eu vou ter que fazer o imposto de renda e aí agora eu vou ter que saber como que faz, o que desconta, o que não desconta, mas na graduação eu não tava muito preocupada com isso assim. [2]*

Segundo a Teoria da Aprendizagem do psicólogo estadunidense Ausubel (1963), citado por Moreira (2000), aprendizagem significativa é aquela onde há a interação entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio.

Pelizzari et al (2002) referem que uma aprendizagem é significativa quando há a incorporação do novo conteúdo às estruturas de conhecimento de um aluno, pelo significado que apresenta em relação com seu conhecimento prévio. Isto pressupõe uma disposição do aluno para aprender e um significado do conteúdo.

Noffs ([s.d.]), em entrevista, refere que as causas de uma aprendizagem não significativa podem ser de três naturezas distintas:

> 1) Não aprenderam porque não passaram por um processo sistemático de ensino;
> 2) Foram ensinadas, mas por algum motivo externo ao sujeito (didática do professor, filosofia da escola, número de alunos por classe, problemas sociais, culturais, etc.), não aprenderam e
> 3) Não aprenderam por dificuldades individuais específicas (orgânicas e emocionais). (p. 1)

Deduz-se dos resultados que os estudantes ao entrarem em contato com a temática não foram capazes de fazer este processo de interação. Ficou claro também que a carência do Mundo do Trabalho na graduação médica associada a

momentos de aprendizagem não significativa resultaram na sensação de estar perdido por parte dos recém-egressos. Este desnorteamento referente a circunstâncias do Mundo do Trabalho foi representado de forma vaga em vários momentos.

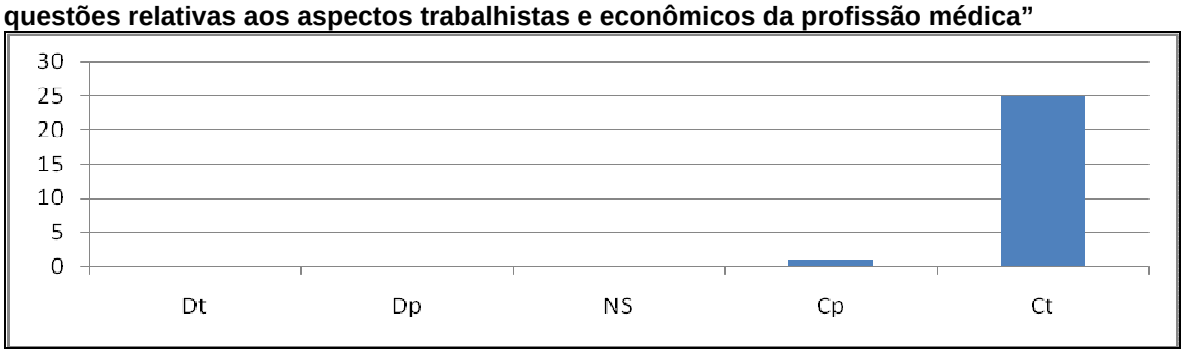
> *Acho que deveria ter abordado, porque a gente sai da graduação sem saber nada a respeito de direitos do trabalho, classe médica, nada. A gente só que saber de fazer a residência e só. Quando chega aqui, fica perdido na hora de trabalhar ( ). [3]*
>
> *Porque é importante a gente saber, sair da faculdade tendo uma visão de como funciona o mercado de trabalho, como a gente vai lidar com isso, ter noção, até mesmo como experiência, não quebrar a cara, porque a gente sai muito cru. A gente nunca trabalhou. [5]*
>
> *Eu tenho a sensação que eu estou numa selva e que eu não tenho muita noção do que tá acontecendo nessa parte de impostos. [2]*

Por outro lado, alguns entrevistados manifestaram-se de forma mais objetiva em relação a esta subcategoria. Dependência de outros profissionais, desconhecimento de tributação e falta de informação acerca das documentações necessárias para se inserir no mercado de trabalho figuraram como exemplos do desnorteamento do recém-egresso no campo trabalhista e econômico.

> *Mas a gente sente uma grande dificuldade, quando a gente inicia no mercado. A gente não sabe o que é pra fazer, a gente não sabe nem se é pra tirar a carteira de trabalho ou não. A gente fica sem saber, porque em nenhum momento é falado na faculdade. [9]*
>
> *Pra gente não cair no mundo trabalhista sem ter a menor noção do que tá acontecendo. Quando você vai fazer um plantão, você acha que vai ganhar um valor e na verdade, quando chega (ganha) um valor menor do que você esperava. [2]*
>
> *Tem sempre que confiar em alguém, porque eu não tive informação exata sobre isto. [2]*

Na primeira fase, houve uma unanimidade por parte dos recém-egressos na **identificação da necessidade da temática na graduação**. Isto fica evidente no gráfico 2. Todos os residentes concordaram, total ou parcialmente, que as escolas devem abordar questões relativas aos aspectos trabalhistas e econômicos da profissão médica.

Gráfico 2: Respostas dos recém-egressos à assertiva "As escolas médicas devem abordar questões relativas aos aspectos trabalhistas e econômicos da profissão médica"



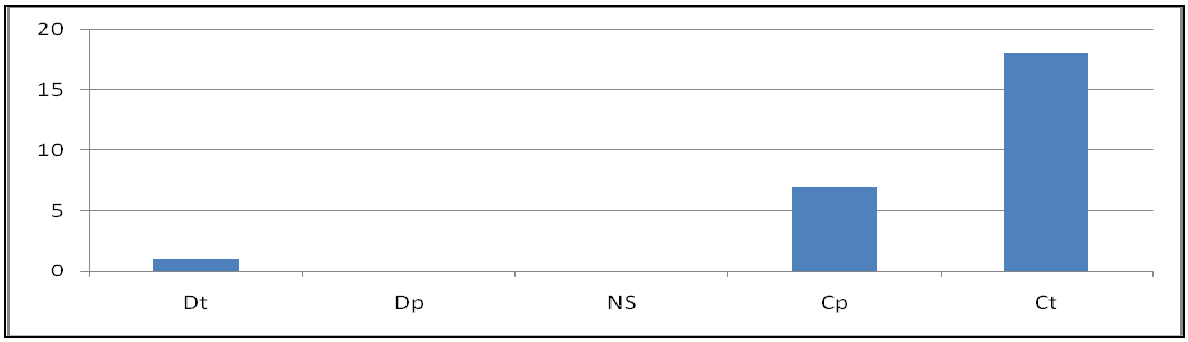
Dt: discorda totalmente; Dp: discorda parcialmente; NS: não sei; Cp: concorda parcialmente; Ct: concorda totalmente

Na fase da entrevista, os recém-egressos também manifestaram esta necessidade, até como meio de proteção, embora muitos tenham certa aversão ao tema.

> *Seria interessante que durante a graduação tivesse isso. [6]*
>
> *Pra que a gente saiba, agora, que a gente tá saindo pro mercado de trabalho, o que fazer, saiba como se proteger [...]. [8]*
>
> *[...] deveria ter algum momento da nossa formação, não sei se na graduação é o momento, mas algum momento da formação médica que isso deveria ser melhor abordado, pra que a gente não entre em nenhuma cilada, que o nosso trabalho não seja usado pra outras pessoas ganharem dinheiro através da gente. [2]*
>
> *Por mais seja uma coisa super ultra mega chata, eu vou viver com isso o resto da vida. Eu preciso ter um mínimo de planejamento financeiro, de compreender o quanto vai ficar comigo. Eu tenho o direito a quê? [7]*

Os relatos dos médicos não ficaram restritos apenas à constatação da necessidade de abordagem da temática "Mundo do Trabalho" pela escola médica. No gráfico 3, a grande maioria dos residentes se mostraram favoráveis à necessidade de uma disciplina que abordasse aspectos trabalhistas e econômicos.

Gráfico 3: Respostas dos recém-egressos à assertiva "Há a necessidade de uma disciplina durante a graduação médica que aborde aspectos trabalhistas e econômicos da profissão médica"



Dt: discorda totalmente; Dp: discorda parcialmente; NS: não sei; Cp: concorda parcialmente; Ct: concorda totalmente

Com relação à forma de aproximação, na fase de entrevista, os residentes destacaram a necessidade de uma disciplina, onde o assunto seja abordado de forma mais sistematizada.

> *Pode ser uma disciplina ou então um espaço dentro de alguma disciplina, mas com teoria sobre o assunto, não só com grupo de discussão. Alguém passar alguma coisa da parte teórica. [8]*
>
> *Ter uma disciplina dentro da grade curricular, discutindo sobre isto, poderia ser uma forma de abordar ou, pelo menos, criar questionamentos sobre isto, pra gente procurar melhor, ir atrás. Talvez durante a graduação, a gente nem tem este estímulo pra ir atrás. [10]*
>
> *Eu acho incrivelmente chato, mas eu acho que tinha que ser algo no currículo, obrigado a fazer isso, mesmo que seja uma matéria mal vista pelos alunos e tudo. [7]*

Este ponto de vista, no entanto, apresentou uma discordância, uma vez que foi questionada a efetividade de uma disciplina para abordar o assunto.

> *[...] se for disciplina, eu não sei se daria certo não. [3]*

Outras formas de abordagem foram citadas como seminários, palestras, cursos de final de semana e disciplina opcional.

> *Não sei se eu diria que tem que ter uma matéria sobre isto, mas **palestras**, várias palestras, chamar gente de fora, (mesmo sem ser médico), dando palestras. Pessoas especialistas em mercado de trabalho. [3]*
>
> *Eu acho assim, talvez alguma matéria opcional ou algum congresso, algum curso de fim de semana como orientação. Eu acho que poderia iniciar como matéria opcional e dependendo da evolução e da demanda e do interesse das pessoas poderia até se cogitar a hipótese de se passar pra obrigatória. [6]*
>
> *Não sei se, de repente um seminário. Um seminário grande na faculdade que estude estas questões. Fazer um seminário a cada dois anos, porque assim você acaba pegando todo mundo, alguma coisa nesse sentido. [7]*

Com relação aos responsáveis pela abordagem, eles deveriam ser especialistas na área. Economistas, contabilistas, tributaristas, especialistas em Direito Previdenciário e administradores de empresa figuraram como profissionais capazes de agregar informações relevantes na formação dos futuros médicos. Até mesmo o médico que está exercendo a profissão, há pelo menos uma década, certamente teria muito a dizer aos futuros colegas, principalmente no sentido de alertar quanto às principais ciladas do mercado. Assim sendo, idealmente, haveria a necessidade de vários olhares, para que o futuro médico tivesse uma ideia mais abrangente da temática.

> *[...] teria que arrumar uma pessoa especialista nisso. Não pode ser qualquer um, não pode ser qualquer médico, uma pessoa que tenha visão, que saiba passar, que saiba informar [...]. [5]*

> *Não sei se eu diria que tem que ter uma matéria sobre isto, mas palestras, várias palestras, chamar **gente de fora**, (mesmo sem ser médico), dando palestras. Pessoas especialistas em mercado de trabalho. [3]*

O último ano foi relatado como o momento ideal para esta aproximação, pois estaria mais próximo da sua prática profissional. Os residentes acreditam que pela proximidade da sua inserção no mercado de trabalho, um contato mais sistematizado com os aspectos econômicos do exercício da profissão médica teria maior significado.

> *Eu acho que isso me prejudica, porque deveria ter mais essa atenção, principalmente no final da faculdade, que eu acredito também que antes do sexto ano isso não é útil, porque a gente não presta tanta atenção. Quando você não sabe da importância que esse assunto tem, pelo menos eu não ia ter tanto interesse. Aí, quando chega mais perto que você sabe que vai ser real, que vai ser parte da sua vida, você tem mais interesse e vai atrás assim. [2]*

> *Quando a gente teve essa disciplina "Práticas de Saúde". Poderia ter sido neste espaço. No internato de Clínica Médica, a gente está mais voltado pra teoria, mas eu acho que poderia também e principalmente se fosse dado mais no final do curso, quando a gente está mais preocupado com isso, porque no início você não está, você não pensa nisso, você tá no curso básico querendo aprender o que está no livro e pronto, mas pro fim, a gente começa a ficar mais antenado. [8]*

Embora o último ano tenha sido eleito como o momento ideal, não se pode deixar de considerar que uma temática desta natureza poderia ter um impacto maior se fosse abordada durante todo o curso. Isto não impediria que uma tônica fosse dada no final do curso.

Neste contexto convém ressaltar o caráter interdisciplinar da temática de nossa pesquisa. De fato, os aspectos trabalhistas e econômicos do exercício da profissão médica permitem este tipo de aproximação. Restringir esta temática a uma disciplina, embora fosse uma forma legítima de trazer à formação médica um tema de grande utilidade, entra em conflito com certas correntes educacionais que defendem a ideia de formar um médico com uma matriz curricular menos fragmentada. Se tomarmos como referência o pensamento de Japiassu (1976), citado por Trindade e Chaves (2005), onde aquele enfatiza o caráter integrante, convergente e transformador da interdisciplinaridade; deveríamos cogitar a possibilidade de trazer o assunto em vários momentos do curso, propiciando uma transformação entre os diversos campos do saber e minimizando a formação

esfacelada, o que facilitaria a adaptação do futuro profissional ao mundo contemporâneo.

Convergindo com a interdisciplinaridade, no sentido de vislumbrar uma alternativa ao processo pedagógico, obtivemos a terceira categoria "**possibilidades de aprendizagem da temática além do currículo formal"**, uma constatação de que a apropriação da temática não recai apenas sobre a escola, através de seu currículo formal. Pelo contrário, neste tópico fica evidente a importância do currículo informal e do oculto. É marcante a importância da família e dos médicos (professores ou não) com os quais os estudantes tiveram contato durante a sua formação médica. Isto foi verificado na primeira fase, conforme a Quadro 9. Neste quadro verifica-se que familiares, professores (de maneira informal), mídia e colegas de graduação foram relevantes na formação dos médicos.

Quadro 9: Fontes de informação dos aspectos trabalhistas e econômicos

Fonte	Nº de residentes	Detalhamento
Algum familiar	16	
Disciplina	03	Administração e Planejamento em Saúde (1), Saúde e Sociedade (1), Medicina Preventiva (1)
Colegas de graduação	05	
Professores (informalmente)	14	
Mídia	08	
Outros	01	Colegas graduados

Professores, médicos assistenciais do *staff* dos campos de estágio, familiares entre outros também apareceram na segunda fase. Em algumas ocasiões, os professores que abordaram informalmente a temática foram adjetivados de "filosóficos" ou "antenados".

> *Na verdade, eu tinha isso de casa, saber o quanto era tributado, de escutar meus pais falando do trabalho. Tanto meu pai, que é médico e minha mãe enfermeira e profissional liberal. [8]*
>
> *Quando eu comecei a entrar em contato um pouco com isso foi porque o meu namorado já era formado. [7]*
>
> *[...] alguns professores que falaram de experiências pessoais, mas não teve nenhuma matéria específica sobre leis trabalhistas e nem aulas assim. Não teve nenhuma orientação mais concreta sobre isso. [2]*

Uma vez que as fontes eram marcadas pela informalidade, o teor das informações passadas se caracterizou pela superficialidade e vagueza.

> *Não tem uma disciplina, pelo menos eu não tive. Eu tive umas especialidades que tinham uns professores mais antenados, que chamavam a atenção disso, mas não teve uma teoria sobre isto. Teve só especulação e as pessoas falaram que era importante, todo mundo levantou o assunto, mas não teve ninguém que falou a teoria é isso, isso e isso. [8]*
>
> *Eu sei que o mercado está difícil. Foi isso que me passaram a graduação inteira. [8]*

> *Teve daquela maneira que eu te disse: "ah vocês não sabem como a vida é difícil, quando vocês forem sair, como é difícil". Eu vou ter que lidar com o quê? [7]*

Depreende-se até aqui que o processo de aprendizagem do futuro médicos ocorreu além do âmbito do currículo planejado. Assim sendo, vale a pena referendar Maia (2004, p. 112) que reforça três conceitos ligados ao currículo não planejado e que ocasionalmente geram confusão. O primeiro consiste no currículo paralelo. Este diz respeito "às atividades que o aluno busca espontaneamente, no âmbito da própria instituição". O segundo conceito relevante trata-se do currículo informal. Ele "consiste nas experiências de formação procuradas pelo estudante fora da instituição". Por fim, há o currículo oculto. Este compreende os efeitos das inter-relações humanas, incluindo normas e valores implícitos, perpassando outras formas de currículos, formal ou não. Nas palavras de Silva (1999), citado por Tavares et al (2007, p. 247), no currículo oculto "se situa o vasto conjunto de experiências de formação que ocorrem de forma não intencional, ligadas, principalmente, ao desenvolvimento de valores e atitudes".

Ao se analisar a trajetória acadêmica dos estudantes de Medicina, Peres (2006) concluiu que há um movimento forte no sentido de buscar informações além do currículo formal.

> [...] os estudantes de medicina identificam seu envolvimento com atividades extracurriculares como tentativa de preencher lacunas curriculares, suplementar o curso, integrar-se com os colegas de diferentes anos, atenderem indagações profissionais futuras, e/ou proporcionar o distanciamento do cotidiano médico (p. vi).

Corroborando com esta ideia, Rego (1998, p. 39) diz que "nesse contexto o estudante de medicina será formado e adquirirá sua base teórica e a cultura profissional".

Os percursos que vão além da formalidade são tão relevantes que a escola médica deve estar atenta para este fato. Tavares et al (2007) alertam para possibilidade de informações equivocadas ou superficiais nos momentos de informalidade com consequências incertas em sua plenitude.

> Se, por um lado, os estágios extracurriculares podem oferecer oportunidades valiosas de aprimorar a formação, atividades realizadas em momentos inadequados do curso, em cenários pouco propícios ou com supervisão deficiente podem distorcer o processo de formação do estudante, pelo qual, de forma integral, a instituição é responsável perante a sociedade (p. 252)

Os dados obtidos nesta pesquisa devem suscitar, no mínimo, uma reflexão acerca do papel das escolas médicas em relação à relevância e a maneira com que os aspectos econômicos do exercício profissional são lidados na formação dos futuros médicos.

5.2 Concepções dos recém-egressos acerca do Mundo do Trabalho

Neste núcleo exploraram-se as concepções atuais que os residentes têm acerca do Mundo do Trabalho, ou seja, enfatizando uma visão transversal do assunto.

Das entrevistas emergiram sete categorias oriundas de 154 unidades de registro (UR) (Quadro 10).

Quadro 10: Categorias e subcategorias oriundas das unidades de registro relacionadas à concepção dos recém-egressos acerca do Mundo do Trabalho

Categorias e subcategorias	Número de URs
Necessidade da residência médica para aquisição de informações referentes ao Mundo do Trabalho	5
Visão conflituosa do exercício da Medicina	32
Aumento da oferta de vagas e queda da qualidade dos formandos	4
Dificuldades no início da carreira	--
Receio de desemprego	3
Necessidade e excesso de plantões	2
Dificuldade em caracterizar os tipos de vínculos	17
Dificuldades para o exercício da Medicina como profissional liberal	3
Facilitadores no início da carreira	4
Diminuição do caráter liberal da profissão médica	49
Impossibilidade da prática exclusiva liberal da profissão	1
Necessidade de múltiplos vínculos trabalhistas	6
Ênfase à prática especializada da profissão	14
Concepções conflituosas acerca da remuneração do trabalho médico	14

O momento da Residência Médica tem como finalidade o aprimoramento de habilidades e competências para um bom desempenho profissional. No segmento relacional, faz parte da formação médica uma aproximação com a dinâmica do Mundo do Trabalho. Em face da deficiência da temática desta pesquisa na graduação, ficou claro na fala dos residentes a **necessidade da residência médica para aquisição de informações referentes ao Mundo do Trabalho.**

> *Quando a pessoa faz residência, ela continua sendo **assessorada** de uma certa forma. Agora, (sessenta) por cento dos médicos que se formam, não fazem residência. Esses médicos que saem sem residência pra entrar de cara no mercado de trabalho, sem ter nenhuma assessoria, sem ter nenhum suporte. É um pouco complicado, porque tem muita coisa que a gente **não sabe como funciona no mercado de trabalho** de verdade, fora da faculdade e isso deveria ser ensinado na faculdade e não é. [1]*

> *Eu acho que a gente tem um contato muito **mais próximo** no cursinho de residência [...]. [6]*

A Residência Médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 e é considerada uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Ela deve funcionar em instituições

de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. Assim sendo, a Residência Médica é considerada o “padrão ouro” da especialização médica (BRASIL, Decreto nº 80.281, 1977).

Após cumprir integralmente o Programa de Residência Médica em determinada especialidade, o médico sai com o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, vinculado ao MEC.

Vale a pena ressaltar que a Residência Médica é uma forma de especialização remunerada. Nesta fase o médico desenvolverá competências técnicas, além das ligadas a aspectos relacionais (éticas, de mercado e psicológicas). A remuneração confere ao residente uma identidade ambígua: ora visto como trabalhador, ora como aluno.

No estudo de Carneiro e Gouveia (2004), 66,5% dos participantes do estudo possuíam título de especialista. No entanto, deve-se atentar que existem outras formas de se obter o título de especialista reconhecido pelo MEC, além da residência médica. Um médico pode frequentar um programa de especialização que não segue os parâmetros de um Programa de Residência Médica. Também é possível receber o título de uma Sociedade de Especialidade, filiada à Associação Médica Brasileira (AMB). O título de especialista obtido por esta forma não tem reconhecimento acadêmico, apenas profissional.

Embora o número de vagas disponíveis para os Programas de Residência seja elevado, nem todas são preenchidas. Como possíveis causas, há: preferência dos médicos em frequentar um programa de “renome”, maior “atração” de algumas especialidades para a massa dos médicos, fatores geográficos, opção por outra forma de especialização e baixo desempenho nas provas de Residência Médica.

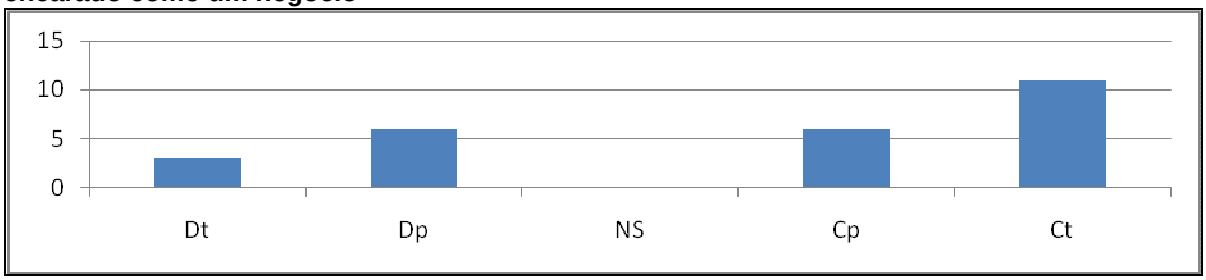
Apesar da grande oferta de vagas e em face do número de formandos, muitos médicos não entram em

A aquisição de informações referentes ao Mundo do Trabalho em Cursos Preparatórios para Residência Médica é apontado por um dos entrevistados, deixando transparecer a ideia de que as escolas médicas podem não estar formando os futuros médicos de forma adequada, impelindo-os para cursos preparatórios.

Um ponto marcante do trabalho foi a **visão conflituosa do exercício da Medicina** relatada pelos recém-egressos**.** Isto ficou bem evidente quando os

residentes tiveram que se posicionar diante da assertiva “O exercício da Medicina não deve ser encarado como um negócio” (Gráfico 4). Notou-se uma grande divergência de opiniões. Nove se posicionaram contra a assertiva e onze se posicionaram a favor da assertiva.

Gráfico 4: Resposta dos recém-egressos à assertiva “O exercício da Medicina não deve ser encarado como um negócio”



Dt: discorda totalmente; Dp: discorda parcialmente; NS: não sei; Cp: concorda parcialmente; Ct: concorda totalmente

Esta temática foi aprofundada na fase da entrevista. Uma das visões ressaltadas foi visão sacrossanta ou “romântica” da Medicina, ao enaltecer o caráter sacerdotal da profissão.

> *Ser médico é um **dom**. É quase como ser **santo**. É complicada esta questão, muito complicada. [9]*
>
> *Essa outra parte é a parte mais **romântica**, ligada a essa questão do **sacerdócio**, que talvez tenha tanta satisfação ou tantos **sonhos** em relação à profissão e talvez tenha aquela noção ruim de que cobrar por ela é ruim e ter menos valor pelo que você faz se é cobrado por ela, não posso cobrar muito e isso é uma coisa que a gente não aprende na faculdade. Tirar aquela coisa **cristã** de que cobrar é **pecado**, entendeu, não é cristão. [7]*

No entanto esta visão foi contestada em alguns momentos. A abnegação e o caráter divino próprios desta visão idílica foram questionados.

> *Talvez a situação que a gente esteja hoje, que a Medicina esteja hoje, é **fruto dessa visão** que a Medicina é sacerdócio. Não ter melhores condições, não ter melhores salários, às vezes é um pouco isso, do que as pessoas veem do médico e da maneira como a gente se vê, que a **gente não pode exigir mais**, porque é uma profissão santa e que de alguma maneira este sofrimento vai elevar a alma. [7]*
>
> *Você não pode dar a vida pela Medicina. [8]*

A literatura médica e não médica está repleta de comentários superficiais ou discussões mais profundas da visão sacrossanta da Medicina. Algumas pessoas, consciente ou inconscientemente, associam aos médicos um caráter místico, seja por fé, seja por conveniência.

O fato de a Medicina lidar com aspectos relacionados à vida e à morte propiciou o aparecimento no ideário das pessoas de várias associações, inclusive com elementos mitológicos.

Vale a pena relembrar o mito grego com os quais a maioria dos médicos tem contato durante sua formação. Apolo (deus da música e da cura e filho de Zeus com a deusa Leto) ensinou a Medicina ao seu filho, Asclépio ou Esculápio, fruto da união de um deus com uma mortal, Corônis (filha de Flégias, rei dos Lápitas). Esta, temendo ser abandonada pelo Deus, estabelece, ainda grávida de Apolo, um relacionamento amoroso com Ísquis, (filho de Élato, rei da Arcádia). Apolo, enfurecido, pede para sua irmã gêmea Artemis (deusa da caça) matar a amante (outra versão diz que o próprio Apolo matou a "traidora"). Ao vê-la queimando na pira funerária, Apolo retirou o bebê do ventre de Corônis e o entregou para o centauro Quíron (fundador e primeiro grande mestre da Medicina). Asclépio foi um grande discípulo, aprendendo inclusive a ressuscitar os mortos. Esta petulância gerou uma queixa de Hades (rei do Inferno) para Zeus. Este, com receio que a ordem natural fosse subvertida, fulminou Asclépio com um raio. Apolo, sob o pretexto de vingança, destruiu os Cíclopes, forjadores dos raios. Como castigo, Apolo foi condenado ao desterro para o Tártaro, pena comutada para servidão a um rei mortal por um ano (BRANDÃO, 2000).

Este simbolismo serve de abertura para o "Juramento de Hipócrates": "Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Higeia e Panaceia, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas [...]".

Também fazem parte desta visão, pajés das tribos sul-americanas, feiticeiros das tribos norte-americanas, druidas da cultura celta, que teriam o papel de servir como elos entre deuses e mortais com o intuito de minimizar o sofrimento destes.

Outras vezes, a cura dos males do corpo e da mente é dotada de um misticismo não ligado a divindades, mas a outras forças.

Além da visão sacrossanta, foi detectada a visão mercantilista do exercício da Medicina. Esta se caracteriza pela relevância dada às variáveis ligadas ao mercado de trabalho.

> *Mas ao mesmo tempo, se eu pretendo me manter disso, da Medicina, porque eu tenho que me manter da profissão,* ***ela é um negócio****. Eu vou receber, eu quero alimentar meus filhos, eu quero mais que alimentar meus filhos, eu acho que tenho o direito disso. Tenho direito de ter um bom lazer, de ter uma boa roupa, de viajar. [...] [7]*

> *Você vai querer atender um maior número de gente pra pegar mais dinheiro. Vira um ciclo vicioso que é o que eu vi muitas vezes com os meus amigos, que ao invés de tentarem estudar pra fazer uma residência, que deveria ser esse o momento de fazer, e não daqui a dez anos, quando a gente já esqueceu um monte de coisa da faculdade, mas resolveram dar plantões e aí* ***o dinheiro abre o olho****. Começa a dar um plantão atrás do outro e vê que ganha mais que pai e mãe juntos e não pensa em mais nada. Só fica dando plantão, plantão, plantão. [9]*
>
> *[...] tem gente realmente que é mais mercantilista mesmo e não se preocupa tanto, não vivencia a Medicina mesmo e se preocupa mais com a* ***questão monetária*** *mesmo da profissão [...]. [6]*
>
> *[...] de certa forma* ***é um serviço****, você tá consumindo, quando você vai ao médico, você tá consumindo uma consulta e você tá pagando por aquilo. E aí você não recebe aquilo exatamente que você esperava. [9]*

Da mesma forma que a visão romântica, a visão mercantilista também foi contestada pelos recém-egressos.

> *Eu acho que realmente não deve ser encarado como negócio, porque senão você* ***deixaria de trazer benefício ao paciente****. [1]*
>
> *Eu acho que a gente sempre tenta* ***buscar o lado humanista*** *da Medicina e é orientado pra isso. Aí você acaba não querendo encarar a Medicina como negócio. [2]*
>
> *Você escolheu ser médico porque você gosta de lidar com paciente, com o resolver, tentar resolver o problema dele. Eu não acho que você deve encarar como negócio, porque* ***você perde esse lado****, você vai pela produção, você vai começar a tender pela produção, porque você depende daquilo ali. Então acho que você deixa um pouco a Medicina e vai* ***passar a fazer uma outra coisa*** *que eu não acho legal. [5]*
>
> *Porque se a gente for encarar a nossa profissão como negócio, a gente* ***perde todo o lado bom da Medicina****, que eu acho que é você ter, você enxergar o paciente não só porque você precisa atender aquele paciente por uma necessidade e sim porque você gosta de estar fazendo aquilo ali. [5]*

Por meio de suas falas, residentes reconheceram a dimensão mercantilista da profissão médica. Com isto, eles consideraram a possibilidade de que a atividade médica possa estar ligada a interesses comerciais, ao lucro ou às vantagens financeiras.

O Código de Ética Médica em seu artigo IX do capítulo I diz que “A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio”. Corroborando com esta ideia, o artigo 58 do capítulo VIII diz que é vedado ao médico exercício mercantilista da Medicina (BRASIL, CFM, 1988).

Siqueira ([s.d.]) declara que

> esta mercantilização, imposta ao médico pelo complexo médico-industrial, é a grande responsável pela quebra da relação médico/paciente, pelo desprestígio e desrespeito do médico junto à sociedade, enfim pela desumanização da medicina (p. 1).

No entanto, apesar de todas as recomendações contrárias à visão mercantilista, não se pode fechar os olhos para os aspectos mercantis que permeiam o exercício profissional da Medicina. Defasagem salarial, assalariamento, proletarização, empresariamento, fortalecimento crescente do setor de Medicina Suplementar, greves da categoria médica, piso salarial entre outras, fazem parte do cotidiano dos médicos e são elementos qualificadores de uma realidade mercantilista.

Diante de tantas visões e contestações, o discurso dos residentes foi marcado por conflitos, tentativas de conciliações e ambiguidades.

> *Eu acho que a prática da Medicina, ela até **não deve ser encarada como negócio**, porque você tá tendo um objetivo que é o bem do próximo e dá um suporte, uma melhor qualidade de vida pro seu paciente e isso tá além da parte financeira. Mas a gente tem que lembrar também que essa vai ser nossa maneira de sobrevivência, não vai ter outra profissão, então **é um negócio**. Você vai ter que viver da sua profissão. [2]*
>
> *[...] tá certo que é um trabalho, tem que ser remunerado. Eu não concordo que a Medicina é um sacerdócio não. Não tem que dar a vida. Tem que ter a sua vida e tem que ter um limite, mas se for levado exclusivamente como negócio, aí você perde um pouco da ética. **Não acho que deve ser por aí não, como negócio. Não acho que é um sacerdócio**, mas também acho que **tem que ter ética**, tem que ter seus princípios. [8]*
>
> *Vamos de novo, **não é um negócio**. É uma profissão que exige seriedade, que exige compromisso, talvez mais do que as outras, porque uma falta de seriedade, um descompromisso vai ter consequências, que talvez as outras não tenham, tão graves, tão óbvias, tão imediatas, em relação a lidar com a vida, mas eu não vejo problema em receber por isso. Eu não vejo problema algum em receber por isso, mas ao mesmo tempo, eu fiz um compromisso de ajudar a salvar uma pessoa. Não é pelo dinheiro que eu vou deixar de ajudar. São coisas assim, realmente muito difíceis, que vão ter que ser pesadas todos os dias. **Quanto eu consigo ser, quanto eu quero que a minha profissão seja sacerdócio e quanto que eu não quero**. Eu acho que é pra cada um pensar e pras pessoas é sacerdócio. [7]*
>
> *Eu tive um professor que falou sobre isso. Eu lembro, era o primeiro semestre e ele falava que Medicina não é sacerdócio e repetia **Medicina não é sacerdócio, Medicina é profissão**. Então eu tive a oportunidade de ouvir isso. Por outro lado, eu convivi com um médico que tinha o maior orgulho em dizer que **nunca cobrou por uma consulta**, mas ele recebia ( ), por fazer suas pesquisas, mas ele tinha orgulho em dizer "eu nunca cobrei por uma consulta", então eu acho que aí tem os dois extremos. [7]*

Ficou bem claro nas entrevistas que os residentes estabeleceram uma valoração do exercício da profissão médica. Em primeiro lugar estariam os valores éticos que servem de pilares para Medicina, representados pela busca ao bem do

próximo, pelo respeito à dignidade humana, pela dedicação que muitas vezes interfere na vida pessoal do médico (devoção), pelo aprimoramento contínuo, pelo sigilo médico, pela autonomia técnica, e pelo caráter não discriminatório da profissão.

No entanto, os residentes também acham legítima a busca de uma boa remuneração, além de reconhecerem a profissão médica como um meio de sustento e de se obter uma boa qualidade de vida.

Uma postura equilibrada diante destas duas vertentes seria o caminho, sabendo que diante de dilemas irreconciliáveis entre as duas realidades prevaleceria a vertente ética médica.

Apesar do discurso dos residentes ser marcado por muitos conflitos, a visão acerca do **aumento da oferta de vagas nas escolas médicas e queda da qualidade de formandos** foi marcada pela homogeneidade. Eles têm uma noção de que há uma proliferação desenfreada de escolas médicas e que isto se refletirá na empregabilidade e na qualidade dos médicos formados.

> *E a quantidade de médicos que tem hoje em dia também, essa abertura de **faculdades novas assim a rodo**, então... [1]*
>
> *Eu acho que tem crescido muito faculdade de Medicina, eu acho e há uma **tendência a ficar mais difícil, você ter um bom campo de trabalho** para você atuar. Eu acho que agora, a curto prazo, a gente não vai ter dificuldade de emprego não. [6]*
>
> *[...] realmente tem **muito profissional mal formado e faculdade que não vale um centavo**. Você paga quatro mil. Então entra "qualquer um". Quem nunca foi acostumado a estudar, entra. Formar, depois que tá lá dentro, é a coisa mais fácil do mundo. Então acaba saindo muita gente mal preparada, que vai **trabalhar por qualquer preço**. Sabe que não tem condição, que não vai ter condição de ter emprego, de ser um médico bom, então vai aceitar a trabalhar a qualquer custo. [1]*

Em relação ao crescimento do número de escolas médicas, há basicamente dois grupos antagônicos. O primeiro se posiciona totalmente contra a abertura de novas escolas médicas. A justificativa repousa no fato de que o Brasil possui médicos em quantidade suficiente e que o grande número de escolas atenderia apenas a interesses financeiros das instituições de ensino ou a interesses de políticos. Além disto, com este crescimento vertiginoso no número de escolas médicas no Brasil, não haveria tempo hábil para capacitação de docentes com qualidade para formar os futuros médicos. Some-se a isto a limitação da autoavaliação institucional, em face da vocação mercantil de algumas instituições.

No portal das Escolas Médicas do Brasil (2010), verificamos que até 1960 havia 29 cursos de Medicina no Brasil. Entre 1961 e 1970 foram criados 41 cursos de Medicina; de 1971 a 1990 foram criados 12 cursos médicos; de 1991 a 2000, 26 cursos e de 2001 a janeiro de 2010, 74 cursos. De fato, o século XXI foi bem profícuo em termos de cursos de Medicina. Até o primeiro mês de 2010 estavam disponíveis 16.655 vagas para o primeiro ano, distribuídas em 182 cursos. Teme-se que uma grande oferta de médicos no mercado vá aviltar ainda mais a categoria em termos de condições de trabalho e em termos de remuneração pela lógica pura e simples de lei da oferta e procura.

O grupo que defende a abertura de novos cursos de Medicina justifica-a, tomando como base a distribuição irregular de médicos no território nacional. Uma vez que as escolas médicas estão concentradas nos grandes centros urbanos e que há uma tendência dos médicos recém-graduados se fixarem na região das escolas médicas, faltariam médicos em regiões mais periféricas. Também poder-se-ia justificar a necessidade de escolas médicas, em face de uma realidade atual, onde se formam médicos com um perfil que não atende à necessidade do país. Assim sendo, os novos cursos se comprometeriam a formar médicos generalistas, com maior capacidade de integração com outros profissionais da saúde e com tendência a se fixar em regiões distantes dos grandes centros. Isto serviria de argumento para "sensibilizar" as autoridades governamentais no sentido de credenciar novos cursos.

As **dificuldades no início da carreira** tiveram grande expressão na pesquisa. Assim sendo, um dos elementos que figuraram neste momento especial da vida do recém-egresso foi o <u>receio de desemprego</u> ("desempregabilidade").

> *É que o recém-formado tem **medo de não conseguir nada**. [3]*

Este receio dos residentes foi uma surpresa se levarmos em conta as conclusões de Carneiro e Gouveia (2004), quando os mesmos relatam que praticamente não havia desemprego na categoria.

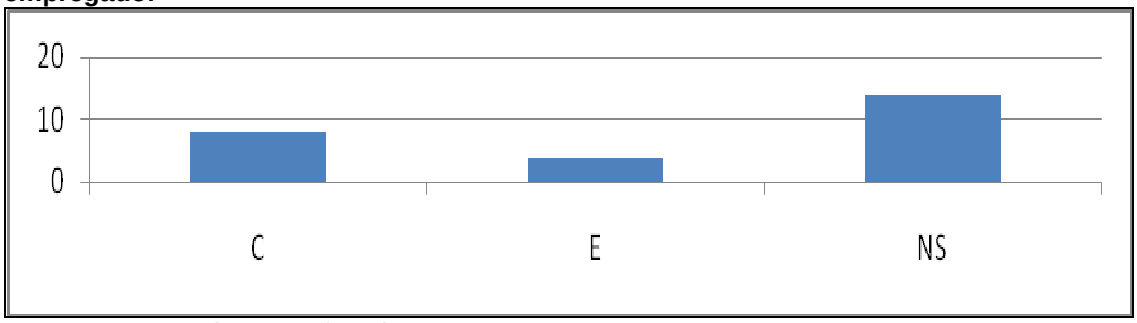
É de esperar uma sensação de ansiedade antes da inserção no mercado de trabalho, conforme pôde ser visto em Trindade e Vieira (2009).

Mas as dificuldades no início da carreira não repousam apenas no receio de ficar desempregado**.** Este momento é marcado pela <u>necessidade e excesso de plantões.</u>

> *No início, eu vou sair, vou **ralar pra caramba**, vou trabalhar, vou dar plantão, devo dar uns dois plantões por semana. [5]*

Carneiro e Gouveia (2004) relataram que 51,8% dos médicos trabalham em regime de plantão. A representatividade do plantão é tão marcante na vida de um jovem médico, que formulamos a assertiva: “Há legislação para remuneração do plantão à distância do médico. No entanto, a remuneração depende da negociação entre médico e empregador”. Curiosamente, mais da metade relatou que desconhecia legislação pertinente, oito acertadamente disseram que a assertiva estava correta. No entanto, quatro desconheciam legislação que normatizasse tal assunto (Gráfico 5).

Gráfico 5: Respostas dos residentes à assertiva “Há legislação para remuneração do plantão à distância do médico. No entanto, a remuneração depende da negociação entre médico e empregador”



C: Certo; E: errado; NS: não sei

De fato, no estado de São Paulo, há no mínimo três normatizações que tratam do assunto: duas leis do estado de São Paulo e uma resolução do CREMESP. A Lei Complementar 839/97 regulamenta o plantão dos médicos que trabalham em unidades integradas ao SUS. Assim sendo, ela confere adicional aos plantões presenciais (34% a mais em relação a um valor tabelado de remuneração) e determina que o plantão à distância seja pago (45% de um valor tabelado de remuneração) (SÃO PAULO, Lei Complementar nº 839, 1997). Já o Decreto Estadual 42.830/98 fixa o número de plantões à distância nas devidas unidades (SÃO PAULO, Decreto-Lei nº 42.830, 1998). A Resolução 142/2006 do CREMESP sugere que o plantão à distância dado por médicos em qualquer instituição de saúde deva ter uma remuneração correspondente a no mínimo um terço do plantão presencial (SÃO PAULO, CREMESP, Resolução nº 142, 2006). Na prática, esta recomendação não é seguida em muitas instituições particulares. Esta peculiaridade regional pode explicar a falta de informação acerca de tal legislação, uma vez que não havia nenhum recém-egresso de curso do estado de São Paulo.

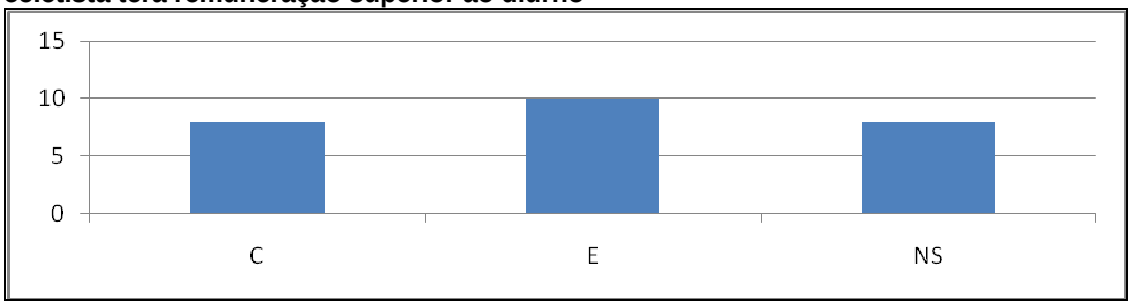
Um dos pontos mais marcantes foi a dificuldade em caracterizar os tipos de vínculos. Os próprios residentes ressaltaram que o conhecimento dos tipos de vínculos é essencial para escolha.

> *Eu acho que a melhor maneira é você t**er um conhecimento pra você julgar o que você quer ter.** [...], porque você vai saber as vantagens e as desvantagens das várias inserções no mercado de trabalho. Você vai poder escolher melhor. [2]*
>
> *Primeiro é com **maior conhecimento**. Se você conhecer o que você vai fazer, o que você vai ter que enfrentar, você vai se planejar melhor pra isso. Vai, de repente, procurar algum emprego que te dê esses vínculos ou se você não fez isso, vai se planejar de uma maneira que você possa ser autônomo, mas também garantir esse outro lado. [2]*

Na sua essência há seis tipos de vínculos trabalhistas: empregado (celetista), servidor público civil estatutário (ou efetivo), "servidor público" militar, autônomo, prestador de serviço como pessoa jurídica e cooperado. Há que considerar duas variantes relevantes: o empregado público (celetista) e o "servidor público" comissionado (também regido pela CLT). Todas estas formas apresentam peculiaridades previdenciárias, trabalhistas e tributárias que as tornam distintas.

Um vínculo bem explorado na primeira e na segunda fase foi o celetista. Na primeira fase três aspectos foram abordados: remuneração do trabalho noturno, FGTS e estabilidade de emprego. Com relação ao trabalho noturno, os residentes responderam de forma heterogênea a assertiva "Todo trabalho noturno de um médico celetista terá remuneração superior ao diurno" (Gráfico 6). É oportuno relatar que nem todo trabalho noturno apresenta remuneração superior. Empregados em cargos de chefia podem não receber este adicional no trabalho noturno.

Gráfico 6: Respostas dos residentes à assertiva "Todo trabalho noturno de um médico celetista terá remuneração superior ao diurno"

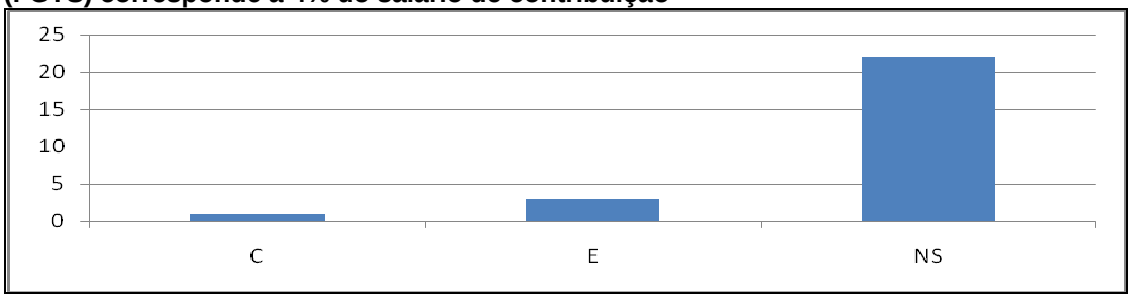


C: Certo; E: errado; NS: não sei

Já com relação ao FGTS, as respostas foram bem homogêneas. A maioria não sabia a percentagem do salário que corresponde ao Fundo de Garantia (Gráfico 7). Este benefício corresponde a oito por cento do salário bruto e apresenta grande

importância no cotidiano dos celetistas, seja na montagem de um fundo de aposentadoria, seja na aquisição de imóvel.

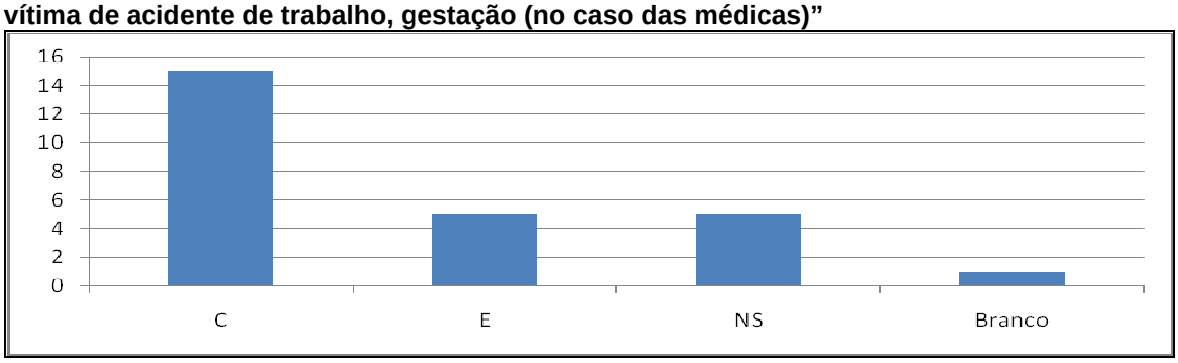
Gráfico 7: Respostas dos residentes à assertiva "O Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) corresponde a 4% do salário de contribuição"



C: Certo; E: errado; NS: não sei

No tocante à estabilidade do celetista, os médicos parecem saber que certas situações garantem estabilidade (Gráfico 8). Assim sendo, quinze residentes, de um total de 26 responderam acertadamente.

Gráfico 8: Respostas dos residentes à assertiva "Todas as situações a seguir garantem a estabilidade no emprego do médico celetista: prestação de serviço militar, eleição como representante sindical ou representante na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, vítima de acidente de trabalho, gestação (no caso das médicas)"



C: Certo; E: errado; NS: não sei

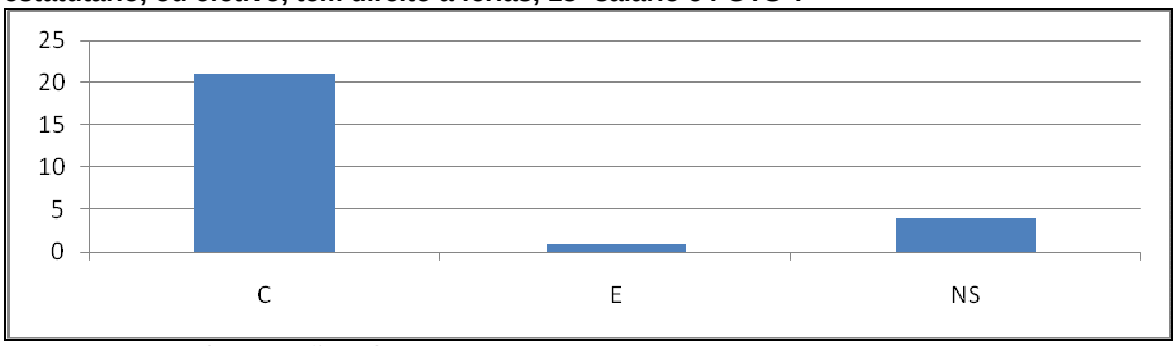
Na fase da entrevista, os residentes ressaltaram a estabilidade de emprego, valor da remuneração não sazonal e os benefícios.

> *Mas, por outro lado, o **empregado tem aquelas vantagens**. Você tem uma **segurança**. Você não pode ser mandado (embora) por qualquer coisa. Você não vai ficar sem trabalhar. Se você ficar doente, você tem uma licença. [2]*
>
> *Falavam da **vantagem de se ter um vínculo** com alguma instituição que te desse esses benefícios, por exemplo, o vínculo deles com a faculdade, o vínculo deles com a prefeitura ou com uma outra empresa pra ter essa **segurança,** que profissional liberal não tem teoricamente. [2]*
>
> *Não gosto da questão de ficar por mim mesmo sabe. [...], mas eu me sinto um pouco **mais segura com uma carteira assinada** sabendo realmente quanto que eu vou ganhar no final do mês, tendo esse **planejamento**, sabendo quanto que eu vou poder colocar numa poupança, numa renda fixa. [9]*

A estabilidade no posto de trabalho acaba tendo relevância para os celetistas e servidores públicos. Para os celetistas, a estabilidade se reflete na garantia de não ser demitido após os três meses da contratação, a não ser por justa causa. Caso contrário o empregador deverá pagar indenização. Empregados com mais de dez anos, somente podem ser demitidos por justa causa ou por circunstância de força maior. No caso dos servidores públicos civis, após três anos de exercício efetivo, o servidor só perderá o cargo em virtude de sentença judicial transitada em julgado ou de processo administrativo disciplinar no qual lhe seja assegurada ampla defesa.

No tocante aos servidores públicos estatutários, o conhecimento acerca de alguns benefícios mostrou-se deturpado, já que a maioria considerou que neste tipo de vínculo, estatutário, o médico recebe Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS (Gráfico 9).

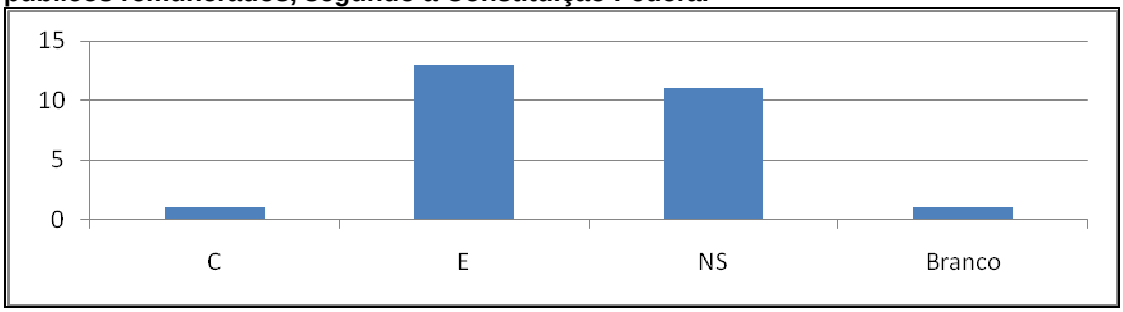
Gráfico 9: Respostas dos residentes à assertiva "Um médico funcionário público federal estatutário, ou efetivo, tem direito a férias, 13º salário e FGTS".



C: Certo; E: errado; NS: não sei

No entanto, quando se avaliou o conhecimento acerca do limite constitucional de vínculos públicos remunerados, metade respondeu acertadamente (Gráfico 10), ou seja, o limite para esta condição é dois.

Gráfico 10: Respostas dos residentes à assertiva "Um médico tem direito a três cargos públicos remunerados, segundo a Constituição Federal"



C: Certo; E: errado; NS: não sei

A alínea c, do inciso XVI, do artigo 37 da Emenda Constitucional nº 34, de 13 de dezembro de 2001 assegura a todos os profissionais regulamentados de saúde "o exercício cumulativo de dois cargos ou empregos privativos de profissionais regulamentados de saúde que estejam sendo exercidos na administração pública direta ou indireta" (BRASIL, Emenda Constitucional nº 34, 2001). A Constituição Federal de 1988, originalmente, assegurava este direito apenas a médicos e professores.

Mesmo com metade das respostas corretas, não é possível afirmar que os recém-egressos têm ciência que os médicos só podem ter dois vínculos públicos remunerados na mesma área técnica.

Na fase de entrevista também foi dado destaque à estabilidade e aos aspectos previdenciários deste tipo de vínculo.

> *Eu também penso que eu quero prestar concurso público e ter uma certa* ***estabilidade****, porque eu penso em abrir um consultório, mas não como sendo a minha única fonte de renda, entendeu. Tem que ter uma coisa com contrato, alguma coisa que me dê maior estabilidade. [8]*
>
> *[...] vou fazer uma especialidade e voltar. Inicialmente plástica, mas se eu mudar de ideia pode ser outra coisa e depois de um tempo prestar prova pra fazer um concurso público. De preferência, perito do INSS, alguma coisa que tivesse uma* ***remuneração mais alta*** *que já seria um conforto a mais em relação à previdência [...]. [1]*

Vale a pena ressaltar que para que o médico tenha direito a dois vínculos públicos é necessário que os dois sejam na mesma área técnica. Assim sendo, se uma pessoa ocupar o cargo de médico numa instituição pública, ele só poderá ocupar outro cargo público, se o mesmo for de médico ou de professor, uma vez que esta categoria permite o acúmulo de cargo em áreas técnicas diferentes.

Houve muita discussão sobre o acúmulo de cargos por médicos militares. Muitos consideravam, primeiramente, a dimensão médica e em segundo lugar a dimensão militar. Nesta situação ele era considerado médico-militar e poderia acumular dois cargos públicos. Outros consideravam primeiramente a dimensão militar e em segundo lugar a dimensão médica. Nesta situação ele era considerado militar-médico e não poderia ocupar outro cargo público.

O parágrafo 1º do artigo 17 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), da Constituição Federal é bem claro e diz: "É assegurado o exercício cumulativo de dois cargos ou empregos privativos de médico que estejam sendo exercidos por médico militar na administração pública direta ou indireta"

(BRASIL, Constituição, 1988). Se levarmos em conta a expressão “estejam sendo”, isto quer dizer que médicos que ocupassem posto nas Forças Armadas até 05 de outubro de 1988 poderiam acumular dois cargos públicos. Médicos que passassem a ser militares de carreira após esta data, não poderiam. Esta regra não vale para servidores civis em instituições militares.

Podemos ver na última unidade de registro que o residente considerou a aposentadoria do servidor público como sendo mais alta que a habitual. Este raciocínio era verdadeiro até a Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003. Até esta ocasião, o servidor público civil tinha direito à aposentadoria integral, independentemente do seu histórico de contribuição, ou seja, ele se aposentava com seu último vencimento (BRASIL, Emenda Constitucional nº 41, 2003). O teto da aposentadoria era determinado, via de regra, pela remuneração do presidente do Supremo Tribunal Federal, do governador e do prefeito, respectivamente no âmbito federal, estadual e municipal. A partir desta o valor da aposentadoria passou a ser limitado pelo teto da previdência sob o Regime Geral da Previdência Social (CASTRO, 2006). .

Quando se tratou de médico autônomo, foi ressaltada a carência de direitos trabalhistas.

> *Outra coisa: se você for um profissional autônomo, você não vai ter **direito a quase nada**, você não tem direito a férias, décimo terceiro, não tem direito à licença maternidade, de saúde. [2]*

Um vínculo cada vez mais presente no cotidiano dos médicos é o de prestador de serviço através de pessoa jurídica. Um dos residentes ressaltou a menor carga tributária que incide sobre este tipo de vínculo.

> *Eu já ouvi muito sobre questão de onde médico se reúne pra formar empresa, pra você ter um **desconto no imposto** [...]. [6]*

É sempre importante ressaltar que menor carga tributária pode não significar maior remuneração líquida ao final de um ano. Para que esta ocorra devem ser pesados benefícios de um lado e tributação do outro no período de um ano.

Embora o vínculo como cooperado seja uma forma de inserção muito prevalente, a maior parte dos residentes não conseguiu identificar a semelhança deste vínculo com o tipo “autônomo” (Gráfico 11). Em termos de férias remuneradas, FGTS e 13º salário, ambas as formas de inserção no mercado não têm direito a estes benefícios.

Gráfico 11: Respostas dos residentes à assertiva "Um médico que faz parte de uma cooperativa médica se equipara a um médico autônomo em relação ao direito a férias remuneradas, 13º salário e FGTS"

C: Certo; E: errado; NS: não sei

Uma cooperativa é uma associação autônoma de pessoas que se unem, voluntariamente, para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, por meio de uma empresa de propriedade coletiva democraticamente gerida (PORTAL DO COOPERATIVISMO MINEIRO, 2010).

Segundo França (1996), citado por Luz (1998), o cooperativismo médico brasileiro surgiu em 1967 num contexto de saúde falido e onde a voracidade da medicina de grupo, descompromissada com padrões éticos, estava preocupada apenas com o lucro.

Em torno do tema "cooperativa médica" há muita discordância em relação ao caráter liberal. Em muitas vezes as discussões repousam em bases ideológicas. De um lado, um grupo defende que esta forma garante ao médico cooperado uma maior participação na decisão da entidade, além de possuir meios em algumas situações de controlar a entrada de médicos concorrentes numa determinada região.

Além disto, os defensores do sistema se apoiam na ausência de intermediários entre o produtor (médico prestador de serviço) e o consumidor (paciente) como um dos pontos fortes do sistema, tornando-se uma arma contra os honorários médicos aviltantes (LUZ, 1998; PEREIRA FILHO, 2003).

Por outro lado, os críticos desta forma de inserção apregoam que as cooperativas são convênios com uma "roupagem" diferente e põem em xeque o conhecimento dos cooperantes acerca do cooperativismo, a afinidade dos médicos com os aspectos administrativos (no caso dos gestores) e a gestão participativa (LUZ, 1998; PEREIRA FILHO, 2003).

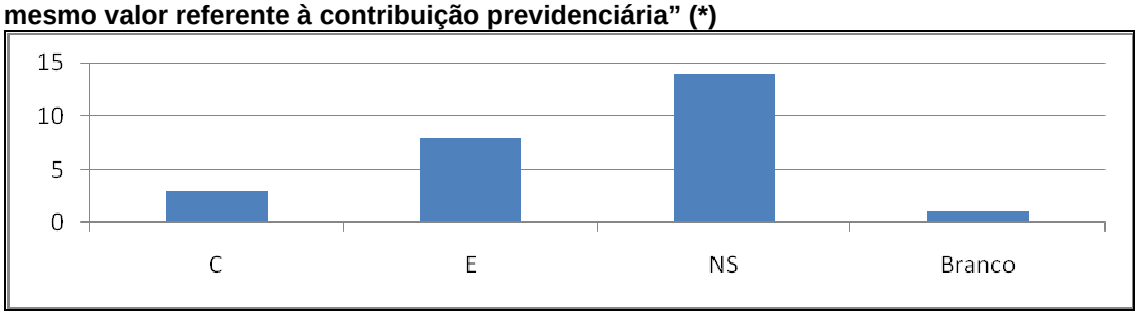
Em 2009, o CREMESP revelou que "grande parte das cooperativas de trabalho médico frauda a lei ao ocultar as relações de trabalho que se desenvolvem

com horários fixos e em regime de subordinação mediante pagamentos que, na realidade, são salários" (COOPERATIVAS..., 2009). Após um levantamento, evidenciou-se que o grande objetivo destas falsas cooperativas é burlar a legislação no sentido de economizar encargos de uma relação trabalhista regida pela CLT.

Um tema muito explorado pelo pesquisador foi "tributação do trabalho médico". Durante a pesquisa foram abordadas contribuições previdenciárias, imposto sobre serviço, imposto de renda e imposto sindical.

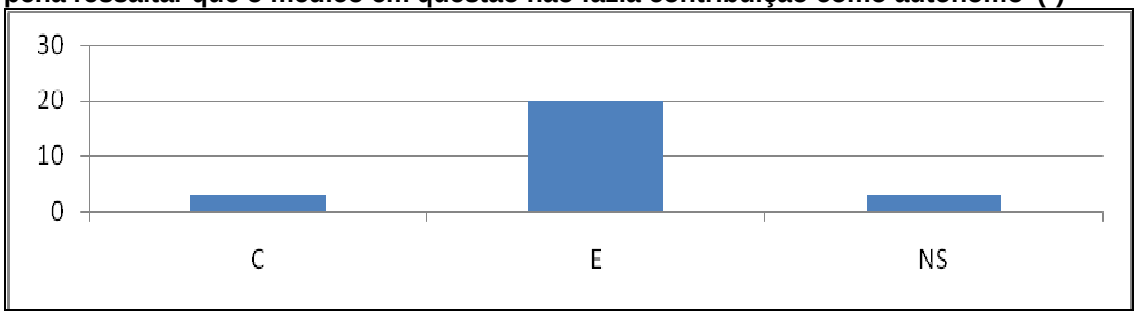
No aspecto previdenciário, procurou-se verificar o domínio pelo recém--egresso acerca do teto de contribuição previdenciária. Ao responder a assertiva 23, apenas três residentes acertaram, ou seja, identificaram a assertiva como errada (Gráfico 12). No entanto, ao se abordar o mesmo conceito através da assertiva 15, a maioria identificou o erro da assertiva (Gráfico 13).

Gráfico 12: Respostas dos residentes à assertiva "Um médico celetista recebe R$ 4.000,00 de salário. Outro médico recebe R$ 6.000,00. Porém, ambos, no holerite, tem descontado o mesmo valor referente à contribuição previdenciária" (*)



C: Certo; E: errado; NS: não sei
(*) Na ocasião da coleta, o teto de contribuição para o INSS era de R$ 2.894,28.

Gráfico 13: Respostas dos residentes à assertiva "Se um médico, ao se aposentar, recebia R$ 5.000,00 (resultante de dois vínculos empregatícios celetistas), sua aposentadoria pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) será de um valor próximo a R$ 5.000,00. Vale a pena ressaltar que o médico em questão não fazia contribuição como autônomo"(*)



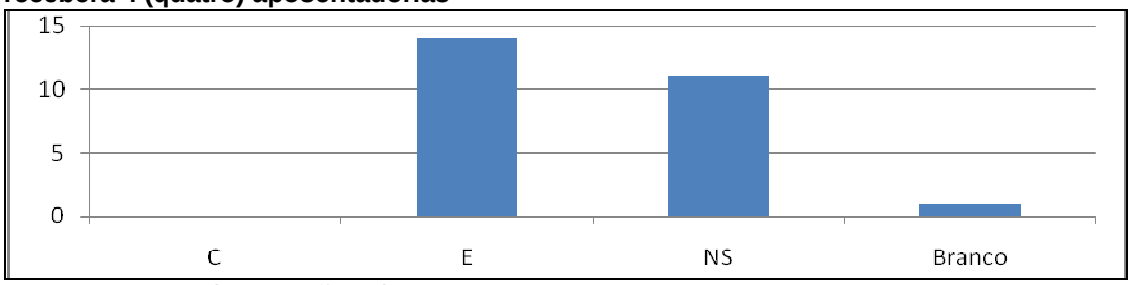
C: Certo; E: errado; NS: não sei
(*) Na ocasião da coleta, o valor do teto da aposentadoria era menor que R$ 3.000,00.

O valor pago ao INSS pelos celetistas e cooperados mantém uma proporcionalidade com o rendimento até um valor limite, considerado como teto de

contribuição. Em outras palavras, dependendo da faixa salarial incidirá uma alíquota de 8, 9 ou 11%. Para os profissionais autônomos a alíquota corresponde a 20%, salvo se a renda for de um salário-mínimo (neste caso alíquota é de 11%). Para os servidores públicos também há um teto de contribuição. Semelhantemente aos autônomos, não há uma proporcionalidade, pois a alíquota corresponde a 11%.

Com relação ao número máximo de aposentadorias que um médico pode receber, conforme o tipo de vínculo que ele possui, nenhum recém-egresso conseguiu responder a questão de forma satisfatória, quando colocados diante da assertiva 19 (Gráfico 14).

Gráfico 14: Resposta dos residentes à assertiva "Um médico, antes de se aposentar, tinha 1 (um) vínculo privado celetista, 1 (um) vínculo público celetista e 1 (um) vínculo público estatutário e contribui com 2 (dois) planos de previdência privada. Ao se aposentar, ele receberá 4 (quatro) aposentadorias"

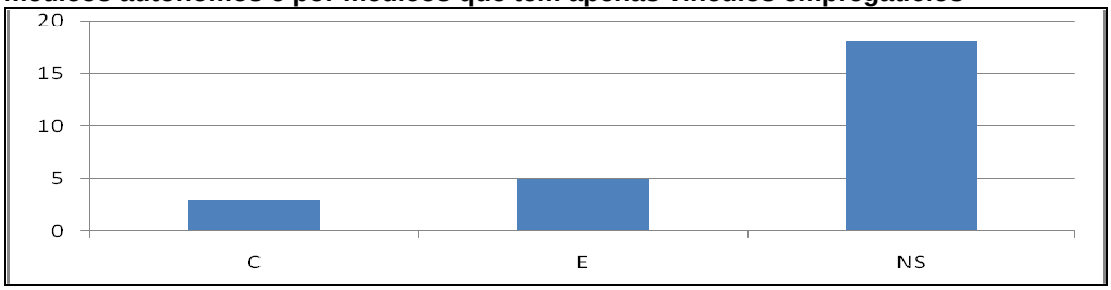


C: Certo; E: errado; NS: não sei

Uma pessoa pode receber no máximo três aposentadorias "públicas": uma oriunda da Previdência Oficial (do INSS) e duas oriundas de serviço público efetivo (outros institutos previdenciários). É importante ressaltar que os vínculos que geraram estas três aposentadorias foram exercidos sem sobreposição de horário. Em relação à aposentadoria da Previdência Privada, o número dependerá da vontade e capacidade do contribuinte. Portanto, assertiva do gráfico 14 está correta.

Quando se explorou o Imposto Sobre Serviço (ISS), o resultado ficou aquém do desejado. Apenas cinco residentes se posicionaram de forma correta diante da assertiva 20, ou seja, identificaram que a assertiva estava errada (Gráfico 15).

Gráfico 15: Respostas dos residentes à assertiva "O Imposto Sobre Serviço (ISS) é pago por médicos autônomos e por médicos que têm apenas vínculos empregatícios"

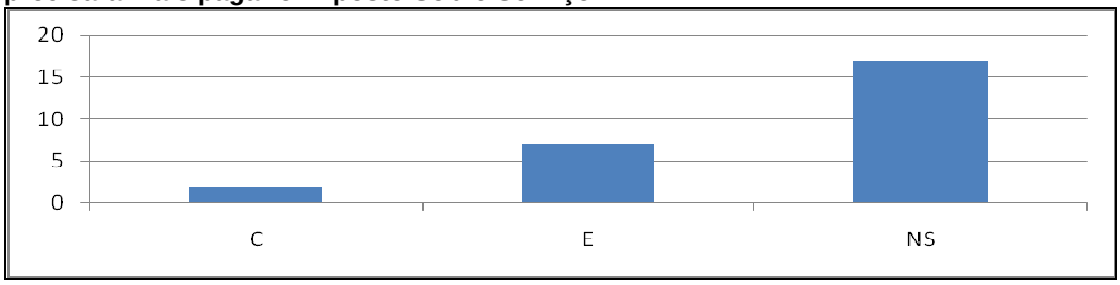


C: Certo; E: errado; NS: não sei

O ISS é um imposto pago à Prefeitura por todos os médicos autônomos, cooperados e prestadores de serviço como pessoa jurídica.

Outra faceta do mesmo imposto foi abordada na assertiva 21 (Gráfico 16). Mais uma vez os residentes não conseguiram responder de forma satisfatória a questão. Neste caso, ao deixar de ser autônomo e passar a ser celetista, o médico deverá cancelar temporariamente sua inscrição na prefeitura da cidade onde ele exerce a atividade profissional como autônomo. Caso ele não cancele a inscrição e deixe de pagar, ele tornar-se-á inadimplente.

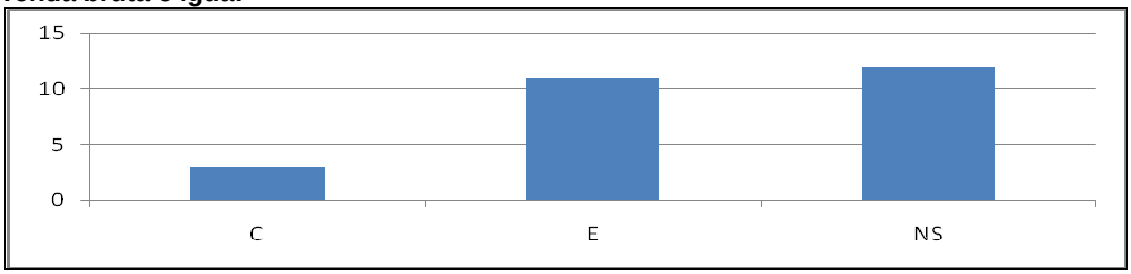
Gráfico 16: Respostas dos residentes à assertiva "Se um médico deixar de ser autônomo e passar a ser celetista, automaticamente será cancelada sua inscrição na prefeitura, e ele não precisará mais pagar o Imposto Sobre Serviço"



C: Certo; E: errado; NS: não sei

Outro tributo com grande expressividade na vida dos médicos é o imposto de renda. No entanto, quando se tentou relacionar este tributo com diversos tipos de vínculos, os recém-egressos demonstraram não dominar certa faceta do assunto (Gráfico 17). De fato, a alíquota de imposto de renda paga pelas pessoas jurídicas é diferente das pagas pelas pessoas físicas o que torna errada a assertiva do gráfico 17.

Gráfico 17: Respostas dos residentes à assertiva "Um médico celetista, um médico autônomo e um médico prestador de serviço como pessoa jurídica apresentam uma remuneração bruta de R$ 10.000,00. Portanto, todos pagam o mesmo valor de imposto de renda, uma vez que a renda bruta é igual"

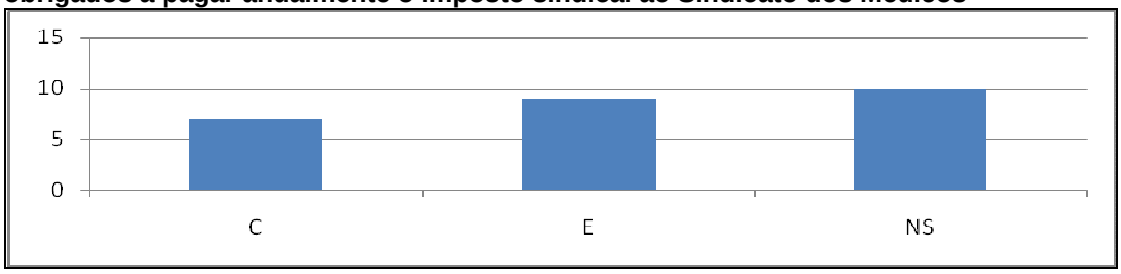


C: Certo; E: errado; NS: não sei

O mesmo ocorreu quando se tratou de imposto sindical. Apenas nove residentes reconheceram que a assertiva estava errada (Gráfico 18). O imposto

sindical é descontado de todos integrantes da categoria e independe de ser ou não associado do sindicato dos médicos.

Gráfico 18: Respostas dos residentes à assertiva "Apenas os médicos sindicalizados são obrigados a pagar anualmente o imposto sindical ao Sindicato dos Médicos"



C: Certo; E: errado; NS: não sei

Percebemos com base na pesquisa que os residentes têm grandes dificuldade em lidar com aspectos tributários do exercício profissional.

Apesar do pouco domínio dos tipos de vínculos, os residentes identificaram a falta de "indicadores" para determinado trabalho como uma dificuldade para o exercício da profissão como profissional liberal no início da carreira.

> *[...] não tenho a princípio um respaldo da minha família,* ***alguém que possa estar me inserindo numa determinada clínica ou num trabalho.*** *Talvez pra mim seja interessante trabalhar como empregado de uma prefeitura ou fazer algum um tipo de concurso pra me respaldar; até que eu possa estar me inserindo mais no mercado de determinada cidade e possa trabalhar, num segundo momento, como profissional liberal, tendo maior liberdade e eu acredito ganhar mais dinheiro, mas eu acho que fazer essa transição demore um tempo. [6]*
>
> *Se você não tem um apoio, principalmente* ***quem não tem parente médico****, você não tem apoio, você não tem uma estrutura montada. [9]*

Apesar da existência de muitas barreiras, os recém-egressos identificaram alguns facilitadores no início da carreira. Destaque foi dado para existência de familiares médicos, do tipo de especialidade e de aspectos psicológicos do recém-egresso.

> *A meta primeira era me formar. Depois era fazer residência [...]. Depois de fazer cirurgia geral, eu quero fazer plástica, fazer mestrado ou doutorado e voltar, porque* ***lá - tem os meus pais, são médicos - seria mais fácil de trabalhar do que aqui.*** *[1]*
>
> *Eu acho que depende do momento, eu acho que isso aí é muito relativo, eu acho que depende do momento, acho que depende da* ***pessoa****, depende dos seus* ***contatos****, das* perspectivas *que você tem em relação a serviço, depende da sua* ***especialidade****. [6]*

É notório o conceito de que a profissão médica figura entre as profissões liberais. No entanto, com tantas formas de inserção no mercado, esta pesquisa

explorou o conceito de profissão liberal e a possível **diminuição do caráter liberal da profissão médica**.

A dificuldade de conceituação de profissão liberal, a associação com autonomia e a dissociação de uma condição profissional subordinada foram marcantes.

> *Eu acho que entra na desinformação do que é ser profissional liberal, porque **não está claro pra mim o que é ser profissional liberal**, se ser profissional liberal é montar seus horários, é não ter o chefe [...]. [7]*

> *Uma vez a gente teve uma aula de Medicina Legal, que explicaram que profissão liberal era pelo fato de **ninguém poder decidir por você**. Você tem a liberdade de escolher, qual o melhor antibiótico, muito mais **em relação à conduta**, mais ou menos por aí. [7]*

Esta dificuldade encontra paralelo na literatura e se justifica porque a conceituação de profissão liberal ganhou contornos diferentes ao longo do tempo. Tradicionalmente, a expressão se associa com o profissional dotado de autonomia técnica e administrativa. Segundo Ferreira (1986), profissão liberal é aquela “de nível superior caracterizada pela inexistência de qualquer vinculação hierárquica e pelo exercício preponderantemente técnico e intelectual dos conhecimentos” (p. 1398).

Prux (1998) também se posiciona de forma tradicional, quando diz que profissional liberal é

> [...] uma categoria de pessoas, que no exercício de suas atividades laborais, é perfeitamente diferenciada pelos conhecimentos técnicos reconhecidos em diploma de nível superior, não se confundindo com a figura do autônomo, [...] sempre que atuem de forma independente, no sentido de não serem funcionários de um empregador (p. 65).

Contemporaneamente, houve uma dissociação da autonomia administrativa da profissão liberal. Lobo (1998) diz que profissional liberal é

> Todo aquele que desenvolve atividade específica de serviços, com independência técnica, e com qualificação e habilitação determinadas pela lei ou pelo divisão social do trabalho (p. 160).

Vasconcelos (2003), citado por Pasquini (2005), referiu que uma profissão liberal apresenta as seguintes características: presunção de onerosidade (a presença da remuneração na relação contratual ou de consumo), autonomia técnica, habitualidade (modo de vida), regulamentação (normatização da atividade) e vinculação a alguma corporação ou sindicato. Esta última não seria obrigatória. Depreende-se destas características, a desvinculação da autonomia administrativa da profissão liberal. Este mesmo autor definiu profissão liberal de duas formas

ambíguas. A primeira levou em consideração a autonomia administrativa. Assim sendo, profissão liberal é

> [...] é aquela que se caracteriza pela inexistência, em geral, de qualquer vinculação hierárquica e pelo exercício predominantemente técnico e intelectual de conhecimentos especializados, concernentes a bens fundamentais do homem, como a vida, a saúde, a honra, a liberdade (VASCONCELOS, 2003, p. 17 apud PASQUINI, 2005).

Na segunda definição, Vasconcelos (2003) disse que profissional liberal é

> aquele que adquiriu uma certa preparação cultural, normalmente através de cursos ou estágios e que, em decorrência da profissão que abraçou, passa a prestar um serviço de natureza específica, na maioria das vezes regulado em lei (p. 26).

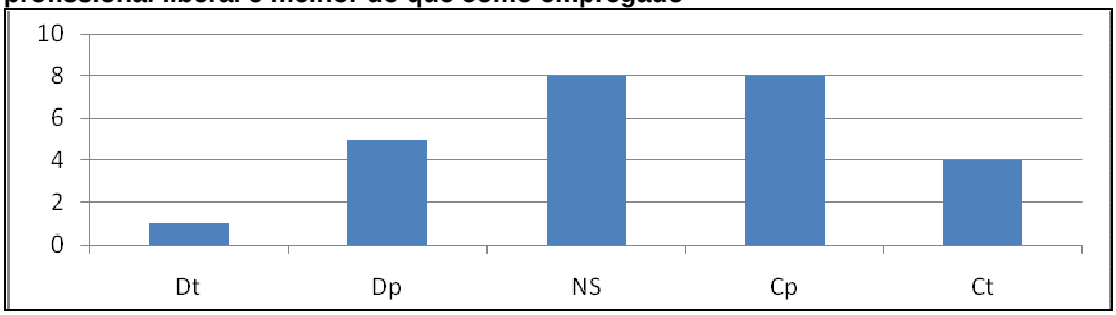
De forma concisa, poder-se-ia definir contemporaneamente o profissional liberal como aquele que, mediante uma formação em curso universitário, técnico ou profissionalizante, adquiriu **habilitação** para desenvolver uma atividade específica de serviço, regulamentada ou não por lei, com total **autonomia técnica**, podendo, até mesmo, ser assalariado.

Provavelmente, por conta de um viés durante a pesquisa, de um modo geral os residentes associaram o profissional liberal com o profissional autônomo (reconhecido assim pelos aspectos tributários e trabalhistas). Tomando como base esta associação, os residentes se posicionaram de forma conflitante em relação ao médico como profissional liberal, quando comparado com formas de inserções com maiores direitos trabalhistas (servidor público e celetista).

> *Eu acho que é a **pior profissão que existe**. É a profissão que trabalha quando quer, mas tem que trabalhar, quando está doente. Não tem licença de trabalho. Quando você tem um consultório, trabalha por conta própria. Você monta lá seu consultório. Você espera que alguém apareça. [...]. Então eu vejo com muita dificuldade esta questão de ser profissional liberal. Eu prefiro a carteira assinada, décimo terceiro, férias, tudo garantido. Eu não gosto de ser profissional liberal. [9]*
>
> *Aspectos positivos, você **não fica vinculado** a um setor que tem você como empregado. Você não tem aquele medo que ronda, o ser desempregado, o ser despedido, porque com médico raramente acontece esse tipo (de coisa). [...]. E de bom também que você **faz o seu horário** conforme você quiser. Se você quiser trocar seu plantão, você troca. Se você quiser ter um consultório e abrir cinco dias por semana, ter paciente cinco dias por semana, você vai. Quando quiser diminuir, você vai diminuir. Pode jogar melhor o horário com sua vontade e necessidade de trabalho. [4]*
>
> *E de ruim, você não tem nenhum vínculo, não tem CLT, **não tem férias remuneradas, não tem décimo terceiro**. Você que corre atrás do seu dinheiro. ( ) é colocar na balança épocas boas, épocas ruins e que entra mais dinheiro menos dinheiro e de bom também que você faz o seu horário, conforme você quiser. [4]*

Quando questionados sobre qual a melhor forma de exercer a profissão, se como empregado ou profissional liberal, houve uma dispersão nas respostas (Gráfico 19). Não foram verificadas as razões.

Gráfico 19: Respostas dos residentes à assertiva "Exercer a profissão médica como profissional liberal é melhor do que como empregado"



Dt: discorda totalmente; Dp: discorda parcialmente; NS: não sei; Cp: concorda parcialmente; Ct: concorda totalmente

Durante a exploração do caráter liberal da profissão, tivemos como tônica a autonomia médica. De forma geral, esta autonomia foi colocada em xeque em vários momentos.

> *Profissional liberal tem autonomia de trabalhar do jeito que ele planeja, **até um certo ponto hoje em dia**. [5]*

A detenção das ferramentas de trabalho "tecnológicas" pelos intermediários foi um dos determinantes para redução da autonomia.

> *Mas, também é questão de que você necessita para fazer várias especialidades, **você necessita da tecnologia**, precisa da tomografia, de ressonância, pedir exame de imagem. Você, como profissional liberal, por mais que você trabalhe sozinho, não está trabalhando sozinho na Medicina. Você precisa de toda uma estrutura de laboratório, de uma estrutura de imagem e que você sozinho não vai ter então, e você vai estar sempre precisando de um outro. Você não está sozinho. [...] **Você precisa de uma coisa muito maior**. [9]*
>
> *A tecnologia acaba tirando o caráter liberal. [3]*
>
> *[...] eu acho que uma **empresa tem condição de ter um suporte tecnológico muito maior**, porque tem muita mais (gente pra trabalhar), tem muito mais dinheiro que um profissional liberal sozinho. [1]*

A presença das empresas de Saúde Suplementar também contribuiu para o enfraquecimento do caráter liberal da profissão.

> *Se a gente pega o sistema privado, o convênio, também tem coisas semelhantes, a gente não deixa de ficar no front de guerra. É o **convênio que não quer** liberar a internação, mas é o médico que não interna, entendeu. É o convênio que não quer liberar a UTI, mas é o médico que está ali [...]. [7]*

> *[...] se eu colocar o plano de saúde, o médico **não tem total liberdade em trabalhar com preço que ele acha justo**. Ele tem que estar seguindo esses milhões de planos. Tem que estar de acordo com que o plano quer pagar o médico. Então quer dizer, ou ele trabalha desta forma ou ele só trabalha em particular. [5]*

Entenda-se como Saúde Suplementar, o setor que

> reúne empresas operadoras de planos de saúde, médicos, enfermeiros, dentistas e outros profissionais, além de hospitais, laboratórios e clínicas em uma rede prestadora de serviços de saúde que atende aos consumidores de planos privados de assistência à saúde (ANS, 2010).

Este setor é regulado pela agência governamental ANS (Agência Nacional de Saúde).

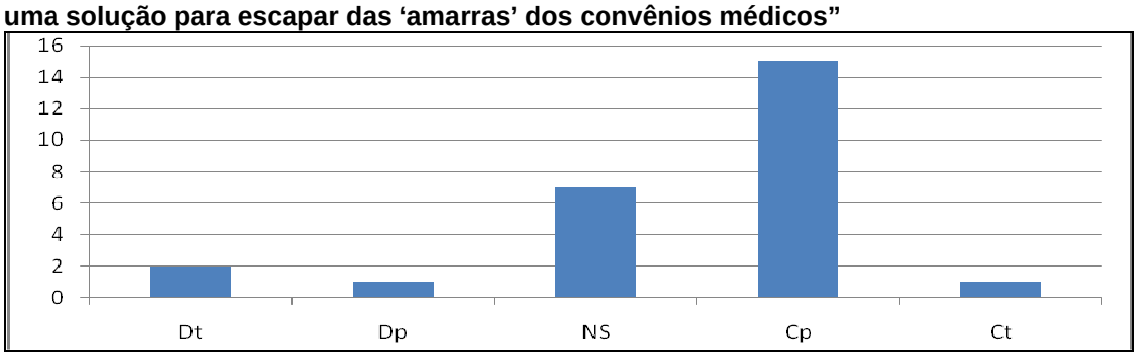
De forma semelhante os residentes se posicionaram em relação ao controle do poder público e à própria conscientização da população como elementos envolvidos na perda da autonomia médica.

> *Então, por exemplo, aqui tem medicação que talvez eu saiba, que poderia ser (melhor) pro paciente e eu não vou usar com medo do paciente entrar, porque não tem no hospital, com medo do **paciente entrar com um processo para o Estado pagar aquela medicação pra ele, aí você não usa.** No convênio, você quer pedir tal exame e o convênio não quer fazer ( ). Você sabe que é melhor, que às vezes **tanto no particular, quanto de convênio, quanto público, você está limitado** por uma série de questões em todos eles. [7]*

> *[...], quando joga a tecnologia nesse tipo de assunto, eles (os pacientes) acabam que já tendo uma ideia formada sobre os métodos de imagem. Eles acreditam que certas patologias, pra diagnóstico, necessitam desse método de imagem. Acho que isso acaba bloqueando um pouco a autonomia. Quando **o paciente já vem com essa indução de pedir tal exame**, porque ele acha que aquilo é bom, que ele ouviu falar na televisão, que ele leu lá na Internet. Acho que isso é uma forma talvez de bloquear um pouco das decisões, no caso da autonomia do médico sobre a condição do atendimento, da cirurgia, do que quer que seja [10]*

Um item polêmico diz respeito à autonomia do cooperativismo médico. Na primeira parte da pesquisa, os residentes foram questionados sobre a adesão ao sistema de cooperativa como forma de escapar das “amarras” dos convênios. Mais da metade concordaram com esta assertiva e quase um terço não conseguiu se posicionar (Gráfico 20).

Gráfico 20: Respostas dos residentes à assertiva "Aderir ao sistema de cooperativa médica é uma solução para escapar das 'amarras' dos convênios médicos"



Dt: discorda totalmente; Dp: discorda parcialmente; NS: não sei; Cp: concorda parcialmente; Ct: concorda totalmente

Na segunda fase do trabalho, um recém-egresso cogitou a possibilidade de que cooperativismo médico seja um fator de embotamento do caráter liberal da profissão médica.

> *Eu acho que tem estas questões das cooperativas médicas também, que eu acho que, pelo menos lá em Juiz de Fora, você atua como profissional liberal, porque na cooperativa, eu sei que na constituição da cooperativa é aquela questão de pessoas com interesses sociais e econômicos em comum, sem vínculo empregatício entre elas, se reúnem assim numa unidade democrática, mas no final das contas, lá em Juiz de Fora, você tem que fazer uma prova pra você entrar na cooperativa. Então, eu acho* ***não é tão liberal assim****, acho que é meio fechado. [6]*

Durante as entrevistas, percebemos que o consultório foi um elemento que esteve associado fortemente com profissão liberal (médico autônomo), embora possa estar presente em outros tipos de vínculos. Segundo Houaiss (2010), consultório é o local (geralmente uma sala com antessala) em que médicos e dentistas dão consulta aos seus clientes. Apesar da definição, durante a entrevista, a palavra consultório ganhou uma dimensão restrita aos médicos da iniciativa privada.

O consultório representa para os residentes um ícone da tradição, da experiência profissional e da boa remuneração.

> *E eu queria ter um consultório,* ***pra ter isso do médico mesmo****, de atender, manter essa tradição, mas eu acho que não dá pra ficar só nisso. [8]*

> *Acho que, porque é o que eu vejo assim de* ***mais próximo da Medicina, de mais tradicional da Medicina, é consultório****. E dá uma tranquilidade maior do que ficar dando plantão em hospital. [8]*

> *No caso, quem tem consultório, são profissionais* ***mais liberais****, nem sempre tão liberais, porque são agregados a planos, este tipo de coisa, teriam uma* ***maior disponibilidade ou variabilidade salarial, no caso, teriam uma remuneração um pouco maior****. [10]*

Apesar de o desejarem, os residentes manifestaram as dificuldades e o desconhecimento de alguns aspectos desta figura.

> *Eu não sei, por exemplo, se eu abrir um consultório,* ***como é que vai ser essa dinâmica, eu não tenho noção disso****, como é que essa inserção. [6]*
>
> *Mas, com relação a abrir um consultório, ter que contratar algumas pessoas (e comandar) na administração, que* ***a gente não tem essa informação****. A gente acaba se perdendo muito. Se você não é um bom administrador, você abre um consultório e acaba perdendo com isso, [...]. [8]*
>
> *Não tentei entrar em nenhum plano, mas eu vejo a dificuldade que é pra ele ((irmão)).* ***Montar consultório não é garantia de nada****. Você vai ter um gasto, você ter um gasto todo mês de luz, de condomínio, da sala, do aluguel ou da prestação da sala, se você estiver comprando. Você vai ter que mobiliar. Você vai tentar lá numa secretária ou numa secretária eletrônica ou você tem que fazer propaganda, porque senão as pessoas não sabem quem é você. Os pacientes vão ver que você é recém-formado. Vão aparecer uma vez, não vão de novo, porque tem muito preconceito. [9]*

Alguns residentes, no entanto, manifestaram opiniões desmistificadoras em relação à constituição e à manutenção do consultório, ou seja, o sonho de trabalhar num consultório privado não foi uma unanimidade, principalmente no início da carreira. Os entrevistados demonstraram ter ciência das dificuldades de se manter um consultório privado.

> *Não tentei entrar em nenhum plano, mas eu vejo a dificuldade que é pra ele ((irmão)).* ***Montar consultório não é garantia de nada****. Você vai ter um gasto, você ter um gasto todo mês de luz, de condomínio, da sala, do aluguel ou da prestação da sala, se você estiver comprando. Você vai ter que mobiliar. Você vai tentar lá numa secretária ou numa secretária eletrônica ou você tem que fazer propaganda, porque senão as pessoas não sabem quem é você. Os pacientes vão ver que você é recém-formado. Vão aparecer uma vez, não vão de novo, porque tem muito preconceito. [9]*
>
> *Está muito difícil ser profissional liberal hoje em dia, principalmente para abrir consultório.* ***Tem muitos professores que põem no papel assim, qual o seu custo para abrir consultório se isso realmente vale a pena ou não, pra ser liberal nesse sentido****, porque o mais fácil atualmente, que a maioria dos médicos está procurando, é fazer concurso e ser servidor público, você tem vínculo, você tem mais estabilidade. Então hoje em dia está tendo uma mudança. As pessoas tão procurando mais isso, do que abrir o consultório e trabalhar por conta própria, principalmente por conta de convênios, que não está tendo retorno financeiro como tinha antigamente. [8]*

Diante deste cenário, ficou evidente a <u>impossibilidade da prática exclusiva liberal da profissão</u>.

> *Eu acho que poucos se mantêm assim. A maioria tem outro vínculo. [2]*

Mais uma vez nos deparamos com o viés, associação entre caráter liberal e exercício da profissão médica como prestador se serviço (autônomo e pessoa jurídica).

Depreende-se do trabalho de Carneiro e Gouveia (2004) que a percentagem de médicos que trabalham exclusivamente com vínculo particular (sem relações com "convênios") gira em torno de 6 a 14%. Esta percentagem deve atingir cifras menores para médicos no início de carreira.

Os residentes relataram inúmeras vezes a <u>necessidade de múltiplos vínculos trabalhistas</u>.

> *É sempre assim, porque lá a gente tem professores que não são professores realmente, são só os 'staffs' das enfermarias. [...], geralmente eu tinha um ou outro com que tinha mais afinidade e conversava. Geralmente eles têm dois* ***ou três, eles tinham vários****, tinham a matrícula do hospital universitário, outra matrícula em um outro hospital público ou privado e a questão do profissional liberal, o consultório e todos mantêm três ou dois assim. Nunca, pelo menos eu não vi, ninguém ficando só como profissional liberal, ninguém mantendo só o consultório. [9]*
>
> *Eu acho que* ***não dá pra ser só profissional liberal hoje em dia****. Você acaba tendo maior estabilidade, se você for empregado; maior estabilidade e menos dor de cabeça também. [...], eu queria ter um consultório pra ter isso do médico mesmo, de atender, manter essa tradição, mas eu acho que não dá pra ficar só nisso. [8]*
>
> *E é um dado alarmante como os médicos têm que trabalhar às vezes em* ***mais de uma, duas ou três cidades,*** *pra poder ter uma renda razoável. [7]*

Carneiro e Gouveia (2004) constataram que 17,5% dos médicos exerciam uma atividade, 27,1% duas atividades, 27,2% três atividades, 16,7% quatro atividades e 11,8% cinco ou mais atividades.

Outro ponto que marcou a concepção dos recém egressos acerca do Mundo do Trabalho foi a **ênfase à prática especializada da profissão.** Apesar das políticas governamentais fomentarem a formação de médicos generalistas, os residentes não se mostraram influenciáveis pelo pensamento governamental (políticas de saúde pública).

> *A gente tem muito isso na graduação, "ah médico tem que ser generalista" e todo mundo metendo o pau de você se especializar, mas eu* ***acho que é o caminho natural*** *e eu acho benéfico, eu acho que vai ser, vai ter essa dificuldade em relação à área trabalhista. [6]*
>
> *Eu acho que é um futuro benéfico, eu acho que é uma situação ruim que talvez esteja conduzindo a isso, mas eu acho positivo, eu acho que vão se formar* ***profissionais melhores e mais bem capacitados*** *e é essa tônica mesmo na Medicina hoje, superespecialização, mas eu acho que tem seu aspecto positivo. [6]*

> *[...] acho que a tendência é que, quanto maior a especialização, você não precise desses outros vínculos, você consiga ser mais autônomo e você vai trabalhar do seu jeito, da sua maneira. [2]*

Uma justificativa para tal refratariedade por parte dos recém-egressos seria a exigência atual do mercado por profissionais especialistas.

> *[...] o **mercado exige** mais e mais e mais, então ele também, tem que tá sempre buscando se especializar, aprimorar. [5]*

> *Eu tenho receio que, a longo prazo, a gente tenha dificuldade no sentido de trabalho. Talvez eu não tenha este tipo de problema, porque eu tenho expectativa de me especializar e de me subespecializar e me inserir num determinado campo que tem ainda uma demanda boa de profissional. [6]*

> *[...] é muito **mais fácil você abrir o consultório com título**, do que como médico generalista. [8]*

> *Você vê que toda profissão tem que correr um dobrado pra você se especializar e procurar se diferenciar. Eu acho que a Medicina vai se encaminhar para isso também. Você **vai ter que correr um dobrado pra se diferenciar e procurar uma especialização e uma formação melhor pra você ter oportunidades melhores**. [6]*

> *[...], a gente sempre escuta esse negócio, estuda bastante, procura se especializar; e é engraçado, porque Medicina não necessitava tanto disso, hoje em dia necessita, porque antes assim eram outras profissões. [6]*

Uma vez tomada a decisão de se especializar, o jovem médico se depara com a escolha da especialidade. Este processo de racionalização envolve reflexões sobre remuneração, conforto e forma de inserção no mercado.

> *Eu, antes de entrar, antes de fazer, começar a residência, eu pensei muito de fazer aquilo que eu gostasse, aí quando tava mais pro fim do curso, mesmo no último ano mesmo, no último semestre, aí eu já vi que **não dava pra ser só paixão, eu tinha que colocar mais o pé no chão e ver o que poderia me dar uma vida melhor**, [...]. [8]*

> *[...] eu escolhi Clínica Médica por eu gostar, mas eu quero fazer uma subespecilidade que tenha um **retorno econômico melhor e que dê uma vida mais tranquila**.[...]. Eu estou pensando em fazer Onco, o que eu gosto, o que eu mais gosto é UTI e Cardio, mas eu acho que eu vou ter uma vida muito pesada, se eu fizer isso. Agora se eu fizer Cardio, eu penso em fazer **procedimento**, fazer Eco, porque tenho mais horário, não viver de plantão. [8]*

> *Talvez, em algum momento eu tenha pensado, a Pediatria não ganha tão bem ou, por exemplo, talvez o trabalho do Pediatra não seja algo tão bom ou do ginecologista tenha muito processo, tem muito **plantão**, você não tem tanta **tranquilidade**, você não tem uma **remuneração** tão boa, eu acho que são nesse sentido assim que eu penso. [6]*

As especialidades médicas são reconhecidas pela Resolução 1.845/2008 do Conselho Federal de Medicina. Nela estão listadas 53 especialidades e 54 áreas de atuação (BRASIL, CFM, 2008).

Como visto anteriormente, há duas formas de se tornar médico especialista: frequentar um Programa de Residência Médica (credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica, vinculada ao MEC) ou submeter-se a exame da respectiva Sociedade da Especialidade (vinculada à AMB). Segundo Feuerwerker (2000), 80% dos médicos formados no país entram para Programa de Residência Médica. Esta cifra ficou próxima da encontrada por Machado (1996). Carneiro e Gouveia (2004) evidenciaram que 66,5% dos participantes do estudo possuíam título de especialista.

Ao discorrer acerca do número de vagas nos programas de residência médica no Brasil, o professor titular em Cirurgia do Trauma da FMUSP, Dário Birolini, disse que “atualmente 40% dos egressos não conseguem uma vaga e nem todos os programas têm boa qualidade” (KASEKER, 2010, p. 34).

Percebeu-se, através das entrevistas com os residentes, que a especialização é uma necessidade. Pereira (2003) explicita várias forças para a tendência de a Medicina Ocidental ser marcada pela especialização, ao invés da prática generalista. Figuram entre as razões: a complexidade técnico-científica (dificuldade de domínio do campo de conhecimento da Medicina), a Medicina praticada nos Estados Unidos como modelo, a influência de professores especialistas, o hospital universitário como principal campo de ensino (presença marcante de sofisticação tecnológica, familiarização com doenças raras e nível terciário de atendimento), a rendição da classe médica e dos órgãos governamentais às pressões de interesses particularistas quanto à assistência hospitalar, a fuga de uma prática generalista mais acirrada, a “medicalização” da vida (procura dos que têm poder aquisitivo pela assistência médica agregada a equipamentos sofisticados e diagnósticos através de exames subsidiários) e o maior prestígio dos especialistas (entre a população e classe médica). No entanto, estas razões estariam vinculadas à divisão técnica do trabalho, ou seja, a prática especializada da Medicina é produto das mudanças socioeconômicas e não das pressões diretas da classe médica e dos pacientes.

Assim sendo, o médico se torna especialista para obter melhores oportunidades financeiras no mercado de trabalho. Não se pode, no entanto, pautar a análise da escolha de uma especialidade, ao invés de uma prática generalista,

apenas com base numa matriz econômica. Certamente, razões mais intimistas devem participar deste processo.

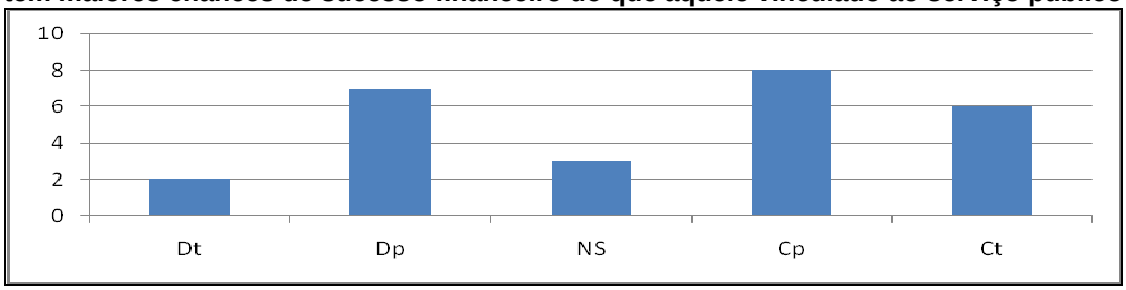
Pereira (2003) relata também que a consequência deste processo é a atomização das responsabilidades e a incapacidade de lidar com o paciente de uma forma holística, ponderando as dimensões biológicas, psicológicas, social, cultural.

Indo ao encontro da ideia de especialização, no período de 1985 a 1996, houve aumento da oferta de vagas para residência médica em especialidades cirúrgicas de acesso direto e com pré-requisito, além das especialidades clínicas com pré-requisito. Em relação às áreas básicas, houve redução do número de vagas (FEUERWERKWER, 2000).

Ações governamentais mais recentes têm sido feitas no sentido de ampliar os Programas de Residência Multiprofissional e de estimular o Programa de Saúde da Família (inclusive com uma maior remuneração), a fim de valorizar a formação generalista.

Por fim, outra categoria marcante deste núcleo foi "**concepções conflituosas acerca da remuneração do trabalho médico".** Quando os recém-egressos tiveram que se posicionar diante da assertiva "Um médico vinculado ao serviço privado tem maiores chances de sucesso financeiro do que aquele vinculado ao serviço público", houve grande dispersão nas respostas (Gráfico 21).

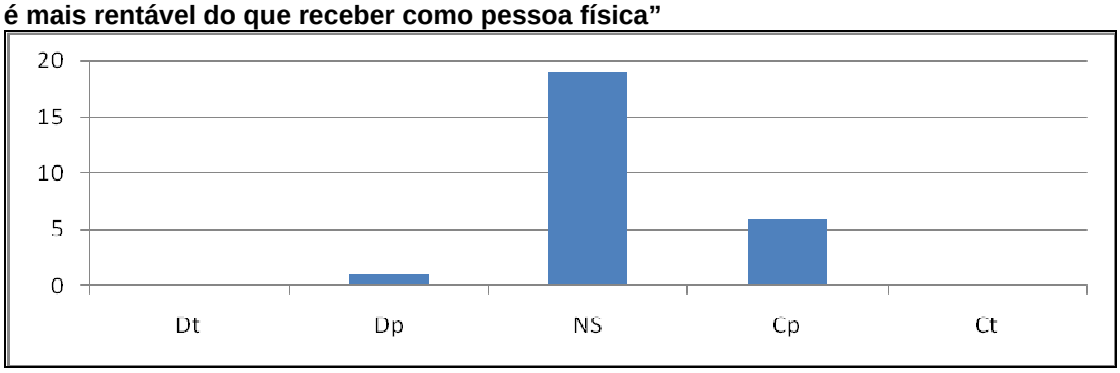
Gráfico 21: Respostas dos residentes à assertiva "Um médico vinculado ao serviço privado tem maiores chances de sucesso financeiro do que aquele vinculado ao serviço público"



Dt: discorda totalmente; Dp: discorda parcialmente; NS: não sei; Cp: concorda parcialmente; Ct: concorda totalmente

Ao serem questionados sobre em qual situação um médico teria maior remuneração, se na forma de pessoa física ou de jurídica, 19 residentes de 24 não conseguiram se posicionar (Gráfico 22).

Gráfico 22: Respostas dos residentes à assertiva "Receber remuneração como pessoa jurídica é mais rentável do que receber como pessoa física"



Dt: discorda totalmente; Dp: discorda parcialmente; NS: não sei; Cp: concorda parcialmente; Ct: concorda totalmente

Nas entrevistas, a diversidade de concepções ficou evidente em vários pontos. Quando se abordou a remuneração do funcionalismo público, os residentes se manifestaram de forma conflitante.

> *Os profissionais da saúde ligados a órgãos estaduais ou municipais, normalmente, são profissionais que são **pouco remunerados.** Acabam que têm uma carga de trabalho um pouco mais puxada, um pouco mais exigente, e uma remuneração não tão adequada praquela carga horária que ele se dispõe, [...]. [10]*

> *E em relação ao funcionário público, porque em alguns empregos que eu iria querer, por mais que seja um pouco difícil de passar, todo mundo que estuda, passa. E tem uma **remuneração bem razoável** e tem décimo terceiro, férias e um salário depois que se aposenta bem mais alto que o nosso. [1]*

Um fenômeno semelhante ocorreu quando se abordou a remuneração do médico da iniciativa privada. Neste tópico a figura do consultório foi associada a maior remuneração.

> *No caso quem tem consultório, são profissionais mais liberais, nem sempre tão liberais, porque são agregados a planos, este tipo de coisa, teriam uma maior disponibilidade ou variabilidade salarial, no caso teriam uma **remuneração um pouco maior**. [10]*

> *[...] nunca foi um grande sonho trabalhar em consultório. Talvez eu coloque o consultório só por isso, só pra poder ter uma **renda melhor**, pra eu poder fazer aquilo que eu gosto, que é trabalhar no SUS, por exemplo. [7]*

> *No consultório, **motivo principalmente financeiro**, principalmente. E no sistema público, pela possibilidade, pela clientela, eu não quero perder contato com a proposta do SUS, porque eu acho muito bonita, eu sonho com ela. [7]*

No entanto, se levarmos em consideração a associação estreita entre médicos da iniciativa privada com as empresas de Medicina Suplementar, a boa remuneração pode não ser tão boa aos olhos dos residentes.

> *Todo mundo reclamava que os médicos estavam desumanos e blá-blá blá e aí é que se tocava nesse assunto, que a situação era muito difícil, a* ***remuneração era pouca, estava cada vez pior****, que os convênios pagavam com três meses e que você tinha que dar plantão pra poder suprir a questão de orçamento. [...]. [7]*

Neste território, remuneração dos médicos no sistema público versus remuneração médica na iniciativa privada, há muita controversa. Algumas embasadas em fatos e outras puramente ideológicas.

De fato, quase 60% dos médicos exercem alguma atividade ligada ao setor público. Desta forma, o Estado passa a ser o maior empregador da classe médica (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004).

Apesar desta grande presença na vida laboral do médico, muito se tem criticado o sistema público de saúde. Condições de trabalho precárias, remuneração aquém da expectativa (e aquém do mérito), além da falta de um plano de cargo, carreira e salário (PCCS) exclusivo para classe médica no âmbito federal figuram entre as exigências da categoria.

Já em relação à iniciativa privada, é marcante a influência das empresas de saúde suplementar. Depreende-se de Carneiro e Gouveia (2004) que aproximadamente 38% de médicos estão vinculados aos “convênios”

Na tentativa de aumentar a renda, alguns médicos fazem a opção de abrirem empresas com o intuito de diminuir a carga tributária. Embora esta iniciativa possa partir de uma iniciativa própria do médico, muitas vezes ela é imposta pelos convênios. Segundo Carneiro e Gouveia (2004), esta última situação ocorre em 31% dos casos de médicos detentores de empresas.

Apesar dos diversos conflitos na temática “remuneração médica”, em alguns quesitos as opiniões foram mais convergentes. Primeiramente, os residentes acreditam que o valor da remuneração deva ter certa proporcionalidade com o tempo de investimento na graduação.

> *A cada dia mais, a residência é mais necessária e* ***é difícil você passar dez anos, não sei quantos anos com uma remuneração tão ruim****, forçando o médico a trabalhar, viver, trabalhar muito mais do que daria conta, pra poder sobreviver durante os anos de especialização. [7]*

> *Dificuldades econômicas, uma má remuneração, por mais que digam que é uma remuneração muito boa e tudo, eu acho que é uma* ***dedicação muito importante****, muitos anos sem remuneração alguma, de investimento pra poder se formar um bom profissional, é uma remuneração muito ruim que força os médicos a trabalhar muito e em muitos locais. [7]*

> *[...] todo mundo quer ganhar o máximo que puder. Eu acho que um valor que seria justo, acredito que seria* ***pela minha graduação, por tudo que já estudei, pelo número de horas que eu (devo) gastar*** *[...]. [10]*

Em segundo lugar, os residentes associaram a realização de procedimentos com boa remuneração.

> *[...] em si, os* ***procedimentos intervencionistas são normalmente procedimentos que têm remuneração um pouco melhor****, são menos desgastantes, no caso dentro da especialidade cirúrgica. Então, talvez por isso, eu planeje por ser uma coisa que desgastante no sentido de horas, desgastante no sentido de estudo. [...]. Mas, a longo prazo, talvez eu visualize alguma coisa que me dê um pouco menos de trabalho e uma remuneração um pouco melhor. [10]*

> *Assim, é isso que eu procuro fazer, alguma coisa relacionada a procedimento, que é o que eu acho que tá* ***dando mais retorno atualmente****, mas eu não consigo pensar lá na frente. Eu não sei que subespecialidade que eu quero fazer, quanto mais lá na frente, em relação à parte financeira, eu não sei não. [8]*

Foi aventada a possibilidade da influência da remuneração na escolha da especialidade.

> *Eu gosto de várias coisas na Medicina. Quando a gente vai avaliar, por exemplo, "ah por que eu vou fazer Clínica, por que eu não vou fazer Pediatria". Talvez em algum momento eu tenha pensado, a Pediatria não ganha tão bem ou, por exemplo, talvez o trabalho do Pediatra não seja algo tão bom ou do ginecologista tenha muito processo, tem muito plantão, você não tem tanta tranquilidade, você não tem uma remuneração tão boa, eu acho que são nesse sentido assim que eu penso. [6]*

Entre outubro de 2000 e janeiro de 2001, a equipe da Vade Mecum Consultoria analisou os dados colhidos por alunos da Universidade Federal de Pernambuco e da Faculdade Boa Viagem, acerca da renda de médicos de Recife. Esta equipe identificou variáveis relacionadas a qualificação pessoal e posse de bens de capital na associação com maior remuneração. Assim sendo, houve uma associação positiva entre renda e número de locais de trabalho, atividade no setor privado, maior titulação acadêmica, grande domínio da língua inglesa, domínio de ferramentas estatísticas, domínio da Informática, leitura regular de publicações científicas, gênero masculino, maior faixa etária, posse de consultório próprio e posse ou cota de propriedade em Clínica, Laboratório ou Hospital (IATROS, 2001).

De fato são tantas variáveis envolvidas no quesito "remuneração do trabalho médico", que são justificados os conflitos e ambiguidades encontrados em nossa pesquisa.

5.3 Planejamento e expectativas dos recém-egressos em relação ao Mundo do Trabalho.

Os dados relacionados a planejamento e expectativas enfatizam a visão prospectiva que os recém-egressos têm acerca do Mundo do Trabalho.

O binômio planejamento-expectativa foi tangenciado na primeira fase através da assertiva “seis” (É muito precoce se preocupar com a aposentadoria durante a graduação médica) e da assertiva “oito” (O planejamento da carreira médica deve ser uma preocupação para o estudante de medicina).

Na segunda fase, a análise deste núcleo permitiu a identificação de 29 unidades de registro, das quais foram apreendidas três categorias.

- **Dificuldade na definição de metas**
- **Expectativa de boa remuneração**
- **Preocupação com aposentadoria**

Já no final da entrevista, o pesquisador solicitou aos entrevistados que escolhessem três palavras que mais representassem suas expectativas em relação aos aspectos econômicos e trabalhistas do seu futuro profissional. Vinte e nove palavras emergiram deste questionamento geral (Quadro 11). Em virtude da repetição de alguns itens, restaram vinte e duas palavras.

Quadro 11: Expectativa geral dos residentes em relação ao Mundo do Trabalho

Conotação positiva	Conotação negativa	Conotação dúbia
Trabalhar com honestidade e ética	Dificuldade (2x)	Trabalho
Não ter desemprego (empregabilidade)	Preocupação	Estudo (2x)
Boa remuneração (2x)	Carga horária pesada	
Grana	Concorrência	
Empresário bem-sucedido	Dúvida	
Estabilidade financeira ou econômica (2x)	Impotência	
Estabilidade econômica		
Estabilidade (2x)		
Realização profissional		
Sucesso (2x)		
Segurança		
Tranquilidade (2x)		
Qualidade de vida		
Esperança		

2x: o item foi mencionado duas vezes

Chamou a atenção o predomínio dos itens com conotação positiva. Deduz-se que os residentes esperam, através de um trabalho exercido com honestidade e

ética, e numa condição sem preocupação com a empregabilidade, obter uma boa remuneração que propicie estabilidade financeira. Com isto, o exercício da Medicina seria marcado pela realização profissional, sucesso, segurança e tranquilidade. Tudo isto poderia ser resumido em boa qualidade de vida. De fato esta é uma visão carregada de esperança.

Este caráter otimista em relação ao exercício da Medicina também apareceu na fase da entrevista.

> *Ser um bom médico, que possa ajudar as pessoas e ao mesmo tempo ter qualidade de vida e ter uma situação financeira boa. [3]*
>
> *[...] eu estudo e eu batalho por uma estabilidade. Eu creio que, hoje em dia, uma estabilidade, ou seja, ter um padrão de vida bom no sentido de ter um imóvel de ter o seu carro, poder usufruir o que você conquistou um pouco. [5]*
>
> *Eu mereço ter uma boa qualidade de vida, mas eu não vou negar a assistência puramente por dinheiro. Existem coisas maiores na minha profissão, na minha escolha pela profissão, talvez ligadas ao sacerdócio, mas eu acho que eu mereço ser bem remunerada por isso. [7]*

Apesar desta expectativa marcadamente positiva, sua trajetória profissional não será isenta de dificuldades, preocupações, carga de trabalho excessiva e concorrência. Tudo isto num ambiente cheio de dúvidas e carregado de um sentimento de impotência diante das dificuldades.

Duas palavras apresentaram conotações dúbias. A primeira, trabalho, pode significar tanto excesso de carga de trabalho, quanto estar relacionada à boa empregabilidade. Já a palavra estudo pode estar relacionada ao investimento de tempo para atualização. No entanto, não se pode desconsiderar que a atualização em uma atividade que nos traz satisfação é um aspecto positivo.

Dini e Batista (2004) estudaram as concepções e expectativas dos estudantes de Medicina da Universidade Federal de São Paulo em relação à graduação e à sua futura prática profissional. No que se refere a este último, os autores distribuíram os resultados em duas categorias: expectativas em relação à prática profissional e preocupações em relação ao futuro profissional.

Em relação à primeira categoria, os autores verificaram que os estudantes do primeiro e segundo anos manifestaram uma expectativa de exercício da profissão calcada na ajuda, no compromisso, no idealismo e no cuidado. Os estudantes do terceiro e quarto anos esperavam ser bons médicos, com enfoque generalista, visão social, discernimento, experiência e confiança. Já os estudantes do quinto e sexto

ano ainda mantinham a expectativa de serem bons médicos, porém passaram a associar ao ideal do “bom médico” uma preocupação com a constituição de família e realização pessoal.

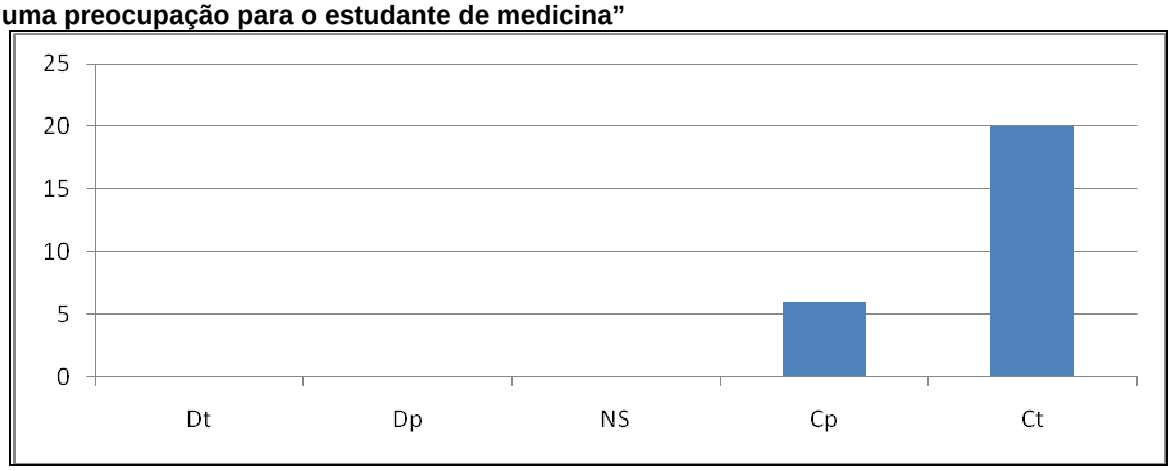
Em relação à categoria “preocupações em relação ao futuro profissional”, os autores identificaram nos estudantes dos dois primeiros anos uma preocupação com a competência profissional, com a estabilidade financeira e com a habilidade de lidar com a morte. Os estudantes do terceiro e quarto anos manifestaram uma preocupação com a adaptação à realidade profissional e com dedicação integral à Medicina sem prejuízo à qualidade de vida. Em relação aos estudantes dos dois últimos anos, os autores encontraram neles o medo, a insegurança, as dúvidas; a preocupação com o erro médico, com a desvalorização da profissão e com a exploração do trabalho médico.

Trindade e Vieira (2009), ao estudarem as motivações e expectativas dos estudantes do primeiro período do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, identificaram diversos núcleos relacionados diretamente ou indiretamente ao exercício profissional. As autoras dividiram estes núcleos nas seguintes categorias: idealismo/altruísmo, relação pessoal e interpessoal, insegurança e competitividade. No que se refere a expectativas calcadas no idealismo e no altruísmo, os estudantes manifestaram o desejo de serem grandes profissionais; de serem capazes de curar, vivenciar dificuldades e darem o melhor de si; e terem esforço e dedicação. Na categoria relação pessoal e interpessoal, os estudantes esperavam vir a ter uma boa relação com os colegas. A insegurança foi marcante quando os estudantes expressaram um desencanto diante da realidade e uma visão negativa em relação aos órgãos públicos. Por fim, os estudantes esperavam ser profissionais competentes e bem-sucedidos, além de estarem ansiosos com a inserção no mercado de trabalho.

Percebe-se uma sobreposição parcial de resultados da nossa pesquisa com estes dois últimos referenciais. Assim sendo, os estudantes dos referenciais e os recém-egressos de nossa pesquisa manifestaram de um lado uma expectativa de exercício da profissão calcada no idealismo, além da obtenção de estabilidade. Por outro lado, eles também manifestaram uma insegurança diante da realidade, uma ansiedade com a inserção no mercado de trabalho e uma preocupação com as dificuldades deste mercado.

Quando colocados diante da assertiva “O planejamento da carreira médica deve ser uma preocupação para o estudante de medicina”, os residentes concordaram unanimemente, total ou parcialmente, com a assertiva (gráfico 23).

Gráfico 23: Resposta dos residentes à assertiva “O planejamento da carreira médica deve ser uma preocupação para o estudante de medicina”



Dt: discorda totalmente; Dp: discorda parcialmente; NS: não sei; Cp: concorda parcialmente; Ct: concorda totalmente

Apesar de reconhecerem a importância do planejamento de carreira, este tema foi marcado por uma **dificuldade na definição de metas.**

Contribuíram para esta dificuldade o ambiente de incertezas, marcado pela falta de experiência e efemeridade. O ambiente de incertezas é tão marcante que os residentes optam por postergar a definição de metas mais específicas.

> *Eu planejo, eu tenho algumas diretrizes do que eu quero fazer, mas eu não sou de ficar criando muita ansiedade, de ficar estabelecendo coisa muita rígida, acho que a vida modifica demais. [6]*
>
> *Eu acho que vai depender das oportunidades que surgirem. Ah, eu só quero ser um servidor público. Não, acho que não é por aí. [5]*
>
> *Eu não faço muito planejamento não. Durante a faculdade, eu mudei muito em relação à especialização, cada hora eu queria uma coisa, dependendo de onde eu estivesse fazendo estágio e agora, eu não sei, eu não consigo ver lá na frente assim. [8]*
>
> *Primeiro, me qualificar tecnicamente e aí, quando eu cair no mercado de trabalho literalmente, queria deixar isto pra pensar nisso depois, que é o que eu fiz na graduação e já não deu certo. [2]*

Como resultado, os recém-egressos acabam fazendo um planejamento mais restrito. Levaram em consideração algumas metas, porém a forma e o tempo, elementos importantes dentro de um planejamento, não foram mencionados.

> *Eu sempre coloco uma diretriz bem a longo prazo. Não é uma coisa totalmente perdida, eu sei aonde eu quero chegar lá na frente, mas planejar como vai ser o caminho até lá, eu não sei. [7]*

> *Pra mim, o meu planejamento foi "eu quero ser psiquiatra", então eu vou estudar pra fazer Psiquiatria e aqui estou eu fazendo Psiquiatria. Eu tenho noção do que eu quero fazer lá na frente. Eu acho que é maneira de planejamento a longo prazo. Então, eu acho que acabo fazendo, mas uma coisa muito pequena. [7]*

Outra constatação reside na indissociabilidade do planejamento da carreira com outros planejamentos.

> *Estou fazendo uma residência e gostaria de fazer um mestrado, um doutorado também. Gostaria, mas ao mesmo tempo, paralelamente tenho os meus planejamentos pessoais, além dos profissionais que podem retardar um pouco minhas condições profissionais. [4]*

A ideia de planejamento também foi atrelada ao tipo de vínculo trabalhista.

> *Não gosto da questão de ficar por mim mesmo sabe. [...], mas eu me sinto um pouco mais segura com uma carteira assinada sabendo realmente quanto que eu vou ganhar no final do mês, tendo esse planejamento, sabendo quanto que eu vou poder colocar numa poupança, numa renda fixa. [9]*

Por fim, no tocante ao planejamento da carreira médica, uma residente atestou de forma mais veemente a necessidade do planejamento financeiro.

> *Se a gente tivesse um pouco mais sobre planejamento financeiro, eu acho que talvez a gente vivesse melhor. Talvez a gente atendesse melhor as pessoas. Trabalharia em melhores condições. O médico não ganha pouco. Eu acho que não ganha tão pouco, planeja muito mal, como levantar dinheiro, com (aplicar) [...]. Eu gostaria de ter visto sobre estas coisas. [7]*

Esta dificuldade encontrada no planejamento da carreira pode residir em fatores intrínsecos ligados à inexperiência profissional e às dificuldades de escolha das especialidades conforme a afinidade. No entanto, não se deve esquecer que fatores extrínsecos ligados ao modo de produção vigente calcado em flexibilidade, "desespecialização" (multifuncionalidade), transitoriedade dos postos de trabalho, terceirização, capacitação a cargo do trabalhador e índices de acreditação externos podem ter a sua parcela de influência.

Um segundo ponto marcante neste núcleo foi a **expectativa de boa remuneração.**

> *Eu acho que no aspecto econômico, eu não acredito que seja uma profissão que vá se desvalorizar pela quantidade de profissionais que estão se formando. Pela própria característica cultural, da representatividade do médico pra sociedade. [6]*

Esta associação fica mais evidente quando se fala de realização de procedimentos médicos. Neste caso pode-se agregar a ideia de otimização, ou seja, ganhar mais em menor tempo em virtude da realização de procedimentos.

> *[...] em si, os procedimentos intervencionistas são normalmente procedimentos que têm remuneração um pouco melhor, são menos desgastantes, no caso dentro da especialidade cirúrgica. Então, talvez por isso, eu planeje por ser uma coisa que desgastante no sentido de horas, desgastante no sentido de estudo. [...]. Mas, a longo prazo, talvez eu visualize alguma coisa que me dê um pouco menos de trabalho e uma remuneração um pouco melhor. [10]*

Exercer a Medicina como profissional liberal e especializar-se são outras formas de agregar uma boa remuneração ao trabalho médico.

> *[...], eu posso falar da minha situação, por exemplo, eu formei, não tenho a princípio um respaldo da minha família, alguém que possa estar me inserindo numa determinada clínica ou num trabalho; talvez pra mim seja interessante trabalhar como empregado de uma prefeitura ou fazer algum um tipo de concurso pra me respaldar até que eu possa estar me inserindo mais no mercado de determinada cidade e possa trabalhar, num segundo momento, como profissional liberal, tendo maior liberdade e eu acredito ganhar mais dinheiro. Mas, eu acho que fazer essa transição demore um tempo. [6]*

> *É aquilo que eu discuti sobre a subespecialização. Procurar uma área que talvez traga o que eu pretendo, questões financeiras e me dê este respaldo de tempo e de horas. Eu acredito que seja uma relação de benefício suficiente pra mim de horas trabalhadas e questões financeiras. [10]*

Quando os recém-egressos foram solicitados a dizer uma expectativa "numérica" de renda, a maior dificuldade foi referente ao desconhecimento do mercado (Tabela 4). Se levarmos em conta que as entrevistas foram realizadas no primeiro semestre de 2008, notam-se valores além da média oferecida pelo mercado.

Tabela 4: Expectativa de remuneração de seis residentes médicos no 1º semestre de 2008

Áreas cirúrgicas				**Áreas não-cirúrgicas**			
Expectativa de renda bruta (R$)	Expectativa de renda líquida (R$)	Carga horária*	**Renda** (R$/h)**	Expectativa de renda bruta (R$)	Expectativa de renda líquida (R$) ***	Carga horária	**Renda (R$/h)**
	15 a 20 mil	40-50 h	**67,8**	15 mil	11 mil	40 h	**47,9**
20 mil (curto prazo)	20 mil (longo prazo)	72 h	**48,4**		15 mil (SP)	60 h	**43,6**
					10 mil (MG)		**29,0**
	10 mil	40 h	**43,6**		10 mil	40 h	**43,6**
	10 a 15 mil	60-70 h	**33,5**		8 a 10 mil	40 h	**39,2**
					8 mil	40 h	**34,8**
					10 mil	60 h	**29,0**

*Carga horária (horas por semana)
** Renda/h: Renda por hora. Resultado da operação: Expectativa de renda líquida / carga horária x 4,3
*** Renda líquida = Renda bruta – 25% da renda bruta (cálculo aproximado)

Ao se analisar a remuneração médica, é interessante ter noção do valor do salário oferecido aos médicos do Programa de Saúde da Família em 2008, uma categoria que teoricamente tem uma maior valorização pelo poder público. Nota-se que o salário oferecido girava entre 6 a 13 mil reais por uma jornada de 40 horas semanais, o que deu algo entre 35 reais e 75 reais por hora de renda bruta (MÉDICOS..., 2008; AMMFC, 2008). Em relação a estes dados, vale a pena ressaltar três aspectos. Primeiramente, que estes eram valores extremos; em segundo lugar, que para obtermos a renda líquida deve-se subtrair aproximadamente 25%; por fim, que estas eram ofertas para áreas interioranas, onde há uma carência de médicos e as ofertas costumam ter cifras mais altas. Nesta última situação deve-se considerar também o "caixa" da prefeitura.

A região geográfica onde se exerce a Medicina também foi considerada relevante.

> *Depende de onde eu morar. Se eu morasse aqui em São Paulo, acho que eu queria ganhar uns quinze mil. Se eu morasse no interior de Minas Gerais, Governador Valadares, se eu ganhasse dez mil, pra mim já estava bom. [8]*

A expectativa de boa remuneração financeira não ficou isolada da satisfação profissional.

> *[...], eu busco isso também, a satisfação profissional como médico. Claro, em primeiro lugar, está abordando aquilo que gosto, que no meu caso é Neurologia, Neurocirurgia, mas buscar dentro disso uma realização financeira, [...]. [10]*

Na maioria das vezes os entrevistados associaram a boa remuneração como um direito ou resultado de um trabalho digno. Em um caso, no entanto, uma médica aventou a possibilidade para uma distorção, o exercício da Medicina apenas como trampolim para ganhos financeiros (ou políticos) dissociados da atividade-fim da Medicina.

> *Porque são seis anos de muito estudo, de muita dedicação. Você tem que abrir mão de muitas coisas. Esses anos servem pra filtrar realmente. Se você quer sair médico ou não. E muitas vezes, daqueles que saem médico, sai uma pessoa que quer usar a Medicina como um trampolim. [4]*

Apesar da boa expectativa em relação à remuneração profissional, a ideia de riqueza oriunda do trabalho foi refutada num dos relatos.

> *Eu não fiz Medicina porque eu vou ser rica. [5]*

Nos últimos anos, a profissão médica vem sendo idealizada e reconhecida como aquela que traz grande prestígio entre as profissões e uma expectativa fantasiosa de sucesso econômico. No entanto, como pano de fundo para essa idealização há um mercado de trabalho precário e distorcido onde as políticas de saúde não têm se preocupado com as condições mínimas para o exercício adequado da Medicina (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002). Assim sendo, é comum a discussão da temática “expectativa de remuneração dos médicos” em trabalhos que se dedicam a estudar a vocação médica.

Millan e Barbedo (1988), citados por Millan et al (1999, p. 75), afirmaram ser pouco frequente como motivação para se entrar na Medicina a "busca de uma boa remuneração financeira, de *status* ou atuação como profissional liberal".

No entanto Millan et al (1999) relatam que o interesse pela posição socioeconômica, a busca de prestígio e o desejo de segurança pessoal são menores no início do curso e aumentam gradativamente, o que pode ser interpretado como consequência de uma perda consecutiva das motivações de caráter humanitário.

Ferreira et al (2000), ao analisarem os motivos de se estudar Medicina entre os estudantes do 5º período e do internato de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, verificaram que entre os estudantes do 5º período, 53,4% entraram na Medicina por se identificar com a profissão (vocação e realização profissional), 26,7% por altruísmo (investimento social e saúde), 14,7% pela busca do conhecimento (interesse científico e pesquisa), 2,6% por questões relacionadas a mercado de trabalho e 2,6% por outros motivos (razões pessoais e influência familiar). Os resultados com os estudantes na fase de internato não foi muito diferente. Desta forma, 55,3% entraram na Medicina por se identificar com a profissão, 18,1% por altruísmo, 17,6% pela busca do conhecimento, 5,4% por questões relacionadas a mercado de trabalho e 2,6% por outros motivos. Os autores ressaltam este fato como uma contradição, em face da especialização crescente.

Além disto, Ferreira et al (2000) levantaram a possibilidade do capital simbólico da Medicina ser o motivo principal para escolha da profissão. No entanto, esta motivação seria imperceptível para o estudante. Este capital simbólico seria representado pelo prestígio, poder e fácil empregabilidade.

Trindade e Vieira (2009, p. 547) verificaram que um grupo de primeiranistas de Medicina “visualizavam o mercado de trabalho como opção para a escolha do curso por acreditarem que a Medicina é uma profissão capaz de oferecer opções de

trabalho e estabilidade financeira”. No entanto, o mesmo não foi observado em outros dois grupos.

Cahalan et al (1957), citados por Freidson (2009), verificaram que 30% dos estudantes americanos interrogados afirmaram especificamente que “uma das coisas que eles mais esperam ao se tornar médicos é ter segurança econômica com retorno financeiro”. Freidson (2009) considerou este dado importante, uma vez que o dinheiro não foi considerado um benefício secundário e sim uma das coisas que o médico mais almeja em sua carreira.

Ribeiro (1983), citado por Ferreira (2000), também trabalhou com o tema. Os resultados de sua pesquisa, embora tenham mostrado grande influência dos aspectos vocacionais e altruísticos na escolha da profissão, também mostravam a relevância dos aspectos trabalhistas e econômicos. Neste estudo, 73,5% dos estudantes relataram que escolheram a Medicina para ajudar os outros; 68% por vocação; 52,4% porque gostavam de Biologia; 33,4% porque queriam fazer pesquisas em áreas biológicas; 32,6% porque consideravam a Medicina uma profissão segura; 23,3% porque consideravam a Medicina uma profissão rendosa e 19,6% porque consideravam a Medicina uma profissão de prestígio.

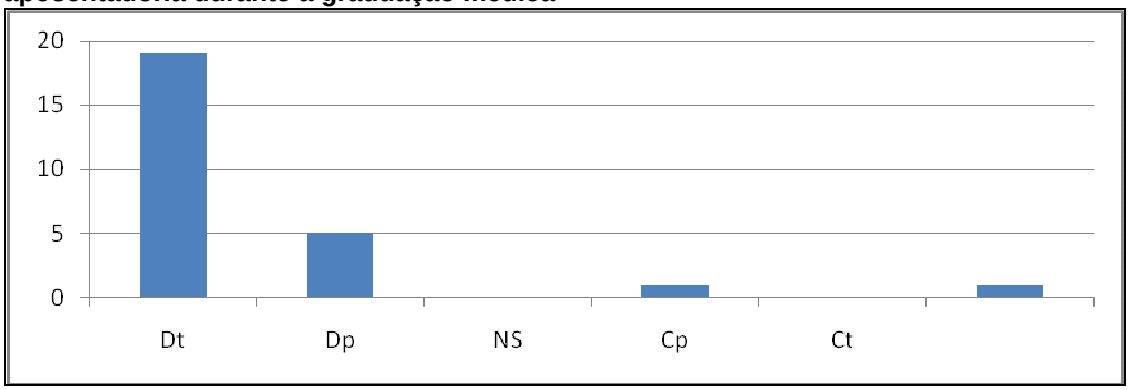
Hoirisch (1992), citado por RAMOS-CERQUEIRA e LIMA (2002), comenta que no processo de formação de um médico (formação de identidade profissional) há elementos de ordem biológica e social. Diante desta assertiva, deve-se questionar de onde vem o médico. Alguns estudos demonstram que o médico tem sua origem na classe média que está permeada de ideais burgueses (obtenção de lucro e minimização do Estado).

Ferreira et al (2000), ao analisarem o perfil dos estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, relataram que 46,8% dos estudantes se inseriam numa família com uma renda entre 10 e 30 “salários”, 27,3%% em famílias com renda entre 30 e 50 “salários” e 13,2% com rendas maiores que 50 “salários”. Isto se torna relevante a partir do momento que pode explicar, parcial ou totalmente, a expectativa de boa remuneração dos recém-egressos.

Quando se trata de vida laborativa, é comum associar-se a reflexão acerca de aspectos previdenciários. A aposentadoria apresenta vários significados para as pessoas. Entre estas representações, podem ser elencadas: descanso merecido após uma vida de trabalhos, plenitude de lazer, doenças, privações financeiras, fim de vida útil entre outras.

Ao serem indagados a respeito do tema, os residentes evidenciaram uma **preocupação com aposentadoria.** Em quase sua totalidade, os recém-egressos se posicionaram a favor de reflexão sobre este assunto no início da carreira (Gráfico 24).

Gráfico 24: Resposta dos residentes à assertiva "É muito precoce se preocupar com a aposentadoria durante a graduação médica"



Dt: discorda totalmente; Dp: discorda parcialmente; NS: não sei; Cp: concorda parcialmente; Ct: concorda totalmente

Este aspecto também foi verificado na segunda fase, principalmente quando o residente começa a contribuir para um plano de previdência privada.

> *[...] eu já tava pensando, desde a faculdade, na questão de aposentadoria, então eu fiz uma previdência privada. [9]*
>
> *Eu faço plano de previdência privada. Por enquanto é menos, mas a tendência é ir aumentando. [1]*
>
> *É até contraditório isso, mas eu já pensei sim. Eu acho que quando a gente está no auge, tem que trabalhar toda vida. Aí, acaba que você pensa, acho que não vou trabalhar, vou ter meu período pra descansar também. Aí, você diz assim, se você pensar na aposentadoria, o que fazer pra isso, nessa questão de você se resguardar, você contribui todo mês pra você ter um salário de aposentadoria maior [...]. [6]*

Ao se explorar esta temática, deparamo-nos com um ponto curioso: o caráter vitalício do trabalho médico. A profissão médica seria perene e seria incompatível com a ideia de aposentadoria.

> *[...] médico, quando pára de trabalhar, pára de ganhar. [...]. Sempre tive essa concepção que trabalho médico era uma coisa meio que "ad eternum". [10]*
>
> *[...] eu tenho uma visão, não sei se é correto também, que médico não tem aposentadoria. Então, tem que trabalhar até muito tarde. [3]*

De forma semelhante à população geral, a ideia de aposentadoria está associada à queda do poder aquisitivo.

> *[...], porque eu não sei qual vai ser o meu padrão de vida. Quando a gente se aposenta, a gente quer manter o padrão de vida. É complicado, porque o salário da aposentadoria é inferior ao integral. [4]*

Uma maneira de minimizar esta perda de poder aquisitivo seria, aos olhos dos recém-egressos, se aposentar como funcionário público.

> *E em relação ao funcionário público, porque em alguns empregos que eu iria querer, por mais que seja um pouco difícil de passar; todo mundo que estuda, passa. E tem uma remuneração bem razoável e tem décimo terceiro, férias e um salário depois que se aposenta bem mais alto que o nosso. [1]*

Eles não levaram em conta o fato que a aposentadoria do servidor público, mesmo estatutário, está limitada ao teto da previdência sob o Regime Geral da Previdência Social. Alguns residentes ainda têm a ideia de que todo o servidor público se aposenta com seu último vencimento.

Aos serem questionados a respeito da expectativa do rendimento obtido pela aposentadoria, os residentes apresentaram maiores dificuldades. Neste quesito, muitos residentes não quiseram se posicionar, em virtude da incerteza que gira em torno do assunto.

Para aqueles que expressaram sua expectativa de rendimento na aposentadoria, no entanto, verificou-se uma maior uniformidade (Quadro 12).

Quadro 12: Expectativa dos residentes em relação à remuneração advinda da aposentadoria (em R$)

Áreas cirúrgicas	Áreas não-cirúrgicas
10 mil	“Depende dos gastos”
10 mil	10 a 15 mil
“Não sei qual vai ser o meu padrão de vida”	3 mil
“[...] o médico quando parar de trabalhar, pára de ganhar.”	7 mil
	10 mil
	“O momento não é agora”

Apesar do posicionamento em relação a alguns temas relacionados à aposentadoria, algumas dúvidas ainda permeiam a cabeça dos residentes.

> *O que é que eu vou ter que fazer? Vou ter que pagar uma previdência privada, eu vou ter que abrir um negócio, o que é que eu vou fazer? [7]*

Num tom pungente, uma residente cogitou a possibilidade de que o médico não pensa em aposentadoria, porque não sabe fazer outra coisa, a não ser “exercer a Medicina”.

> *A outra coisa importante que eu vejo é: desde o curso de Medicina a gente aprende a não fazer outra coisa além de Medicina. Então, eu acho que é outra coisa que entra nesse contexto de trabalhar demais em duas, três, quatro cidades. É o médico que nunca aprendeu a fazer outra coisa além da Medicina, então ele não consegue pensar na possibilidade de se aposentar, ele não consegue parar pra tirar umas férias e a desculpa é o dinheiro. Então a facilidade de pegar plantões e ficar horas e horas e horas e horas seguidas sem dar atenção pra sua vida. Então, o médico consegue passar a vida inteira sem pensar em si. Ele depois, sai fazendo uma bobagem atrás da outra, profissionalmente, porque está com a vida toda, uma vida que nunca foi cuidada, porque sempre foi voltada pro outro, pro trabalho, com a desculpa de que precisa de dinheiro e se você for ver, não é bem isso. Eu acho que tem essa questão da remuneração, mas tem essa também que a gente não aprende a fazer outras coisas, a gente não se prepara pra ter lazer, pra aposentar, pra cuidar dos filhos e ( ). [7]*

A literatura acerca da expectativa de aposentadoria para estudantes de Medicina ou recém-egressos é deficiente. No entanto pode-se refletir sobre o tema quando se pesquisa as vocações para Medicina. Entre os diversos temas que são discutidos está o afã em salvar vidas. Por trás deste empenho está a ideação por parte do médico em evitar a morte. Um médico crê que, por meio de sua profissão, tenha a possibilidade de salvar todas as vidas e, sobretudo, a de impedir sua própria morte (AZEVEDO, 2005).

Kaufman (1988), corroborando com o exposto anteriormente, afirma que

> *O médico complementa o papel do seu doente, representando a saúde, o poder e a vida. Assim, torna-se quase obrigatório para ele o desempenho constante deste papel, cujo objetivo é ser jovem, saudável e, portanto, eternamente vivo, em antítese ao paciente envelhecido, doente, mortal, sem poder... (p. 36).*

Neste patamar “divino” ou de “super-heroi”, um médico nunca pararia de trabalhar, nunca se aposentaria. Obviamente, está se falando de algo que se processa no plano inconsciente da construção da identidade médica.

Apesar do incontestável caráter terreno do profissional médico, um estudo amostral, realizado com 14.405 médicos de um total estimado de 234.554, verificou que apenas 0,9% dos médicos estão inativos no Brasil. Destes apenas 48,4% estavam aposentados, ou seja, apenas 0,82% dos médicos. (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004). Conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira de idosos será aproximadamente igual à de jovens em 2050. Além disso, a relação entre trabalhadores ativos e inativos do país está cada vez mais parecida com a europeia. No início da década de 80, havia 2,9 trabalhadores no mercado para cada aposentado. Em 2009, a taxa era de 1,27 para 1. Em pouco tempo, cada trabalhador ativo vai sustentar um inativo, o que

tornará a carga tributária inviável (OLIVEIRA et al, 2004; LOVATI, 2009). Ao comparar estas duas realidades (aposentadoria da população geral e a aposentadoria dos médicos), parece-nos que a aposentadoria é uma realidade de poucos médicos. Obviamente, temos que ponderar a magnitude desta diferença (10^2), uma vez que as bases de dados das duas referências são diferentes. De qualquer forma é inevitável a pergunta: os médicos retardariam a aposentadoria por livre escolha ou foram obrigados a isto?

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As últimas décadas caracterizaram-se por profundas alterações nas relações de trabalho, levando a grandes reflexos na realidade econômica da categoria médica. Isto nos impulsionou a conhecer a visão dos recém-egressos do curso de Medicina acerca das aproximações com o Mundo do Trabalho durante a graduação.

Este estudo evidenciou que houve uma carência da temática durante a graduação em virtude de um tradicionalismo no ensino médico, de uma inércia (discente e institucional) e de uma supervalorização de áreas tecnicistas. Quando houve contato, ele foi tangencial nos currículos informal e formal. Uma maior profundidade da temática no currículo formal pôde ser encontrada nas disciplinas eletivas.

Os residentes referiram que saem da graduação com dificuldades para interagir com a temática (sensação de estar perdido). Ao reconhecerem esta realidade, eles identificaram a necessidade de se abordar tal temática durante a graduação, não necessariamente na forma de uma disciplina.

Tendo como base suas histórias de vida, que incluem suas vivências acadêmicas, os recém-egressos chegam ao mercado com dificuldades de caracterizar tanto as diversas formas de inserção no mercado, quanto alguns tributos que incidem sobre o exercício profissional. Eles reconheceram a Residência Médica como um momento para superar estas dificuldades, adquirindo informações referentes aos aspectos trabalhistas e econômicos da profissão.

Não somente as deficiências caracterizam este momento da vida de um jovem médico, um conflito entre a visão sacrossanta e a visão mercantilista do exercício da Medicina também apresentou relevância. Eles referiram que o contexto econômico pode entrar em conflito com os ditames da boa prática médica, principalmente aqueles regidos pela “sacralidade” da profissão.

Houve também posições diversas em relação ao caráter liberal da profissão médica, onde não ficou claro se uma profissão liberal, marcada pela autonomia técnica, prescindiria da autonomia administrativa.

O início da carreira médica não é marcado apenas por conflitos éticos. Os residentes recém-egressos reconheceram que a o mercado de trabalho valoriza a prática especializada. Além disto, eles veem forte associação entre boa remuneração e a realização de procedimentos médicos, além da atividade em consultório.

Embora os residentes não tenham conseguido diferenciar plenamente os diversos tipos de vínculos, eles perceberam que a multiplicidade de vínculos trabalhistas faz parte de um grande contingente de médicos.

Os recém-egressos da graduação têm ciência que o início da carreira será marcado por muitos plantões, estando cada vez mais difícil a prática exclusiva como profissional liberal.

A presença de familiares médicos é um facilitador neste momento da carreira; no entanto, em relação à visão acerca do seu futuro profissional, os residentes recém-egressos tiveram dificuldade em estabelecer metas profissionais a médio e a longo prazo, em parte pela inexperiência e em parte pelo ambiente de incertezas dos dias de hoje.

De forma geral, apresentaram uma boa expectativa em relação à prática da profissão, marcada por boa empregabilidade, estabilidade financeira, boa remuneração e boa qualidade de vida. Apesar desta previsão otimista, eles reconheceram que terão que superar muitas dificuldades tais como carga horária elevada de trabalho, alta competitividade no mercado e impotência diante de um contexto socioeconômico ruim. Eles também detectaram que e que o aumento da oferta de vagas nas escolas médicas pode interferir negativamente na qualidade dos formandos.

Por sua vez, a fase da aposentadoria, de certa forma, foi negligenciada pelos residentes, embora tivessem se posicionado a favor de uma reflexão sobre o tema no início da carreira.

Ao final desta pesquisa, algumas interrogações surgiram: A Residência Médica complementa de forma eficiente a formação dos médicos no que tange ao domínio das facetas trabalhistas e econômicas do Mundo do Trabalho? Um conhecimento do Mundo do Trabalho aquém do necessário é uma peculiaridade apenas dos médicos recém-formados?

Acreditamos que alguma forma de aproximação sistematizada do estudante de Medicina com os aspectos econômicos e trabalhistas do Mundo do Trabalho é inevitável para que ocorra um início da carreira mais consciente por parte do médico recém-formado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Arlindo de. A solução para o problema da saúde é mista e solidária. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 117-124, 1999.

AMMFC (Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade). **Proposta de empregos em 2008.** Belo Horizonte, 2008. Disponível em: < http://www.smmfc.org.br/op_gestor.htm >. Acesso em 05 fev. 2010.

ANS (Agência Nacional de Saúde). **Entenda o setor**. Brasília, 2002. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/portal/site/entenda_setor/entenda_setor.asp >. Acesso em: 15 mar. 2010

AUSUBEL, David Paul. The psychology of meaningful verbal learning. 1963. In: MOREIRA, Marco Antônio. Aprendizagem significativa subversiva. ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA, 3., 2000, Peniche (Portugal). **Atas...** Peniche, 2000. p. 33-45. Disponível em: < http:// www.if.ufrgs.br/~moreira/apsigcrit port.pdf >. Acesso em 16 jan. 2010.

AZEVEDO, Aretusa Guedes de et al. Fatores que Orientam a Escolha do Curso Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica,** Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 217-221, 2005.

BACCHELLI, Luciano Aparecido. **Servidor público – conceito e terminologia**. [S.l.], 12 nov. 2008. Disponível em: < http://professorbacchelli.spaceblog.com.br /238202/Servidor-Publico-Conceito/ >. Acesso em: 08 maio 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

BARREYRO, Gladys Beatriz; ROTHEN, José Carlos. Para uma história da avaliação da educação superior brasileira: análise dos documentos do PARU, CNRES, GERES e PAIUB. **Avaliação**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 131-152, 2008.

_____; _____. “SINAES” contraditórios: considerações sobre a elaboração e implantação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 96, p. 955-977, 2006.

BELLONI, Isaura. Avaliação da universidade: por uma proposta de avaliação conseqüente e compromissada política e cientificamente. In: FÁVERO, Maria de Lourdes (Org.). **A universidade em questão**. São Paulo: Cortez-Autores Associados, 1989.

BOGDAN, Robert C., BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Portugal: Porto Editora, 1994.

BORGES, Altamiro. A reforma trabalhista no governo Lula. **Adital**, Fortaleza, 30 jul. 2004. Disponível em: < http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod= 13280 >. Acesso em: 30 dez. 2006.

BRAGA, Ronaldo. O ensino superior brasileiro na década de noventa. 1989. In: BRANDÃO, José Ernani de Aragão. A evolução do ensino superior brasileiro: uma abordagem histórica abreviada. In: MOREIRA, Daniel Augusto (org.). **Didática do ensino superior**. São Paulo: Pioneira, 1997.

BRANDÃO, José Ernani de Aragão. A evolução do ensino superior brasileiro: uma abordagem histórica abreviada. In: MOREIRA, Daniel Augusto (org.). **Didática do ensino superior**. São Paulo: Pioneira, 1997.

BRANDÃO, Junito de Souza. **Dicionário Mítico-Etimológico da Mitologia Grega**. Petrópolis: Vozes, 2000.

BRASIL. CFM (Conselho Federal de Medicina). **Processo-consulta CFM Nº 1.236/97. PC/CFM/Nº 34/97.** Dispõe sobre o pagamento de anuidades por médicos militares. Brasília, 1997. Disponível em: < http://www.portalmedico.org. br/pareceres/cfm/1997/34_1997.htm >. Acesso em: 15 jan. 2010.

_____. CFM (Conselho Federal de Medicina). Resolução n° 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Estabelece o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jan. 1988. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/codigo_etica/codigo_etica .asp?portal >. Acesso em: 30 dez. 2006.

_____. CFM (Conselho Federal de Medicina). Resolução nº 1.845, de 12 de junho de 2008. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.785/06, que celebra 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 União**, Brasília, 16 jul. 2008. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/ cfm/2008/1845_2008.htm >. Acesso em: 05 mar. 2010.

_____. CFM (Conselho Federal de Medicina). Resolução nº 1.928, de 13 de agosto de 2009. Fixa os valores das anuidades e taxas para o exercício de 2010. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2009. Seção I, p. 184. Disponível em: < http://www.cremesp.com.br/index.php?siteAcao=Legislacao&id= 510 >. Acesso em: 15 jan. 2010.

_____. CNE / CES (Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior). Parecer homologado n° 583/2001, de 4 de abril de 2001. Orientação para diretrizes curriculares dos cursos de graduação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 out. 2001. Disponível em:< http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos /pdf/CES0583.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2007.

_____. CNE / CES (Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior). Resolução n° 4, de 7 de novembro de 2001 . Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 38. Disponível em: < http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/ pdf/CES04.pdf >. Acesso em: 15 nov. 2006.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988, texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 64 de 05 de fevereiro de 2010. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ constitui%C3%A7ao.htm >. Acesso em 05 abr. 2010.

_____. Decreto-lei nº 3, de 27 de janeiro de 1966. Disciplina as relações jurídicas do pessoal que integra o sistema de atividades portuárias; altera disposições da Consolidação das Leis do Trabalho e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, [s.d.]. Disponível em: < http://www.planalto. gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del0003.htm >. Acesso em: 15 jan. 2010.

_____. Decreto-lei nº 925, de 10 de outubro de 1969. Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-lei 5.452 de 1 de maio de 1943. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 out. 1969. Disponível em: < http://www.fiscosoft.com.br/g/26b9/decreto-lei-n-925-de-10101969 >. Acesso em: 15 mar. 2010.

_____. Decreto nº 5.870, de 8 de agosto de 2006. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão, das Funções Gratificadas e das Funções Comissionadas do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 ago. 2006. Disponível em:< http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2006/5870. htm >. Acesso em: 30 dez. 2006.

_____. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 set. 1977. Disponível em: <http://portal.mec. gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&Itemid=507>. Acesso em: 01 mar. 2010.

_____. Emenda Constitucional nº 11, de 30 de abril de 1996. Permite a admissão de professores, técnicos e cientistas estrangeiros pelas universidades brasileiras e concede autonomia às instituições de pesquisa científica e tecnológica. **Diário Oficial da União**, Brasília, [s.d.]. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc11.htm >. Acesso em: 15 mar. 2010.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 set. 2000. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constitui cao/emendas/emc/emc29.htm >. Acesso em 10 jun. 2010.

_____. Emenda Constitucional nº 34, de 13 de dezembro de 2001. Dá nova redação à alínea c do inciso XVI do art. 37 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 dez. 2001. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc34.htm >. Acesso em: 05 mar. 2010.

_____. Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal e revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 2003. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ constituicao/Emendas/Emc/emc41.htm >. Acesso em: 05 mar. 2010.

_____. Lei Complementar nº 70, de 30 de dezembro de 1991. Institui contribuição para financiamento da Seguridade Social, eleva a alíquota da contribuição social sobre o lucro das instituições financeiras e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1991. Disponível em: **<** http://www.portaltributario.com.br /legislacao/lc70.htm >. Acesso em: 15 jan. 2010.

_____. Lei n° 5.172, de 25 de outubro de 1966 (tex to compilado). Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 out. 1966. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5172 Compilado.htm >. Acesso em: 16 fev. 2007.

_____. Lei nº 6.386, de 9 de dezembro de 1976. Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho e dá outras previdências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 dez. 1976. Disponível em:< http://www3.dataprev.gov.br/ SISLEX/paginas/42/1976/6386.htm >. Acesso em: 15 jan. 2010.

_____. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Titulo II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 dez. 1977. Disponível: < http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1977/6514.htm >. Acesso em: 15 jan. 2010.

_____. Lei nº 6.681, de 16 de agosto de 1979. Dispõe sobre a inscrição de médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares em Conselhos Regionais de Medicina, Odontologia e Farmácia, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, [s.d.]. Disponível em: < http://www.soleis.adv.br/odontologiaprofiss ao.htm#LEI Nº 6.681/79 >. Acesso em: 15 maio 2010.

_____. Lei nº 7.047, de 1º de dezembro de 1982. Altera os itens II, III e § 3º do artigo 580, da Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, [s.d.]. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L7047. htm#art1 >. Acesso em: 20 jan. 2010.

_____. Lei nº 7.449, de 20 de dezembro de 1985. Altera a redação do parágrafo único o art. 566 da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, assegurando o direito de sindicalização aos empregados da Caixa Econômica Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, [s.d.]. Disponível em: < http://www.jusbrasil.com.br/legislacao /103602/lei-7449-85 >. Acesso em: 20 jan. 2010.

_____. Lei n° 8.212, de 24 de julho de 1991 (Alterada pelas Leis 8.647/93, 9.032/95, 9.528/97, 9.876/99, 10.403/ 2002, 10.887/2004 e 11.718/2008). Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8212 cons.htm >. Acesso em: 18 fev. 2007.

_____. Lei n° 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ ccivil/LEIS/L9394.htm >. Acesso em 09 ago. 2007.

_____. Lei nº 10.666, de 8 de maio de 2003**.** Dispõe sobre a concessão da aposentadoria especial ao cooperado de cooperativa de trabalho ou de produção e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, [s.d.]. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.666.htm >. Acesso em: 15 mar. 2010.

_____. Lei n° 10.861, de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 abr. 2004. Seção 1, p. 3. Disponível em:< http://portal.mec.gov. br/arquivos/pdf/l10861.pdf >. Acesso em: 30 dez. 2006.

_____. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial da União**, Brasília, [s.d.]. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato 2007-2010/2008/Lei/L11770.htm >. Acesso em: 15 jan. 2010.

_____. Ministério da Previdência Social. **Benefícios**. Brasília, 2007. Disponível em: < http://www.previdencia.gov.br/pg_secundarias/beneficios_03 .asp >. Acesso em: 18 fev. 2007

_____. Ministério da Previdência Social. **Previdência Complementar:** Guia do Participante - 2005. Brasília, 2005. Disponível em: < http://www.previdencia.gov.br/ docs/pdf/Guia_do_Participante.pdf >. Acesso em: 18 fev. 2007

_____. Ministério da Previdência Social. **Previdência do Servidor**. Brasília, 2007. Disponível em: < http://www.previdencia.gov.br/pg_secundarias/previdencia_servi dor.asp >. Acesso em: 18 fev. 2007

_____. Ministério da Previdência Social. **Salário-maternidade**. Brasília, 2010 Disponível em:< http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=24 >. Acesso em: 15 jan. 2010.

CAHALAN, D. et al. Career Interests and Expectations of U.S. Medical Students. 1957. In: FREIDSON, Eliot. **Profissão Médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. Tradução: André de Faria Pereira Neto & Kvieta Brezinova de Morais. São Paulo: UNESP / Porto Alegre: Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul, 2009

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Seguro desemprego**. Brasília, 2007. Disponível em: < http://www.caixa.gov.br/cidadao/produtos/Seguro_Desemprego >. Acesso em: 18 fev. 2007

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de; MATTOS, Ruben Araujo. Políticas de Saúde no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **GESTHOS Gestão Hospitalar**: Capacitação à Distância em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimentos de Saúde. – Módulo I: Os Sistemas de Saúde e as Organizações Assistenciais. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 35-72.

CANTERLE, Nilsa Maria Guarda. A reorganização do trabalho no mundo do trabalho. **Degerencia.com**. [S.l.], 18 mayo 2003. Disponível em: < http:// www.degerencia.com/articulo/a_reorganizacao_do_trabalho_no_mundo_do_trabalho >. Acesso em: 15 mar. 2010.

CAPPELLE, Mônica Carvalho ALves; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes; GONÇALVES, Carlos Alberto. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Revista de Administração da UFLA**, Lavras, v. 5, n. 1, p. 69-85, jan./jun., 2003.

CARNEIRO, Antônio Marinonio Aveiro; CARNEIRO, Iara Elfriede Enke. **Estrutura e Funcionamento do Ensino Superior na Área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 1996.

CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coord.). **O Médico e o seu Trabalho**: Aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br >. Acesso em: 30 dez. 2006.

CARSON, Ronald A. The Formation of Medical Imagination. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 31-35, 2000.

CASTRO, Fabrício Heleno de (ed.). **Meu próprio negócio**: guia do INSS. 14. ed. São Paulo: On line, 2006.

CFM (Conselho Federal de Medicina). **Serviço à população – estatística por habitante**. Brasília, 2010. Disponível em: < http://www.portal medico.org.br >. Acesso em: 15 mar. 2010.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

CMI (Centro de Mídia Independente)**. O que está por traz da "flexibilização" das leis trabalhistas**. [S.l.], 28 fev. 2001. Disponível em: < http://www.midiaindependen te.org/en/red/2001/11/11900.shtml >. Acesso em: 15 dez. 2006.

CMI (Centro de Mídia Independente). **Reforma Sindical e Trabalhista**. [S.l.], 20 abr. 2004. Disponível em: < http://www.midiaindependente.org/pt/red/2004/04/278205. shtml >. Acesso em: 15 dez. 2006.

COOPERATIVAS médicas. **Jornal do CREMESP**, São Paulo, n. 56, p. 6-7, jan/fev 2009.

CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo). **Pareceres**. São Paulo, 2010. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/?site Acao=Pareceres &dif=s >. Acesso em: 15 jan. 2010.

CUNHA, Luiz Antônio. Ensino Superior e Universidade do Brasil. In: LOPES, Eliane Marta Teixeira; FARIA FILHO, Luciano Mendes de; VEIGA, Cynthia Greive (org.). **500 anos de educação no Brasil**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

_____. Nova reforma do ensino superior: a lógica reconstruída. 1997. In: BARREYRO, Gladys Beatriz; ROTHEN, José Carlos. Para uma história da avaliação da educação superior brasileira: análise dos documentos do PARU, CNRES, GERES e PAIUB. **Avaliação: revista da avaliação da educação superior**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 131-152, 2008.

DELUIZ, Neise. **Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho**. OPAS. Brasília, 2001. Disponível em: < http://www.opas.org. br/rh/areas_ det.cfm?id_doc=119&id_area=2 >. Acesso em: 25 jun. 2007.

DEMO, Pedro. Educação profissional: desafio da competência humana para trabalhar, 1997. In: DELUIZ, Neise. **Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho**. OPAS, Brasília, 2001. Disponível em: < http:// www. opas.org.br/rh/areas_det.cfm?id_doc=119&id_area=2 >. Acesso em: 25 jun. 2007.

DIAS SOBRINHO, José. A Avaliação ética e política em função da educação como direito público ou como mercadoria? **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 88, p. 703-725, 2004.

DINI, Patrícia Skolaude; BATISTA, Nildo Alves. Graduação e Prática Médica: Expectativas e Concepções de Estudantes de Medicina do 1º ao 6º ano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 198-203, 2004.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

EPSTEIN, Ronald M., HUNDERT, Edward M. Defining and assessing professional competence. **JAMA**, Chicago, v. 287, n. 2, p. 226-236, 2002.

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. **Todas escolas**. [S.l.], 2010. Disponível em: < http://www.escolasmedicas.com.br/ >. Acesso em: 20 fev. 2007.

ESTADO NOVO. **Almanaque Abril**. 23. ed. São Paulo: Abril S.A.,1997. p. 346-347.

FERRARI, Mário Antônio. Modelo sindical brasileiro atual, organização e formas de financiamento. **Federação Nacional dos Médicos**. Rio de Janeiro, [s.d.]. Disponível em: < http://www.fenam.org.br/download/arquivos/_340.DOC >. Acesso em: 15 out. 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fronteira, 1986.

FERREIRA, Roberto Assis et al. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 224-31, 2000.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **A formação de médicos especialistas no Brasil**. OPAS. Brasília, 2000. Disponível em: < http://new. paho.org/bra/index2. php?option=com_docman&task=doc_view&gid=597&Itemid=423 >. Acesso em: 12 mar. 2010.

FRANÇA, Genival Veloso. Direito médico. 6. ed., São Paulo: Atlas, 1994. In: LUZ, Newton Wierthorn da. **Análise da gestão de uma cooperativa de trabalho médico através do processo decisório** : um estudo de caso da Unimed. 1998. 128 f. Dissertação (Mestrado em Ergonomia), Centro Tecnológico (Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise do Conteúdo**. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

FREUND, Ernst. Police Power. Manchester, New Hampshire: Ayer Company Publishers, 1976. In: Tributo. **WIKIPÉDIA**: a enciclopédia livre. Disponível em: < http ://pt.wikipedia.org/wiki/Tributo >. Acesso em: 15 fev. 2007

GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. O papel das humanidades na medicina. **Psiquiatria na Prática Médica**, São Paulo, v. 4, n. 34, 2001/2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

_____. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES FILHO, Francisco. Enfoques avaliativos em revista: concepções de avaliação institucional em questão. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA EM EDUCAÇÃO), 25., 2002, Caxambu. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro, ANPEd, 2002. Disponível em: < www.anped.org.br/reunioes/25/posteres/franciscogoncalves filhop11.rtf >. Acesso em 2 ago. 2007.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Os médicos e a saúde no Brasil**: Enfrentando os dilemas de uma transição múltipla e complexa. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

GREGO, Sônia Duarte; SOUZA, Cláudio Benedito Gomide. A normatização da avaliação institucional das instituições universitárias na instância federal e no governo do estado de São Paulo e a autonomia universitária. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA EM EDUCAÇÃO), 26., 2003, Poços de Caldas. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro, ANPEd, 2003. Disponível em: < http://www. anped.org.br/reunioes/26/trabalhos /soniamariaduartegrego.rtf >. Acesso em 2 ago. 2007.

GUERRA, Carlos Eduardo. Considerações Gerais sobre Servidores Públicos. **Vem Concursos**. Brasília, 2002. Disponível em < http://www.vemconcursos. com/opiniao /index.phtml?page_ordem=alfa&page_autor=27&page_id=505 >. Acesso em 10 jun. 2010

GUIA DA LEGISLAÇÃO TRABALHISTA. **Contribuição Sindical dos Empregados**. Curitiba, 2007. Disponível em: < http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/contr_sin dical_empregados.htm >. Acesso em: 29 dez. 2007.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-209, 2006.

HOIRISCH, Adolfo. Identidade médica, 1992. In: RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 11, p.107-116, 2002.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IATROS. **A remuneração do médico**. Recife, 2001. Disponível em: < http://www. vademecum. com.br/iatros/renda.htm >. Acesso em: 22 abr. 2009.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia d Estatística). **População Estimada**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: < http://www.ibge. gov.br >. Acesso em: 29 nov. 2006.

INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira). **Síntese do Provão 2002 - Capítulo 1 – Exame Nacional de Cursos**. Brasília, 2002. Disponível em: < http://www.inep.gov.br/superior/provao/ sintese/2002/capitulo1.htm >. Acesso em: 9 ago. 2007.

INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira). **SINAES**. Brasília, 2010. Disponível em: < http://www.inep.gov.br/superior/ SINAES/ >. Acesso em: 5 maio 2010.

ITAÚ. **Vida e Previdência Individual - Glossário**. São Paulo, 2010. Disponível em: < http://ww28.itau.com.br/itauvidaeprevidencia/individual/net/faq_glossario/frmGlo ssario_itau.aspx >. Acesso em: 15 jan. 2010.

JAPIASSU, Hilton. Interdisciplinaridade e patologia do saber. 1976. In: TRINDADE, I. L.; CHAVES, S. N. A interdisciplinaridade no “novo ensino médio”: entre o discurso oficial e a prática dos professores de ciências. **Atas do V EPEC**, Bauru, 2005.

JORGE FILHO, Isac. Pela qualidade do ensino médico. **Jornal do Cremesp**, São Paulo, n. 235, mar. 2007.

KASEKER. Camila. Cirurgião geral qualificado: mais do que necessário. **Revista da APM,** São Paulo, n. 609, p. 35, mar. 2010.

KAUFMAN, Arthur. **Reflexões sobre educação médica**: uma abordagem socionômica. 1988. Tese (Doutorado em Psiquiatria), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

LAMPERT, Jadete Barbosa (Coord.). Avaliação das Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras. **Associação Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: < http://www.abem-educmed.org.br/caem/index.htm >. Acesso em: 29 nov. 2006.

_____ et al. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica,** Rio de Janeiro, v. 33, n.1, p. 5-18, 2009. Suplemento 1.

LARSON, M. S. The rise of professionalism: a sociological analysis. 1977. In: MACHADO, Maria Helena Machado (coord.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

LEITE, Denise; TUTIKIAN, Jane; HOLZ, Norberto. (org.) Avaliação & Compromisso: Construção e prática da avaliação institucional em uma universidade pública. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2000. In: GREGO, Sônia Duarte; SOUZA, Cláudio Benedito Gomide. Reunião Anual da ANPEd (Associação Nacional de Pós-Graduação em Pesquisa em Educação), 26., 2003, Poços de Caldas. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro, ANPEd, 2003. Disponível em: < http://www.anped.org.br/reunioes/26/trabalhos/soniamariaduartegrego.rtf >. Acesso em 2 ago. 2007.

LOBO, Paulo Luiz Netto. Responsabilidade Civil dos Profissionais Liberais e o ônus da prova. **Revista de Direito do Consumidor,** São Paulo, n. 26, p. 159-165, 1998.

LOVATI, Franciane. **Trabalhar mais depois de velho?** Instituto Ciência Hoje. Rio de janeiro, 2009. Disponível em: < http://cienciahoje.uol.com.br/noticias/ economia /trabalhar-mais-depois-de-velho/ >. Acesso em: 15 mar. 2010.

LUZ, Newton Wierthorn da. **Análise da gestão de uma cooperativa de trabalho médico através do processo decisório** : um estudo de caso da Unimed. 1998. 128 f. Dissertação (Mestrado em Ergonomia), Centro Tecnológico (Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MAIA, José Antônio. O Currículo no Ensino Superior em Saúde. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena (org.). **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo: Senac, 2004.

MATOS, Kelma Socorro Lopes, VIEIRA, Sofia Lerche. **Pesquisa educacional**: o prazer de conhecer. Fortaleza: Demócrito Rocha, UECE, 2001.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing**. 3. ed., São Paulo: Atlas, 1996, v. 1, p. 282.

MATTIUSSI, Luciana. Cobrança de INSS sobre autônomo será reduzida. **Jornal da Tarde**, São Paulo, 9 nov. 2006. Disponível em: < http://www.jt.com.br/editorias/2006 /11/09/eco-1.94.2.20061109.5.1.xml >. Acesso em: 18 fev. 2006.

MÉDICOS atraídos para o interior por altos salários. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 1 jun. 2008. Disponível em: < http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?Codi go=542662 >. Acesso em 04 fev. 2010.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 26. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

MELLO, Celso Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 14. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

MERHY, Emerson Elias; ACIOLE, Giovanni Gurgel. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em Medicina. **Pro-Posições**, Campinas, v. 14, n. 1(40) jan/abr, p. 11, 2003.

MESQUITA, Maria Alice Nassif. O ensino médio na interface com o trabalho: contradições da atual política educacional brasileira. In: BARBOSA, Joaquim Gonçalves; ALVES, Maria Leila; DURAN, Marília Claret Geraes (org.). **Políticas e Educação**: múltiplas leituras. São Bernardo do Campo: UMESP, 2002.

MILLAN, Luiz Roberto; BARBEDO, Marina Fátima. Assistência psicológica ao aluno de Medicina: o início de uma experiência. 1988. In: MILLAN, Luiz Roberto et al. **O universo psicológico do futuro médico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 75-82.

MILLAN, Luiz Roberto et al. **O universo psicológico do futuro médico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 75-82.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MIRANDA, Aloísio Tibiriçá. Ao povo, o direito à saúde; aos médicos, a dignidade profissional. **Medicina Conselho Federal**, Brasília, n. 141, fev.-mar. 2003.

MUZZOLON, Paulo. Saiba quando pedir aposentadoria proporcional. **São Paulo Agora**, São Paulo, 14 jun. 2009. Disponível em: < http:// www.agora.uol.com.br/grana/ult10105u580660.shtml >. Acesso em: 15 mar. 2010.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro. **Iniciação ao Direito do Trabalho**. 23. ed. São Paulo: LTr, 1997.

NOFFS, Neide de Aquino (entrevistada). Psicopedagogia: superando a fragmentação do conhecimento e da ação. São Paulo: [s.d.]. **Psicopedagogia: Educação & Saúde OnLine**. Disponível em: < http://www.psicopedagogia. com .br/entrevistas/entrevista.asp?entrID=9 >. Acesso em 16 fev. 2010.

NUNES, Everardo Duarte. As Ciências Humanas e a Saúde: Algumas Considerações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 65-71, 2003.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). **Relatório de Desenvolvimento Humano 2009**. Paris, 2009. Disponível em: < hdr. undp.org/en/media/HDR_2009_PT_Complete_rev.pdf >. Acesso em: 15 mar. 2010.

OFFE, Claus. Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. 1991. In: DELUIZ, Neise. **Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho**. OPAS, 2001. Disponível em: < http://www.opas.org.br/rh/areas_det.cfm?id_doc=119&id_area=2 >. Acesso em: 25 jun. 2007.

OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de et al. O idoso e a previdência social. In: CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004, 594 p. Disponível em: < www.ipea.gov.br/sites/000 /2/.../idososalem60/Arq_20_Cap_12.pdf >. Acesso em: 25 abr. 2010.

OSMAN, Ricardo. Sintoma grave. **Isto é on line**, São Paulo, n. 156, 18 ago. 2000. Disponível em: < http://www.terra.com.br/istoedinheiro/156/negocios/ unimed.htm >. Acesso em: 15 nov. 2006.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PELIZZARI, Adriana et al. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. **Revista Psicologia, Educação e Cultura**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 37-42, jul. 2001-jul. 2002

PEREIRA FILHO, Antônio. Autonomia do Médico nas Instituições. **Revista Bioética**, Brasília, v. 6, n. 1, 1998. Disponível em: < http://www.revistabioetica.cfm.org.br/ index.php/revista_bioetica/issue/view/23 >. Acesso em: 22 jan. 2010.

_____. Os custos do exercício profissional. **Jornal do Cremesp**, São Paulo, n. 211, mar. 2005.

PEREIRA FILHO, Armênio Soares. Confesp se adéqua para competir no mercado. **Revista da APM**, São Paulo, n. 540, 2003. Entrevista concedida a Luciana Oncken com a colaboração de Aline Moura e Bete Gásperi.

PEREIRA, José Carlos de Medeiros. **Medicina, saúde e sociedade**. Ribeirão Preto: Complexo Gráfico Villimpress, 2003.

PERES, Cristiane Martins. **Atividades extracurriculares**: representações e vivências durante a formação médica. 2006. 235 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

PESSOA. In: **WIKIPÉDIA**: a enciclopédia livre. Disponível em: < http://pt. wikipedia.org/wiki/Pessoa_%28direito%29 >. Acesso em: 15 fev. 2006.

PESSOA, José Hugo de Lins. O exercício da medicina nos dias atuais e as entidades médicas. **Medicina Conselho Federal**, Brasília, n°153, fev. 2005.

PIS/PASEP (Contribuição). In: **WIKIPÉDIA**: a enciclopédia livre. Disponível em: < http://pt.wikipedia.org/wiki/PIS/PASEP_%28contribui%C3%A7%C3%A3o %29 >. Acesso em: 15 fev. 2006.

PORTAL DO COOPERATIVISMO MINEIRO. **Cooperativismo – Princípios Cooperativos**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: < http://www.ocemg.org.br/ webcoop/Default.aspx?tabid=75 >. Acesso em: 18 fev. 2010.

_____. **Imposto de Renda – Pessoa Jurídica**. Curitiba, 2007. Disponível em: < http://www.portaltributario.com.br/tributos/irpj.html >. Acesso em: 15 fev. 2007.

_____. **Lucro real, presumido ou simples?** Curitiba, 2007. Disponível em: < http://www.portaltributario.com.br/noticias/lucroreal_presumido.htm >. Acesso em: 15 fev. 2007.

PORTAL TRIBUTÁRIO. **Os Tributos**. Curitiba, 2007. Disponível em: < http://www. portal tributario.com.br >. Acesso em: 15 fev. 2007.

_____. **Relação dos Tributos no Brasil**. Curitiba, 2009. Disponível em: < http://www.portal tributario.com.br/tributos.htm >. Acesso em: 15 ago. 2009.

PORTAL UNIMEDS 2004. **Boletim**. [S.l.], 2007. Disponível em: < http://www. unimeds.com.br/boletim_lins.htm >. Acesso em: 16 fev. 2007.

PRUX, Oscar Ivan. Responsabilidade Civil do Profissional Liberal no Código de Defesa do Consumidor. Belo Horizonte: Del Rey, 1998. p. 38. In: PASQUINI, Luís Fernando Barbosa. O profissional liberal e sua responsabilidade civil na prestação de serviços. **Jus Navigandi**. Teresina, ano 10, n. 1095, 1 jul 2006. Disponível em: < http://jus2.uol.com.br/doutrina /texto.asp?id=8574 >. Acesso em: 30 dez. 2006.

RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 107-116, 2002.

REGO, Sérgio. Currículo paralelo em Medicina, experiência clínica e PBL: uma luz no fim do túnel? **Interface**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 35-48, 1998.

RIBEIRO, Ceres Maria Pinheiro. Estudo da Mudança curricular no ensino médico da Universidade Federal de Minas Gerais, 1983. In. FERREIRA, Roberto Assis et al. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 224-31, 2000.

SÁ JÚNIOR, Luiz Salvador de Miranda. Medicina e Negócios. **Medicina Conselho Federal**, Brasília, n. 121, jul.-ago. 2000.

SANTANA, José Paranaguá de; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. **Educação, Trabalho e Formação Profissional em Saúde**. OPAS. Brasília, 2001. Disponível em: < http://www.opas.org.br/rh/areas_det.cfm?id_doc=123&id_area=2 >. Acesso em: 25 jun. 2007.

_____; _____. **Introdução à reforma educacional brasileira**. OPAS, Brasília, 2001. Disponível em: < http://www.opas.org.br/rh/areas_det.cfm?id_doc=120&id_area=2 >. Acesso em: 25 jun. 2007.

SÃO PAULO (Estado). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução n° 142, de 23 de maio de 2006. Institui e regulamenta o Estado de Disponibilidade em Instituições de Saúde no âmbito do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado,** São Paulo, SP, 9 jun. 2006. Seção 1, p. 100. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br >. Acesso em: 12 de outubro de 2006.

_____. Decreto-Lei 42.830, de 22 de janeiro de 1998. Fixa número de Plantões e de Plantões à Distância para as unidades de saúde que especifica e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado,** São Paulo, SP, [s.d.]. Disponível em: < http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/170205/ decreto-42830-98-sao-paulo-sp >. Acesso em: 6 jun. 2008.

_____. Lei Complementar nº 839, de 31 de dezembro de 1997. Dispõe sobre a execução de atividades médicas e odontológicas sob a forma de plantão, e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado,** São Paulo, SP, [s.d.]. Disponível em: < http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/170271/lei-complemen tar-839-97-sao-paulo-sp >. Acesso em: 6 jun. 2008.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Educação Médica e Capitalismo**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1989.

SEBRAE-SP (Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas - São Paulo). **Perguntas Frequentes - Contabilidade - Planejamento Tributário e Fiscal - Quais os impostos e como fazer a contabilidade de um profissional autônomo?** [S.l.], 2006. Disponível em: < http://www.sebraesp.com.br >. Acesso em: 18 out. 2006.

SILVA, Tomaz Tadeu da. Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo. 1999. In: TAVARES, Carlos Henrique Falcão et al. O currículo paralelo dos estudantes da terceira série do curso médico da Universidade Federal de Alagoas. **Revista Brasileira de Educação Médica,** Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 245-253, 2007

SIQUEIRA, Benedictus Philadelpho de. A ética do estudante de Medicina. **Portal Médico**. Brasília, [s.d.]. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/des_etic/9.htm >. Acesso em 22 fev. 2010.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. In: **WIKIPÉDIA**: a enciclopédia livre. Disponível em: < http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde >. Acesso em: 10 jun. 2010.

SOUZA, Mariane Lima de, GOMES, William B. Evidência e interpretação em pesquisa: as relações entre qualidades e quantidades. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 83-92, 2003.

STELLA, Regina Ceres da Rosa. Avaliação de Curso Médico: Avaliação Externa (CINAEM, PROVÃO, ENADE, CREMESP). In: **CONGRESSO PAULISTA DE EDUCAÇÃO MÉDICA,** 6., 2008, Ribeirão Preto. Anais... Ribeirão Preto: Associação Brasileira de Educação Médica, 2008. Disponível em: < http://www.6cpem.com.br/arquivos_dowload/tenda17-05/avaliacao/ >. Acesso em 15 mar. 2010.

TAVARES, Carlos Henrique Falcão et al. O currículo paralelo dos estudantes da terceira série do curso médico da Universidade Federal de Alagoas. **Revista Brasileira de Educação Médica,** Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 245-253, 2007

TRIBUTO. In: **WIKIPÉDIA**: a enciclopédia livre. Disponível em: < http://pt.wikipedia.org/wiki/Tributo >. Acesso em: 15 fev. 2006.

TRINDADE, Leda Maria Delmondes Freitas; VIEIRA, Maria Jesia. Curso de Medicina: motivações e expectativas de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 542-554, 2009.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UNIMED – ARARAS. **História da UNIMED**. Araras, 2006. Disponível em: < http ://www.unimedararas.com.br/p_empresa.php >. Acesso em: 30 dez. 2006.

UNIMED – JOÃO PESSOA. **Institucional – O que é cooperativismo**. João Pessoa, 2006. Disponível em: < http://www.unimedjp.com.br/institucional/oqueecooperativismo.php >. Acesso em: 30 dez. 2006.

UNIVERSIA. **Residência Médica no Brasil**: Saiba como funciona a especialização e quais as deficiências do setor. [S.l.], 4 jan. 2008. Disponível em: < http://www.universia.com.br/posuniversitario/materia.jsp?materia=15723 >. Acesso em 15 mar. 2010.

VASCONCELOS, Fernando Antônio de. Responsabilidade do Profissional Liberal nas Relações de Consumo. Curitiba: Juruá, 2003. In: PASQUINI, Luís Fernando Barbosa. O profissional liberal e sua responsabilidade civil na prestação de serviços. 2005. **Jus Navigandi**. Teresina, ano 10, n. 1095, 1 jul 2006. Disponível em: < http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8574 >. Acesso em: 30 dez. 2006.

VILLEPIN enfrenta teste crucial após protestos estudantis. **Estadão.com.br**, São Paulo, 14 mar. 2006. Disponível em: < http://www.estadao.com.br/arquivo/mundo/2006/not20060314p43817.htm >. Acesso em: 30 dez. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A
DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Ilmo. Dr. Israel Ferreira da Silva (Presidente da Comissão de Residência Médica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo).

Sou médico do setor de terapia intensiva do HSPE e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa cujo tema é **"O MUNDO DO TRABALHO NA GRADUAÇÃO MÉDICA: A VISÃO DOS RECÉM-EGRESSOS".**

O trabalho tem como objetivo geral investigar, na óptica de médicos recém-egressos, a formação médica no que tange ao processo ensino-aprendizagem dos aspectos relacionados ao Mundo do Trabalho. Para conseguir este intento, o trabalho se propõe a:

- Avaliar o conhecimento destes recém-egressos no tocante ao Mundo do Trabalho;
- Verificar a visão dos recém-graduados a respeito das aproximações feitas durante o curso de Medicina, no que tange Mundo do Trabalho;
- Conhecer as expectativas dos recém-egressos acerca do Mundo do Trabalho.

A fonte de dados do trabalho será um questionário e uma entrevista respondidos, em fevereiro de 2008, pelos médicos residentes e recém-egressos.

Os residentes serão convidados pelo próprio pesquisador a participar do estudo. Há a expectativa de que a grande maioria dos residentes responda o questionário. Em relação à entrevista, o convite será feito a alguns residentes selecionados de forma intencional. O número de residentes selecionados para entrevista não pode ser determinado previamente, pois dependerá da reincidência de respostas.

O questionário e a entrevista abordarão questões relacionadas ao mundo do trabalho tais como: formas de inserção no mercado de trabalho (tipos de vínculos trabalhistas), Consolidação das Leis Trabalhistas, funcionalismo público, seguridade pública e privada, cooperativismo médico, diretrizes curriculares nacionais, formação médica, Código de Ética Médica, tributação, caráter liberal da profissão médica e planejamento de carreira.

Para realizar tal pesquisa, solicito a colaboração de V. S[a]. no sentido de autorizar o levantamento dos dados com os futuros residentes médicos desta instituição, para que possa encaminhar o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada a esta solicitação e estou à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Douglas Henrique de Macedo

E-mail: dhmacedo@uol.com.br Fone:9628-7143

Concordo com a realização da pesquisa.

_____ Data ____/ _____/ _____

Israel Ferreira da Silva

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – 1ª página (para o questionário)

Prezado colega, eu, Douglas Henrique de Macedo, médico do setor de terapia intensiva do Hospital do Servidor Público Estadual, estou realizando uma pesquisa cujo **tema** é "**O MUNDO DO TRABALHO NA GRADUAÇÃO MÉDICA: A VISÃO DOS RECÉM-EGRESSOS"**, e estou te convidando para participar deste estudo. Os esclarecimentos serão feitos por mim mesmo.

Este estudo será realizado com médicos recém-egressos da graduação médica e que entraram no Programa de Residência Médica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 2008 e tem como **objetivo** investigar, na óptica de médicos recém-egressos, a formação médica no que tange ao processo ensino-aprendizagem dos aspectos relacionados ao Mundo do Trabalho.

Solicito a sua colaboração no sentido de responder o **questionário.** O questionário abordará aspectos relacionados ao Mundo do Trabalho tais como: formas de inserção no mercado de trabalho (tipos de vínculos trabalhistas), Consolidação das Leis Trabalhistas, funcionalismo público, seguridade pública e privada, cooperativismo médico, diretrizes curriculares nacionais, formação médica, Código de Ética Médica, tributação, caráter liberal da profissão médica e planejamento de carreira. O tempo máximo para responder o questionário está **estimado** em torno **20 minutos**. Se você precisar de mais tempo, não há restrições. Não há necessidade de colocar seu nome na folha do questionário, sendo garantido o **anonimato**. O participante não poderá levar o questionário. Caso deseje uma cópia do questionário, o mesmo poderá ser dado ao participante, após o período de coleta de dados, ou seja, a partir de março de 2008. Caso deseje discutir o teor do questionário, o pesquisador poderá fazê-lo após o período de coleta de dados.

Você terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa (Dr. Douglas Henrique de Macedo) para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador responsável pode ser encontrado à Rua Pedro de Toledo, 1800 – 6º andar, secretaria da Terapia Intensiva, telefone 5088-8146 ou pelo celular 9628-7143. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, telefone 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail:cepunifesp@epm.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – 2ª página
(para o questionário)

É importante frisar que não há nenhuma despesa pessoal para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira para sua participação.

Sua participação é **voluntária** e em qualquer momento do estudo você poderá desistir de participar da pesquisa. **Caso não queira participar da pesquisa não sofrerá qualquer tipo de prejuízo.** Reforço também a idéia que **sua participação** não implicará prejuízo de qualquer natureza para sua pessoa.

Agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo ***"O MUNDO DO TRABALHO NA GRADUAÇÃO MÉDICA": A VISÃO DOS RECÉM-EGRESSOS.***

Eu discuti com o Dr. Douglas Henrique de Macedo sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Atesto também que estou levando comigo uma cópia deste termo de consentimento.

_____ Data: _____/_____ /_____

Assinatura do participante

_____ Data: ____ / _____ /_____

Assinatura do pesquisador

Contatos: dhmacedo@uol.com.br, telefone: 5088-8146, 9628-7143

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – 1ª página

(para entrevista)

Prezado colega, eu, Douglas Henrique de Macedo, médico do setor de terapia intensiva do Hospital do Servidor Público Estadual, estou realizando uma pesquisa cujo **tema** é "**O MUNDO DO TRABALHO NA GRADUAÇÃO MÉDICA: A VISÃO DOS RECÉM-EGRESSOS"**, e estou te convidando para participar deste estudo. Os esclarecimentos serão feitos por mim mesmo.

Este estudo será realizado com médicos recém-egressos da graduação médica e que entraram no Programa de Residência Médica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 2008 e tem como **objetivo** investigar, na óptica de médicos recém-egressos, a formação médica no que tange ao processo ensino-aprendizagem dos aspectos relacionados ao Mundo do Trabalho.

Solicitamos a sua colaboração no sentido de participar de uma **entrevista.** A entrevista abordará aspectos relacionados ao Mundo do Trabalho tais como: formas de inserção no mercado de trabalho (tipos de vínculos trabalhistas), Consolidação das Leis Trabalhistas, funcionalismo público, seguridade pública e privada, cooperativismo médico, diretrizes curriculares nacionais, formação médica, Código de Ética Médica, tributação, caráter liberal da profissão médica e planejamento de carreira. O tempo da entrevista está **estimado** em torno **60 minutos**. A entrevista será gravada com sua permissão, sendo garantido o **anonimato**. Caso aceite em participar da entrevista, mas não aceite que a mesma seja gravada, o pesquisador (eu) procurará anotar o máximo possível de dados.

Sua participação é **voluntária** e em qualquer momento do estudo você poderá desistir de participar da entrevista. **Caso não queira participar da entrevista não sofrerá qualquer tipo de prejuízo.** Reforço também a idéia que sua participação não implicará prejuízo de qualquer natureza para sua pessoa.

Você terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa (Dr. Douglas Henrique de Macedo) para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador responsável pode ser encontrado à Rua Pedro de Toledo, 1800 – 6º andar, secretaria da Terapia Intensiva, telefone 5088-8146 ou pelo celular 9628-7143. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, telefone 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail:cepunifesp@epm.br

É importante frisar que não há nenhuma despesa pessoal para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira para sua participação.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – 2ª página
(para entrevista)

Sua participação é **voluntária** e em qualquer momento do estudo você poderá desistir de participar da pesquisa. **Caso não queira participar da pesquisa não sofrerá qualquer tipo de prejuízo.** Reforço também a idéia que **sua participação** não implicará prejuízo de qualquer natureza para sua pessoa.

Agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo ***"O MUNDO DO TRABALHO NA GRADUAÇÃO MÉDICA": A VISÃO DOS RECÉM-EGRESSOS.***

Eu discuti com o Dr. Douglas Henrique de Macedo sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Atesto também que estou levando comigo uma cópia deste termo de consentimento.

_____ Data: _____/_____ /_____

Assinatura do participante

[ ] Concordo em participar da entrevista, mas não concordo que a mesma seja gravada.

_____ Data: ____ / _____ /_____

Assinatura do pesquisador

Contatos: dhmacedo@uol.com.br, telefone: 5088-8146, 9628-7143

APÊNDICE D

QUESTIONÁRIO – 1ª PARTE

Data _____

Idade____ anos

Estado Civil ( ) solteiro ( ) casado ( ) união consensual ( ) divorciado

Sexo ( ) masculino ( ) feminino

Ano de formatura _____

Área de Residência Médica _____

Em que instituição de ensino você concluiu sua graduação em Medicina?

_____
_____

Caso você tenha freqüentado mais que uma instituição de ensino superior ou outro curso superior, discrimine conforme os exemplos abaixo.

Instituição	Curso

Você teve noções sobre aspectos trabalhistas e econômicos do exercício profissional do médico, durante o curso de graduação médica? Como exemplos dos aspectos tem-se: **direitos trabalhistas, tributos, seguridade social, seguridade privada, cooperativismo médico e planejamento da carreira médica.**
( ) Sim
( ) Não

Assinale o item que você considera como **o principal responsável** pelos seus conhecimentos nas áreas citadas logo acima:
( ) Família
( ) Graduação de Medicina (alguma matéria ou informalmente com colegas e professores)
( ) Outro curso. Qual _____
( ) Mídia (jornal, revista, Internet etc.)
( ) Outros. Qual? _____

Questionário – 2ª Parte

Marque com um ☒ conforme as opções de resposta a seguir:

	QUESTÃO	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não sei	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	A graduação em Medicina **fornece** aos futuros médicos elementos para lidar com aspectos econômicos e trabalhistas do exercício profissional médico.	☐	☐	☐	☐	☐
2	As escolas médicas **devem abordar** questões relativas aos aspectos trabalhistas e econômicos da profissão médica.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Aderir ao sistema de cooperativa médica **é uma solução** para escapar das "amarras" dos convênios médicos.	☐	☐	☐	☐	☐
4	**É essencial** para os estudantes de Medicina ter acesso às Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina.	☐	☐	☐	☐	☐
5	O exercício da Medicina **não deve** ser encarado como um negócio.	☐	☐	☐	☐	☐
6	**É muito precoce** se preocupar com a aposentadoria durante a graduação médica.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Exercer a profissão médica como profissional liberal **é melhor** do que como empregado.	☐	☐	☐	☐	☐
8	O planejamento da carreira médica **deve ser uma preocupação** para o estudante de medicina.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Um médico vinculado ao serviço privado **tem maiores chances de sucesso financeiro** do que aquele vinculado ao serviço público.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Receber remuneração como pessoa jurídica **é mais rentável** do que receber como pessoa física.	☐	☐	☐	☐	☐
11	**Há a necessidade** de uma disciplina durante a graduação médica que aborde aspectos trabalhistas e econômicos da profissão médica.	☐	☐	☐	☐	☐

Marque com um ☒ conforme as opções de resposta a seguir:

	QUESTÃO	Certo	Errado	Não Sei
12	Todo **trabalho noturno** de um médico celetista terá remuneração superior ao diurno.	☐	☐	☐
13	O **Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)** corresponde a 4% do salário de contribuição.	☐	☐	☐
14	Todas as situações a seguir garantem a **estabilidade no emprego** do médico celetista: prestação de serviço militar, eleição como representante sindical ou representante na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, vítima de acidente de trabalho, gestação (na caso das médicas).	☐	☐	☐
15	Se um médico, ao se aposentar, recebia R$ 5.000,00 (resultante de dois vínculos empregatícios celetistas), sua **aposentadoria pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)** será de um valor próximo a R$ 5.000,00. Vale a pena ressaltar que o médico em questão não fazia contribuição como autônomo.	☐	☐	☐
16	Um médico que faz parte de uma **cooperativa médica** se equipara a um médico autônomo em relação ao direito a férias remuneradas, 13º salário e FGTS.	☐	☐	☐
17	Um médico funcionário público federal **estatutário (ou efetivo)** tem direito a férias, 13º salário e FGTS.	☐	☐	☐
18	Um médico tem direito a três **cargos públicos** remunerados, segundo a Constituição Federal.	☐	☐	☐
19	Um médico, antes de se aposentar, tinha 1 (um) vínculo privado celetista, 1 (um) vínculo público celetista e 1 (um) vínculo público estatutário e contribui com 2 (dois) planos de previdência privada. Ao se **aposentar**, ele receberá 4 (quatro) aposentadorias.	☐	☐	☐
20	O **Imposto Sobre Serviço** (ISS) é pago por médicos autônomos e por médicos que têm apenas vínculos empregatícios.	☐	☐	☐
21	Se um médico deixar de ser autônomo e passar a ser celetista, automaticamente será cancelada sua inscrição na prefeitura, e ele não precisará mais pagar o **Imposto Sobre Serviço**.	☐	☐	☐
22	Há legislação para remuneração do **plantão à distância** do médico. No entanto, a remuneração depende da negociação entre médico e empregador.	☐	☐	☐
23	Um médico celetista recebe R$ 4.000,00 de salário. Outro médico recebe R$ 6.000,00. Porém, ambos, no holerite, tem descontado o mesmo valor referente à **contribuição previdenciária**.	☐	☐	☐
24	Um médico celetista, um médico autônomo e um médico prestador de serviço como pessoa jurídica apresentam uma remuneração bruta de R$ 10.000,00. Portanto, todos pagam o mesmo valor de **imposto de renda,** uma vez que a renda bruta é igual.	☐	☐	☐
25	Apenas os **médicos sindicalizados** são obrigados a pagar anualmente o imposto sindical ao **Sindicato dos Médicos.**	☐	☐	☐

APÊNDICE E

Roteiro de entrevista

□	Apresentação do entrevistador
□	Convite
□	Descartar critérios de exclusão (nunca trabalhou como empregado, empregador ou prestador de serviço)
□	Confirmar que é a primeira residência médica
	Ressaltar pontos do TCLE
□	Título do trabalho: O mundo do trabalho na graduação médica: a visão dos recém-egressos
□	Objetivos do trabalho: investigar na óptica dos recém-egressos a formação médica no que tange ao processo ensino-aprendizagem dos aspectos relacionados ao mundo do trabalho
□	Tempo de entrevista: estimado em 45 minutos (pode ser um pouco mais)
□	Gravação da entrevista
□	Garantia de anonimato
□	Entrevistado vai ficar com uma cópia do termo de consentimento
□	Tempo para o entrevistado ler o TCLE
□	Assinatura do TCLE (do entrevistado e do entrevistador)
□	Definição prévia de Mundo do Trabalho Espaço da prática profissional onde esta se relaciona com aspectos econômicos e trabalhistas. O mundo do trabalho envolve aspectos relacionados com Direito Trabalhista, tributação (impostos, taxas e contribuições), previdência, relações com fontes pagadoras, profissionalismo liberal e remuneração.
□	Esclarecimento a respeito da primeira fase do trabalho Apliquei um questionário aos residentes na cerimônia de posse em 2008, aqui no Hospital do Servidor. Apesar de vários residentes terem respondido o questionário, foram selecionados apenas 28, pois eram recém-egressos do curso de Medicina e nunca tinham trabalhado antes. A residência médica seria seu primeiro emprego.
□	Durante a entrevista, eu não vou opinar sobre as questões que eu fizer.
	Ajuste das mídias (gravador MP3 e gravador com fita K7)
□	Proximidade
□	Posição
□	Ligar cronômetro
□	Ligar mídia

□	**Data**
□	**Hora de início da gravação**

Vou iniciar a entrevista pela caracterização do entrevistado

□	Idade?
□	Estado civil?
□	Escola médica onde você se graduou?
□	Você já freqüentou algum outro curso de nível superior, além da Medicina?
□	**Se positivo**, qual? _____
□	Mês e ano de sua formatura?
□	Sua área de especialização (residência em quê)?

Núcleo: Preparação do futuro médico para o mundo do trabalho durante a graduação
Antes da próxima questão, eu vou mostrar as respostas tabuladas de duas questões que os residentes deram na primeira fase do trabalho (vou descrever as tabelas).

A graduação em Medicina **fornece** aos futuros médicos elementos para lidar com aspectos econômicos e trabalhistas do exercício profissional médico.		
Discordaram	NS	Concordaram
26	1	1

As escolas médicas **devem abordar** questões relativas aos aspectos trabalhistas e econômicos da profissão médica.		
Discordaram	NS	Concordaram
0	0	28

Questões

□	Olhando estas tabelas, comente a sua graduação e o preparo que ela te deu para o mundo do trabalho ou, em outras palavras, como estes assuntos (questões econômicas e trabalhistas da profissão médica) foram trabalhados (abordados) durante a graduação?
□	O que você pensa disso?
□	Por que isto aconteceu? Você tem alguma idéia?

Núcleo: Acesso/conhecimento do estudante de Medicina às DCN
Antes da próxima questão, eu novamente vou mostrar as respostas tabuladas de uma questão que os residentes deram na primeira fase do trabalho (vou descrever a tabela).

É essencial para os estudantes de Medicina ter acesso às Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina.		
Discordaram	NS	Concordaram
0	1	27

Questões

□	Você sabe o que são Diretrizes Curriculares Nacionais?
□	Caso não saiba, explicar → São diretrizes instituídas pelo MEC e que normatizam os currículos nacionais, inclusive os de cursos superiores. As diretrizes do curso de Medicina foram instituídas em 2001.
□	Você conheceu ou teve contato com as DCN do curso de Medicina?
	Em caso negativo
□	Por que você acha que isto aconteceu?
	Em caso positivo
□	Como foi este contato?

Eu vou lhe mostrar agora a alínea XVI do artigo 5º das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina que recomenda que "**o médico deve lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde".**

Questão

□	Comente esta recomendação, tentando relacioná-la com a sua Graduação.

Núcleo: Formas de aproximações do tema durante a graduação médica.

Questão

□	Só para confirmar, você acha que os aspectos trabalhistas e econômicos da profissão médica devem ser abordados nas escolas médicas?
	Em caso negativo
□	Por que não?
	Em caso positivo
□	Por quê?
□	Como este assunto (questões trabalhistas e econômicas do exercício profissional) deve ser abordado nas escolas médicas?

Núcleo: Concepção do estudante de Medicina em relação aos aspectos mercantilistas da profissão médica.

Eu vou mostrar as respostas tabuladas de uma outra questão da primeira fase do trabalho (vou descrever a tabela).

O exercício da Medicina **não deve** ser encarado como um negócio.		
Discordaram	NS	Concordaram
9	0	19

Questões

□	O você acha disto?
□	Como você justifica que um contingente significativo dos residentes acha que a Medicina não deve ser encarada como negócio e outro contingente razoável acha que sim?

Núcleo: Caráter liberal da profissão médica.

Questões

□	O médico é tido tradicionalmente como um profissional liberal. O que caracteriza um profissional liberal? O que é ser um profissional liberal? Enfoque na figura do médico.
□	Na graduação (formal ou informalmente), como foi discutida a condição de profissional liberal dos médicos dos dias de hoje, em contraposição a outras condições (empregado e servidor público)?
□	Caso não tenha sido discutida tal temática, como você vê esta condição do médico como profissional liberal?

Eu vou mostrar outra tabela. Quando eu fiz a afirmação “Exercer a profissão médica como profissional liberal **é melhor** do que como empregado”, os residentes se posicionaram da seguinte forma (vou descrever a tabela).

Exercer a profissão médica como profissional liberal **é melhor** do que como empregado.		
Discordaram	NS	Concordaram
5	10	13

Questões

□	Comente esta tabela.
□	Por que esta heterogeneidade (divergências de opiniões)?
□	Estabeleça alguma relação entre a sua concepção de caráter liberal da profissão médica e as instâncias autonomia, tecnologia e especialização.

Núcleo: Planejamento da carreira médica e expectativas do exercício profissional no que tange a aspectos econômicos e trabalhistas.

Questões

□ □ □ □	Vamos falar de uma coisa que médico faz muito: planejamento da carreira médica...Você já planejou sua carreira médica durante a graduação ou fora do período da graduação? Planejamento a curto, médio e longo prazo. **Se sim** Quais são as suas metas? **Se não** Por que não? E quais seriam suas metas de carreira? ("planejamento relâmpago")
□	Você levou em consideração, em algum momento, os aspectos trabalhistas e econômicos ao estabelecer estas metas (na ponta do lápis, no papel ou não)?
□	Quais as maiores dificuldades que nós médicos enfrentamos e você, como médico (a), acha que vai enfrentar no campo econômico e trabalhista?
□	Como você acha que estas dificuldades podem ser superadas?
□ □ □	Você já parou para pensar sobre os tipos de vínculos trabalhistas que você quer ter? **Se o residente tiver dificuldades**, eu falo: Como exemplos de vínculos trabalhistas, nós temos: empregado, funcionário público, cooperado e prestador de serviço (seja como autônomo, seja como pessoa jurídica)? **Em caso positivo** Quais seriam eles? Quais os motivos para você optar por estes vínculos?
□	Você já parou para pensar sobre o seu objetivo de remuneração?
□ □ □	Quanto seria esta remuneração? Bruta ou líquida? **Se bruta**,quanto daria líquida?
□ □	Quantas horas você pretende trabalhar por semana para atingir este objetivo de remuneração? Com esta quantidade de horas, você acha que atinge a sua meta de remuneração?
□ □ □ □ □	Em algum momento de sua graduação, você discutiu a carga tributária que incide sobre o seu trabalho como médico? **Em caso positivo** Como foi esta discussão? **Em caso negativo** Você acha isto importante? Por quê? Então por que não houve esta discussão?
□	Em algum momento da graduação (formal ou informalmente) você parou para pensar em sua aposentadoria?
□	Se você se aposentasse hoje como médico, com quanto você gostaria de se aposentar?
□	Escolha 3 palavras que mais representam sua expectativa em relação aos aspectos econômicos e trabalhistas do seu futuro profissional, no tocante a aspectos econômicos e trabalhistas. **Se o residente tiver dificuldades**, abrirei espaço para expressões e frases no lugar das palavras
□	Estamos no final da entrevista. Você quer fazer algum comentário sobre aspectos econômicos e trabalhistas da profissão médica? Fique à vontade pra falar o que quiser.

□	**Hora de término da gravação**

APÊNDICE F

Categorização do primeiro subcapítulo dos resultados “Preparação dos recém--egressos para o Mundo do Trabalho durante a graduação médica”.

Unidades de registro e categorias **NÃO RELACIONADAS** ao subcapítulo “Preparação dos recém-egressos para o Mundo do Trabalho durante a graduação médica” encontram-se sombreadas.

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIAS
Basicamente, a gente não tem isso na faculdade. Acho que nem na minha, nem em noventa por cento das faculdades aqui do Brasil. [H-CG-ES-PR]	Basicamente, a gente não tem isso na faculdade. Acho que nem na minha, nem em noventa por cento das faculdades aqui do Brasil. [H-CG-ES-PR]	Falta/carência do MT na graduação
E o que eu sei é porque os meus pais são médicos. [H-CG-ES-PR]	E o que eu sei é porque os meus pais são médicos. [H-CG-ES-PR]	Possibilidade de aprendizagem informal
Eu acho que deveria ser feito pelo menos um planejamento adequado em relação a isso, porque faz falta. [H-CG-ES-PR]	Eu acho que deveria ser feito pelo menos um planejamento adequado em relação a isso, porque faz falta. [H-CG-ES-PR]	Identificação da necessidade da temática
Eu acho que a minha faculdade me deu muito pouco embasamento teórico sobre esses aspectos trabalhistas. O que foi discutido foi alguns professores que falaram de experiências pessoais, mas não teve nenhuma matéria específica sobre leis trabalhistas e nem aulas assim. Não teve nenhuma orientação mais concreta sobre isso. [...]. Foram assuntos normais que eles contavam mais da sua prática diária de consultório, de plantão, de quanto tinham que pagar de imposto, o que era diminuído do salário.[...] Eles eram mais clínicos. [M-GO-SC-PR]	Eu acho que a minha faculdade me deu muito pouco embasamento teórico sobre esses aspectos trabalhistas. [M-GO-SC-PR]	Falta/carência do MT na graduação
	[...] alguns professores que falaram de experiências pessoais, mas não teve nenhuma matéria específica sobre leis trabalhistas e nem aulas assim. Não teve nenhuma orientação mais concreta sobre isso. [M-GO-SC-PR]	Possibilidade de aprendizagem informal
	Foram assuntos normais que eles contavam mais da sua prática diária de consultório, de plantão, de quanto tinham que pagar de imposto, o que era diminuído do salário.[...] Eles eram mais clínicos. [M-GO-SC-PR]	Possibilidade de aprendizagem informal
Eu acho que isso me prejudica, porque deveria ter mais essa atenção, principalmente no final da faculdade, que eu acredito também que antes do sexto ano isso não é útil, porque a gente não presta tanta atenção. Quando você não sabe da importância que esse assunto tem, pelo menos eu não ia ter tanto interesse. Aí quando chega mais perto que você sabe que vai ser real, que vai ser parte da sua vida, você tem mais interesse e vai atrás assim. [...] Eu tenho a sensação que eu estou numa selva e que eu não tenho muita noção do que tá acontecendo nessa parte de impostos. Tem sempre que confiar em alguém, porque eu não tive informação exata sobre isto. [M-GO-SC-PR]	Quando você não sabe da importância que esse assunto tem, pelo menos eu não ia ter tanto interesse. Aí quando chega mais perto que você sabe que vai ser real, que vai ser parte da sua vida, você tem mais interesse e vai atrás assim. [M-GO-SC-PR]	Aprendizagem não significativa
	Eu acho que isso me prejudica, porque deveria ter mais essa atenção, principalmente no final da faculdade, que eu acredito também que antes do sexto ano isso não é útil, porque a gente não presta tanta atenção. Quando você não sabe da importância que esse assunto tem, pelo menos eu não ia ter tanto interesse. Aí quando chega mais perto que você sabe que vai ser real, que vai ser parte da sua vida, você tem mais interesse e vai atrás assim. [M-GO-SC-PR]	Identificação da necessidade da temática
	Eu tenho a sensação que eu estou numa selva e que eu não tenho muita noção do que tá acontecendo nessa parte de impostos. [M-GO-SC-PR]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)
	Tem sempre que confiar em alguém, porque eu não tive informação exata sobre isto. [M-GO-SC-PR]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)
Acho que devido à grade curricular, não tinha espaço pra isso na faculdade. Talvez ninguém tenha parado pra pensar também que isto seja importante. Fica preocupado mais na parte teórica, numa boa formação teórica e não dá tanta importância pros assuntos mais práticos do dia-a-dia. [M-GO-SC-PR]	Acho que devido à grade curricular, não tinha espaço pra isso na faculdade. [M-GO-SC-PR]	Falta de espaço na grade curricular
	Talvez ninguém tenha parado pra pensar também que isto seja importante. [M-GO-SC-PR]	Inércia institucional
	Fica preocupado mais na parte teórica, numa boa formação teórica e não dá tanta importância pros assuntos mais práticos do dia-a-dia. [M-GO-SC-PR]	Supervalorização de áreas tecnicistas
Na minha graduação, abordagem zero, porque não houve nenhuma abordagem. [H-RAD-ES-PR]	Na minha graduação, abordagem zero, porque não houve nenhuma abordagem. [H-RAD-ES-PR]	Falta/carência do MT na graduação
Acho que deveria ter abordado, porque a gente sai da graduação sem saber nada a respeito de direitos do trabalho, classe médica, nada. A gente só que saber de fazer a residência e só. Quando chega aqui fica perdido na hora de trabalhar ( ). [H-RAD-ES-PR]	Acho que deveria ter abordado, porque a gente sai da graduação sem saber nada a respeito de direitos do trabalho, classe médica, nada. A gente só que saber de fazer a residência e só. Quando chega aqui fica perdido na hora de trabalhar ( ). [H-RAD-ES-PR]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)
		Identificação da necessidade da temática
Acho que isto não é abordado em quase escola nenhuma, pra falar a verdade. Isto é tradição, eu acho, nunca aborda. [H-RAD-ES-PR]	Acho que isto não é abordado em quase escola nenhuma, pra falar a verdade. Isto é tradição, eu acho, nunca aborda. [H-RAD-ES-PR]	Tradicionalismo no ensino

Eu acho péssimo, porque a gente sai totalmente despreparado, tanto de saber os nossos direitos, quantos os nossos deveres e saber o que a gente deve argumentar a favor da gente, porque a gente não sabe questão de parte econômica, nem a parte tributária. Como é que a gente, perante o INSS, perante ( ) federal. Eu não sei como é que eu tenho que lidar com isto. [M-AN-RJ-PU]	Eu acho péssimo, porque a gente sai totalmente despreparado, tanto de saber os nossos direitos, quantos os nossos deveres e saber o que a gente deve argumentar a favor da gente, porque a gente não sabe questão de parte econômica, nem a parte tributária. [M-AN-RJ-PU]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)
[...] eu acho, que de uma maneira geral elas se acomodam muito e elas só vão se tocar que precisam deste tipo de informação quando saem da graduação. Eu acho que tanto pela falta de maturidade das pessoas que entram pra fazer Medicina, quanto pela falta de questão de interesse da matéria, porque quando a gente começa a abordar certos tipos de questões, a turma evade da aula e a própria faculdade que – na minha faculdade os ciclos básicos são os primeiros, o primeiro ano e metade mais ou menos do segundo, é só ciclo básico e depois é que começa enfermaria e só tem seis meses dessa desse tipo de informação que poderia ser incluído, mas não é incluído eh desses seminários que foram abordados pra gente. Acho que se de repente é por falta dos próprios formandos, graduandos falarem com os professores diretamente que precisam deste tipo de informação. [M-AN-RJ-PU]	[...] eu acho, que de uma maneira geral elas se acomodam muito e elas só vão se tocar que precisam deste tipo de informação quando saem da graduação. [M-AN-RJ-PU]	Inércia do corpo discente
	Eu acho que tanto pela falta de maturidade das pessoas que entram pra fazer Medicina, quanto pela falta de questão de interesse da matéria, porque quando a gente começa a abordar certos tipos de questões, a turma evade da aula [...]. [M-AN-RJ-PU]	Inércia do corpo discente
	Acho que de repente é por falta dos próprios formandos, graduandos falarem com os professores diretamente que precisam deste tipo de informação. [M-AN-RJ-PU]	Inércia do corpo discente
Na minha faculdade não foram abordados. A gente não teve nada sobre isso. [M-CM-ES-PU]	Na minha faculdade não foram abordados. A gente não teve nada sobre isso. [M-CM-ES-PU]	Falta/carência do MT na graduação
Eu acho que tinha que fazer parte da grade [...], porque a gente sai sem saber. [M-CM-ES-PU]	Eu acho que tinha que fazer parte da grade [...], porque a gente sai sem saber. [M-CM-ES-PU]	Identificação da necessidade da temática
[...] porque mexer na grade curricular não é fácil, eu acho. [...] a minha faculdade, ela está passando por uma reforma de grade curricular e pra isto acontecer acho que tem que ter reivindicações por parte dos próprios alunos mostrando interesse. Tem que ter muita coisa acontecendo pra poder mudar. [M-CM-ES-PU]	[...] porque mexer na grade curricular não é fácil, eu acho. [M-CM-ES-PU]	Falta de espaço na grade curricular (dificuldade)
Realmente não são muito bem abordados na faculdade esses aspectos econômicos e trabalhistas. Fica mais assim, a respeito da teoria mesmo, da formação do médico, enquanto profissional pra você atuar [...]. Realmente, a gente fica meio perdido, quando a gente se forma. Eu, particularmente, eu não tenho ninguém na minha família que é médico, então eu não tenho muito contato com isto. [H-CM-MG-PU]	Realmente não são muito bem abordados na faculdade esses aspectos econômicos e trabalhistas. [H-CM-MG-PU]	Falta/carência do MT na graduação
	Fica mais assim, a respeito da teoria mesmo, da formação do médico, enquanto profissional pra você atuar [...]. [H-CM-MG-PU]	Supervalorização de áreas técnicas no currículo
	Realmente, a gente fica meio perdido, quando a gente se forma. [H-CM-MG-PU]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)
[...] tem alguns aspectos que a gente fica muito a mercê e em algumas situações. A gente não sabe lidar bem. A gente vai aprendendo muito de orelhada ao longo da residência, nos contatos que a gente faz. Seria interessante que durante a graduação tivesse isso. Mas eu acho que talvez fique um pouquinho difícil, porque a gente chega muito cru também na graduação, a gente é muito imaturo. [H-CM-MG-PU]	[...] tem alguns aspectos que a gente fica muito a mercê e em algumas situações. A gente não sabe lidar bem. [H-CM-MG-PU]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)
	A gente vai aprendendo muito de orelhada ao longo da residência, nos contatos que a gente faz. [H-CM-MG-PU]	Necessidade de residência médica
	Seria interessante que durante a graduação tivesse isso. [H-CM-MG-PU]	Identificação da necessidade da temática
Eu acho que talvez porque você tem outros conteúdos que tem administrar, pela carga teórica. Talvez pela dificuldade de você aplicar isto na prática, pelo fato da gente não estar vivendo aquilo no dia-a-dia, naquele momento. [H-CM-MG-PU]	Eu acho que talvez porque você tem outros conteúdos que tem administrar, pela carga teórica.	Falta de espaço na grade curricular
	Talvez pela dificuldade de você aplicar isto na prática, pelo fato da gente não estar vivendo aquilo no dia-a-dia, naquele momento. [H-CM-MG-PU]	Aprendizagem não significativa
Eu não tenho lembrança nenhuma disso ter sido abordado. [...]. Eu sou muito desinteressada dessas questões, muito pouco prática. [...]. A gente tinha uma disciplina que chamava de ADM que era administração médica, administração dos serviços de saúde, alguma coisa assim, que a gente ficou muito mais filosofando como funcionava o SUS e tudo. Quando falava alguma coisa de convênio, de como funcionavam os convênios, eu não entendia nada, e ficou por isso mesmo. É uma matéria que ninguém gosta. Então eu acho que se por um lado eles não oferecem, a gente também não se interessa. [...]. [M-PQ-CO-PU]	Eu não tenho lembrança nenhuma disso ter sido abordado. [...]. [M-PQ-CO-PU]	Falta/carência do MT na graduação
	Eu sou muito desinteressada dessas questões, muito pouco prática. [...].[M-PQ-CO-PU]	Inércia do corpo discente
	A gente tinha uma disciplina que chamava de ADM que era administração médica, administração dos serviços de saúde, alguma coisa assim, que a gente ficou muito mais filosofando como funcionava o SUS e tudo. Quando falava alguma coisa de convênio, de como funcionavam os convênios, eu não entendia nada, e ficou por isso mesmo. É uma matéria que ninguém gosta. Então eu acho que se por um lado eles não oferecem, a gente também não se interessa. [...]. [M-PQ-CO-PU]	Aproximações tangenciais

Às vezes a gente ouvia muita reclamação de que o convênio demorava seis meses pra pagar e como tava a situação médica mesmo, de ser médico, estava muito difícil. Todo mundo reclamava que os médicos estavam desumanos e blá-blá blá e aí é que se tocava nesse assunto, que a situação era muito difícil, a remuneração era pouca, estava cada vez pior, que os convênios pagavam com três meses e que você tinha que dar plantão pra poder suprir a questão de orçamento. [...]. Quando eu comecei a entrar em contato um pouco com isso foi porque o meu namorado já era formado. [M-PQ-CO-PU]	Todo mundo reclamava que os médicos estavam desumanos e blá-blá blá e aí é que se tocava nesse assunto, que a situação era muito difícil, a remuneração era pouca, estava cada vez pior, que os convênios pagavam com três meses e que você tinha que dar plantão pra poder suprir a questão de orçamento. [...]. [M-PQ-CO-PU]	Concepções conflituosas acerca da remuneração do trabalho médico
	Quando eu comecei a entrar em contato um pouco com isso foi porque o meu namorado já era formado. [M-PQ-CO-PU]	Possibilidade de aprendizagem informal
A gente é tão desinformada, que eu me lembro que a gente trabalhava nos vestibulares às vezes no finalzinho do curso como assistência médica nos vestibulares e teve uma época que deu uma confusão que todo mundo precisava ter INSS, senão a gente não ia receber, mas era uma coisa simplesmente burocrática que nós precisamos fazer pra poder receber. [M-PQ-CO-PU]	A gente é tão desinformada, que eu me lembro que a gente trabalhava nos vestibulares às vezes no finalzinho do curso como assistência médica nos vestibulares e teve uma época que deu uma confusão que todo mundo precisava ter INSS, senão a gente não ia receber [...]. [M-PQ-CO-PU]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)
Eu acho que o curso de Medicina é ruim em muitos aspectos, não só em relação a isso. O curso não necessariamente está voltado praquilo que eu tenho que saber na prática, por uma série de motivos. [...]. Espera-se que o médico seja diretor, saiba administrar uma clínica, mas ninguém nunca ensinou isso no curso de Medicina. Mas esperam isso do médico. Eu acho que tem uma coisa, o médico se acha o sabedor de tudo, o todo-poderoso, onipotente e talvez acha que vá saber, de alguma maneira vai saber, que isso ( ). [M-PQ-CO-PU]	Eu acho que o curso de Medicina é ruim em muitos aspectos, não só em relação a isso. O curso não necessariamente está voltado praquilo que eu tenho que saber na prática, por uma série de motivos. [...]. [M-PQ-CO-PU]	Falta/carência do MT na graduação
	Espera-se que o médico seja diretor, saiba administrar uma clínica, mas ninguém nunca ensinou isso no curso de Medicina. [M-PQ-CO-PU]	Falta/carência do MT na graduação
Eu acho que o aluno tem muito pouco interesse e quem entra pra Medicina acha esses assuntos muito chatos, assuntos relacionados com as leis, com questões jurídicas, são todos muito chatos. Eu acho incrivelmente chato, mas eu acho que tinha que ser algo no currículo, obrigado a fazer isso, mesmo que seja uma matéria mal vista pelos alunos e tudo. [M-PQ-CO-PU]	Eu acho que o aluno tem muito pouco interesse e quem entra pra Medicina acha esses assuntos muito chatos, assuntos relacionados com as leis, com questões jurídicas, são todos muito chatos. [M-PQ-CO-PU]	Inércia do corpo discente
	Eu acho incrivelmente chato, mas eu acho que tinha que ser algo no currículo, obrigado a fazer isso, mesmo que seja uma matéria mal vista pelos alunos e tudo. [M-PQ-CO-PU]	Identificação da necessidade da temática
Não foram praticamente nada abordados, porque eu não acho que eu sei nada a respeito disso, sobre questões trabalhistas econômicas. Não sei questão de tributação. Não sei. Eu sei que o mercado está difícil. Foi isso que me passaram a graduação inteira. [M-CM-MG-PU]	Não foram praticamente nada abordados, porque eu não acho que eu sei nada a respeito disso, sobre questões trabalhistas econômicas. Não sei questão de tributação. [M-CM-MG-PU]	Falta/carência do MT na graduação
	Eu sei que o mercado está difícil. Foi isso que me passaram a graduação inteira. [M-CM-MG-PU]	Possibilidade de aprendizagem informal
Isto foi tão frisado, que todo mundo, todos os professores, falaram pra gente que o mercado tava difícil. Não tem uma disciplina, pelo menos eu não tive. Eu tive umas especialidades que tinham uns professores mais antenados, que chamavam a atenção disso, mas não teve uma teoria sobre isto. Teve só especulação e as pessoas falaram que era importante, todo mundo levantou o assunto, mas não teve ninguém que falou a teoria é isso, isso e isso. [M-CM-MG-PU]	Isto foi tão frisado, que todo mundo, todos os professores, falaram pra gente que o mercado tava difícil. [M-CM-MG-PU]	Possibilidade de aprendizagem informal (Exaltação vaga por parte dos professores em relação às dificuldades do mercado)
	Não tem uma disciplina, pelo menos eu não tive. Eu tive umas especialidades que tinham uns professores mais antenados, que chamavam a atenção disso, mas não teve uma teoria sobre isto. Teve só especulação e as pessoas falaram que era importante, todo mundo levantou o assunto, mas não teve ninguém que falou a teoria é isso, isso e isso. [M-CM-MG-PU]	Possibilidade de aprendizagem informal
O mundo do trabalho pelo que vi, ele foi abordado em uma matéria, uma disciplina eletiva, que não é todo mundo que faz. Eu não fiz. Meu namorado fez. Mas os temas são muito superficiais. Então a disciplina chama administração de clínicas e consultórios e ela te dá uma idéia do que você tem que pensar pro futuro, por exemplo, previdência privada, previdência do governo. Mas a gente sente uma grande dificuldade, quando a gente inicia no mercado. A gente não sabe o que é pra fazer, a gente não sabe nem se é pra tirar a carteira de trabalho ou não. A gente fica sem saber que em nenhum momento é falado na faculdade. [M-PED-RJ-PU]	O mundo do trabalho pelo que vi, ele foi abordado em uma matéria, uma disciplina eletiva, que não é todo mundo que faz. Eu não fiz. Meu namorado fez. Mas os temas são muito superficiais. Então a disciplina chama administração de clínicas e consultórios e ela te dá uma idéia do que você tem que pensar pro futuro, por exemplo, previdência privada, previdência do governo. [M-PED-RJ-PU]	Aproximações tangenciais
	Mas a gente sente uma grande dificuldade, quando a gente inicia no mercado. A gente não sabe o que é pra fazer, a gente não sabe nem se é pra tirar a carteira de trabalho ou não. A gente fica sem saber que em nenhum momento é falado na faculdade. [M-PED-RJ-PU]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)

[...] a gente entra na faculdade achando que é uma coisa, o mercado na área de saúde, mais especificamente como médico. Às vezes, a gente quando termina a faculdade se depara com outra realidade. Então durante a minha formação não foi abordado, não tenho uma formação sobre isto. [H-NCR-PA-PU]	Então durante a minha formação não foi abordado, não tenho uma formação sobre isto. [H-NCR-PA-PU]	Falta/carência do MT na graduação
	[...] a gente entra na faculdade achando que é uma coisa, o mercado na área de saúde, mais especificamente como médico. Às vezes, a gente quando termina a faculdade se depara com outra realidade. [H-NCR-PA-PU]	Mudança da concepção do MT durante a graduação
Teve daquela maneira que eu te disse: "ah vocês não sabem como a vida é difícil, quando vocês forem sair, como é difícil". Eu vou ter que lidar com o quê? [M-PQ-CO-PU]	Teve daquela maneira que eu te disse: "ah vocês não sabem como a vida é difícil, quando vocês forem sair, como é difícil". Eu vou ter que lidar com o quê? [M-PQ-CO-PU]	Possibilidade de aprendizagem informal
[...] o caso de agora no Rio de Janeiro, que está tendo a dengue. A gente não sabe como era o mercado de trabalho ( ), eu não sabia que tava faltando pediatra em diversos plantões na prefeitura e que ainda a prefeitura queria pagar uma mixaria pelos concursados. E acho que tem que ser abordado pra gente saber justamente o que é que a gente vai fazer, a gente vai ficar aqui neste estado, a gente vai procurar outro campo, a gente vai se especializar de que forma, porque a gente não tem idéia. [...]. Não tem a visão realmente do que vai pagar, de como vai trabalhar, o que cada hospital oferece de qualidade mesmo de trabalho, ninguém me fala isto. ( ), somente numa disciplina eletiva como lhe falei, que o professor pega uma tabela, onde ele coloca um gráfico, principalmente as especialidades, dizendo qual tempo que se gasta num consultório, (fora) de casa, quanto recebe, então ele tem toda uma tabela e a partir destes números ele fala "ah determinada especialidade é melhor, determinada especialidade é ruim". Mas claro na opinião dele, se você olhar a tabela você pode achar uma opinião diferente, só mais ou menos estes dados quanto recebe, se dá plantão, quanto tempo fica longe da família, que seria a qualidade de vida, qual o grau de estresse no convívio com o paciente, se é uma coisa muito estressante, como uma UTI que você vai lidar diretamente com a questão da perda do paciente, ou se é uma coisa já menos arriscada [...].[M-PED-RJ-PU]	[...] acho que tem que ser abordado pra gente saber justamente o que é que a gente vai fazer, a gente vai ficar aqui neste estado, a gente vai procurar outro campo, a gente vai se especializar de que forma, porque a gente não tem idéia. [...].Não tem a visão realmente do que vai pagar, de como vai trabalhar, o que cada hospital oferece de qualidade mesmo de trabalho, ninguém me fala isto. [M-PED-RJ-PU]	Ênfase à prática especializada da profissão
	Não tem a visão realmente do que vai pagar, de como vai trabalhar, o que cada hospital oferece de qualidade mesmo de trabalho, ninguém me fala isto. [M-PED-RJ-PU]	Falta/carência do MT na graduação
	( ), somente numa disciplina eletiva como lhe falei, que o professor pega uma tabela, onde ele coloca um gráfico, principalmente as especialidades, dizendo qual tempo que se gasta num consultório, (fora) de casa, quanto recebe, então ele tem toda uma tabela e a partir destes números ele fala "ah determinada especialidade é melhor, determinada especialidade é ruim". [M-PED-RJ-PU]	Possibilidade de aprendizagem informal ????
		Aproximação tangencial
		Ênfase à prática especializada da profissão
É uma questão bem complicada, porque a gente vive disto. Realmente no tempo a gente não deve só visar o dinheiro, é bem complicado. Quando a gente teve a matéria de Saúde Coletiva com Epidemiologia, eles falavam justamente disto que é um serviço, estando então sujeito às leis do PROCOM, do consumidor, porque existe alguém no plano de saúde pagando e quer receber uma qualidade e aí vem o médico que é ruim; então ele não está recebendo a qualidade, então ele pode ir ao PROCOM reclamar. Eh sempre me perguntavam isto e é uma questão complicada, porque de certa forma é um serviço, você tá consumindo, quando você vai no médico, você tá consumindo uma consulta e você tá pagando por aquilo. E aí você não recebe aquilo exatamente que você esperava né. É difícil, e ao mesmo se você ficar encarando só como um negócio, só como aquilo que está lhe dando dinheiro para sobreviver, você não vai fazer uma boa Medicina. Você não vai ter cabeça também pra conseguir tratar, pensar nas questões científicas, na Medicina baseada em evidências. Você vai querer atender um maior número de gente pra pegar mais dinheiro. Vira um ciclo vicioso que é o que eu vi muitas vezes com os meus amigos, que ao invés de tentarem estudar pra fazer uma residência, que deveria ser esse o momento de fazer e não daqui a dez anos, quando a gente já esqueceu um monte de coisa da faculdade, mas resolveram dar plantões e aí o dinheiro abre o olho. Começa a dar um plantão atrás do outro e vê que ganha mais que pai e mãe juntos e não pensa em mais nada. Só fica dando plantão, plantão, plantão. [M-PED-RJ-PU]	É uma questão bem complicada, porque a gente vive disto. Realmente no tempo a gente não deve só visar o dinheiro, é bem complicado. [M-PED-RJ-PU]	Visão conflituosa do exercício da Medicina (Peso do caráter monetário no exercício profissional)
	Quando a gente teve a matéria de Saúde Coletiva com Epidemiologia, eles falavam justamente disto que é um serviço, estando então sujeito às leis do PROCOM, do consumidor, porque existe alguém no plano de saúde pagando e quer receber uma qualidade e aí vem o médico que é ruim; então ele não está recebendo a qualidade, então ele pode ir ao PROCOM reclamar. [M-PED-RJ-PU]	Aproximações tangenciais
		Visão conflituosa do exercício da Medicina
	[...] de certa forma é um serviço, você tá consumindo, quando você vai no médico, você tá consumindo uma consulta e você tá pagando por aquilo. E aí você não recebe aquilo exatamente que você esperava. [M-PED-RJ-PU]	Visão conflituosa do exercício da Medicina (Aspecto mercantil do exercício da Medicina)
	É difícil, e ao mesmo se você ficar encarando só como um negócio, só como aquilo que está lhe dando dinheiro para sobreviver, você não vai fazer uma boa Medicina. Você não vai ter cabeça também pra conseguir tratar, pensar nas questões científicas, na Medicina baseada em evidências. [M-PED-RJ-PU]	Visão conflituosa do exercício da Medicina
	Você vai querer atender um maior número de gente pra pegar mais dinheiro. Vira um ciclo vicioso que é o que eu vi muitas vezes com os meus amigos, que ao invés de tentarem estudar pra fazer uma residência, que deveria ser esse o momento de fazer e não daqui a dez anos, quando a gente já esqueceu um monte de coisa da faculdade, mas resolveram dar plantões e aí o dinheiro abre o olho. Começa a dar um plantão atrás do outro e vê que ganha mais que pai e mãe juntos e não pensa em mais nada. Só fica dando plantão, plantão, plantão. [M-PED-RJ-PU]	Visão conflituosa do exercício da Medicina (Valorização do aspecto mercantil)

A gente sai da faculdade muito cru. [H-CG-ES-PR]	A gente sai da faculdade muito cru. [H-CG-ES-PR]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)
Quando a pessoa faz residência, ela continua sendo assessorada de uma certa forma. Agora (sessenta) por cento dos médicos que se formam não fazem residência. Esses médicos que saem sem residência pra entrar de cara no mercado de trabalho sem ter nenhuma assessoria, sem ter nenhum suporte, é um pouco complicado, porque tem muita coisa que a gente não sabe como funciona no mercado de trabalho de verdade, fora da faculdade e isso deveria ser ensinado na faculdade e não é. [H-CG-ES-PR]	Quando a pessoa faz residência, ela continua sendo assessorada de uma certa forma. Agora (sessenta) por cento dos médicos que se formam não fazem residência. Esses médicos que saem sem residência pra entrar de cara no mercado de trabalho sem ter nenhuma assessoria, sem ter nenhum suporte, é um pouco complicado, porque tem muita coisa que a gente não sabe como funciona no mercado de trabalho de verdade, fora da faculdade e isso deveria ser ensinado na faculdade e não é. [H-CG-ES-PR]	Necessidade de residência médica
	Esses médicos que saem sem residência pra entrar de cara no mercado de trabalho sem ter nenhuma assessoria, sem ter nenhum suporte, é um pouco complicado, porque tem muita coisa que a gente não sabe como funciona no mercado de trabalho de verdade, fora da faculdade e isso deveria ser ensinado na faculdade e não é. [H-CG-ES-PR]	Falta/carência do MT na graduação
A gente não sabe quanto é o salário médio de um médico, não sabe quanto custa uma consulta. Sabe, porque a gente procura saber, mas não é passado isto durante a faculdade. [H-CG-ES-PR]	A gente não sabe quanto é o salário médio de um médico, não sabe quanto custa uma consulta. Sabe, porque a gente procura saber, mas não é passado isto durante a faculdade. [H-CG-ES-PR]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)
Pra gente não cair no mundo trabalhista sem ter a menor noção do que tá acontecendo. Quando você vai fazer um plantão, você acha que vai ganhar um valor e na verdade, quando chega ( ) um valor menor do que você esperava. Acho superimportante isto, não só pra profissionais médicos, como pra outras graduações. [M-GO-SC-PR]	Pra gente não cair no mundo trabalhista sem ter a menor noção do que tá acontecendo. Quando você vai fazer um plantão, você acha que vai ganhar um valor e na verdade, quando chega ( ) um valor menor do que você esperava. [M-GO-SC-PR]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)
Acredito que é importante esta parte informal, impessoal, mas deveria ser uma matéria principalmente no sexto ano, mais próximo da formatura. Até porque estas coisas de plano de saúde, essas normas assim até caem. É cobrado nas provas de residência. [M-GO-SC-PR]	Acredito que é importante esta parte informal, impessoal, mas deveria ser uma matéria principalmente no sexto ano, mais próximo da formatura. Até porque estas coisas de plano de saúde, essas normas assim até caem. É cobrado nas provas de residência. [M-GO-SC-PR]	Identificação da necessidade da temática
A gente acaba formando sem ter noção nenhuma de mercado de trabalho. A gente não sabe o que a gente tem que ter pra arrumar emprego, o que a gente vai precisar, não sabe de nada e isto tem que ser abordado na faculdade. [H-RAD-ES-PR]	A gente acaba formando sem ter noção nenhuma de mercado de trabalho. A gente não sabe o que a gente tem que ter pra arrumar emprego, o que a gente vai precisar, não sabe de nada e isto tem que ser abordado na faculdade. [H-RAD-ES-PR]	Falta/carência do MT na graduação
		Sensação de estar perdido (desnorteamento)
Não sei se eu diria que tem que ter uma matéria sobre isto, mas palestras, várias palestras, chamar gente de fora, (mesmo sem ser médico), dando palestras. Pessoas especialistas em mercado de trabalho. Acho que seriam mais palestras mesmo. [H-RAD-ES-PR]	Não sei se eu diria que tem que ter uma matéria sobre isto, mas palestras, várias palestras, chamar gente de fora, (mesmo sem ser médico), dando palestras. Pessoas especialistas em mercado de trabalho.[H-RAD-ES-PR]	Identificação da necessidade da temática
[...] se for disciplina, eu não sei se daria certo não. [...] é culpa um pouco nossa também, porque médico não é muito interessado nessas coisas durante a graduação. Só depois mesmo, acho (que se tivesse uma) disciplina, eles não iam levar a sério. [H-RAD-ES-PR]	[...] se for disciplina, eu não sei se daria certo não. [H-RAD-ES-PR]	Identificação da necessidade da temática
	[...] é culpa um pouco nossa também, porque médico não é muito interessado nessas coisas durante a graduação. Só depois mesmo, acho (que se tivesse uma) disciplina, eles não iam levar a sério. [H-RAD-ES-PR]	Inércia do corpo discente
Porque é importante a gente saber, sair da faculdade tendo uma visão de como funciona o mercado de trabalho, como a gente vai lidar com isso, ter noção, até mesmo como experiência, não quebrar a cara, porque a gente sai muito cru, a gente nunca trabalhou. Na faculdade a gente não trabalha, não tem como. [M-CM-ES-PU]	Porque é importante a gente saber, sair da faculdade tendo uma visão de como funciona o mercado de trabalho, como a gente vai lidar com isso, ter noção, até mesmo como experiência, não quebrar a cara, porque a gente sai muito cru. A gente nunca trabalhou. [M-CM-ES-PU]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)
Eu lembro durante o internato de cirurgia, ele era preocupado, ele leu um artigo pra gente sobre postura do médico. Sempre tem discussão sobre “ah tal área assim nem tem uma maior procura, essa especialidade é interessante, essa não é em relação ao mercado de trabalho”. Agora é mais informal mesmo [...]. Aí tem sempre esta discussão, “ah tal é boa, porque tem um mercado de trabalho bom. Tal é ruim, porque está muito saturado”. Acho que você sempre procura também uma orientação. Eu assim que não tenho ninguém na minha família que seja médico, então eu procurava procurar perguntar pra professor ou pra algum médico que acompanhava no estágio extra pra me orientar nesse sentido. Eu acho assim, apesar de não ser tão abordado, eu acho que é uma preocupação de todo mundo. [H-CM-MG-PU]	Eu lembro durante o internato de cirurgia, ele era preocupado, ele leu um artigo pra gente sobre postura do médico. Sempre tem discussão sobre “ah tal área assim nem tem uma maior procura, essa especialidade é interessante, essa não é em relação ao mercado de trabalho”. Agora é mais informal mesmo [...].	Possibilidade de aprendizagem informal
	Aí tem sempre esta discussão, “ah tal é boa, porque tem um mercado de trabalho bom. Tal é ruim, porque está muito saturado”. Acho que você sempre procura também uma orientação. Eu assim que não tenho ninguém na minha família que seja médico, então eu procurava procurar perguntar pra professor ou pra algum médico que acompanhava no estágio extra pra me orientar nesse sentido. Eu acho assim, apesar de não ser tão abordado, eu acho que é uma preocupação de todo mundo. [H-CM-MG-PU]	Possibilidade de aprendizagem informal

Eu acho que no início da faculdade, eu acho que a gente está muito cru, muito imaturo e no final da faculdade a gente continua imaturo ainda. A gente está com gana pra outras coisas. A gente já fica naquela naquele desespero no internato, você quer absorver tudo no estágio, ao mesmo tempo quer estudar muito pra residência também. Eu acho assim, talvez alguma matéria opcional ou algum congresso, algum curso de fim de semana como orientação. Eu acho que poderia iniciar como matéria opcional e dependendo da evolução e da demanda e do interesse das pessoas poderia até se cogitar a hipótese de se passar pra obrigatória. [H-CM-MG-PU]	Eu acho que no início da faculdade, eu acho que a gente está muito cru, muito imaturo e no final da faculdade a gente continua imaturo ainda. A gente está com gana pra outras coisas. A gente já fica naquela naquele desespero no internato, você quer absorver tudo no estágio; ao mesmo tempo quer estudar muito pra residência também. [H-CM-MG-PU]	Inércia do corpo discente
	Eu acho assim, talvez alguma matéria opcional ou algum congresso, algum curso de fim de semana como orientação. Eu acho que poderia iniciar como matéria opcional e dependendo da evolução e da demanda e do interesse das pessoas poderia até se cogitar a hipótese de se passar pra obrigatória. [H-CM-MG-PU]	Identificação da necessidade da temática
E eu lembro também que esta questão de política e economia é muito abordada nos cursinhos de residência médica, porque isto é uma matéria que cai muito na prova de residência. [...], então a gente discute muito sobre plano de saúde, formulação de plano de saúde [...]. Medicina Preventiva tem um bloco que você estuda também cooperativas médicas, os planos da saúde. [H-CM-MG-PU]	E eu lembro também que esta questão de política e economia é muito abordada nos cursinhos de residência médica, porque isto é uma matéria que cai muito na prova de residência. [...], então a gente discute muito sobre plano de saúde, formulação de plano de saúde [...]. [H-CM-MG-PU]	Necessidade de residência médica
	Medicina Preventiva tem um bloco que você estuda também cooperativas médicas, os planos da saúde. [H-CM-MG-PU]	Aproximações tangenciais
Eu acho que a gente tem um contato muito mais próximo no cursinho de residência, mesmo porque como eu te disse, eu acho o médico, eu acho que a gente é um pouquinho equivocado nesse sentido de não valorizar esse campo. Então geralmente quando você faz Medicina, você está doido pra frequentar um hospital, pra você ver paciente, estudar matéria clínica, matéria relacionada com Medicina, então talvez você subjugue outras áreas pra valorizar isso. Aí quando você chega na residência, você precisa ter uma formação melhor nesse sentido, aí você dá mais valor e dá um pouquinho de atenção pra estudar isso. [H-CM-MG-PU]	Então geralmente quando você faz Medicina, você está doido pra frequentar um hospital, pra você ver paciente, estudar matéria clínica, matéria relacionada com Medicina, então talvez você subjugue outras áreas pra valorizar isso. Aí quando você chega na residência, você precisa ter uma formação melhor nesse sentido, aí você dá mais valor e dá um pouquinho de atenção pra estudar isso. [H-CM-MG-PU]	Necessidade de residência médica
		Supervalorização de áreas tecnicistas
	Eu acho que a gente tem um contato muito mais próximo no cursinho de residência [...]. [H-CM-MG-PU]	Necessidade de residência médica
Eu entendi a sua pergunta, mas eu penso numa disciplina. Não sei se é o melhor. A primeira coisa que eu estou pensando é que seria uma disciplina, algo obrigatório, porque é algo que nós não temos interesse algum de fazer. [...]. Não sei se, de repente um seminário. Um seminário grande na faculdade que estude estas questões. Fazer um seminário a cada dois anos, porque assim você acaba pegando todo mundo, alguma coisa nesse sentido. [M-PQ-CO-PU]	Eu entendi a sua pergunta, mas eu penso numa disciplina. Não sei se é o melhor. A primeira coisa que eu estou pensando é que seria uma disciplina, algo obrigatório, porque é algo que nós não temos interesse algum de fazer. [...]. [M-PQ-CO-PU]	Identificação da necessidade da temática
	Não sei se, de repente um seminário. Um seminário grande na faculdade que estude estas questões. Fazer um seminário a cada dois anos, porque assim você acaba pegando todo mundo, alguma coisa nesse sentido. [M-PQ-CO-PU]	Identificação da necessidade da temática
Pra que a gente saiba, agora, que a gente tá saindo pro mercado de trabalho, o que fazer, saiba como se proteger [...]. [M-CM-MG-PU]	Pra que a gente saiba, agora, que a gente tá saindo pro mercado de trabalho, o que fazer, saiba como se proteger [...]. [M-CM-MG-PU]	Identificação da necessidade da temática
Eu acho que não tinha que ser só uma conversa filosófica. Eu acho que tinha, por mais que alguns possam achar muito chato, eu acho que tinha que ter alguma coisa de teoria. Falar “é assim, assim que funciona, o imposto é assim, as leis são estas”. [M-CM-MG-PU]	Eu acho que não tinha que ser só uma conversa filosófica. Eu acho que tinha, por mais que alguns possam achar muito chato, eu acho que tinha que ter alguma coisa de teoria. Falar “é assim, assim que funciona, o imposto é assim, as leis são estas”. [M-CM-MG-PU]	Identificação da necessidade da temática
Pode ser uma disciplina ou então um espaço dentro de alguma disciplina, mas com teoria sobre o assunto, não só com grupo de discussão. Alguém passar alguma coisa da parte teórica. [M-CM-MG-PU]	Pode ser uma disciplina ou então um espaço dentro de alguma disciplina, mas com teoria sobre o assunto, não só com grupo de discussão. Alguém passar alguma coisa da parte teórica. [M-CM-MG-PU]	Identificação da necessidade da temática
Quando a gente teve essa disciplina “Práticas de Saúde”. Poderia ter sido neste espaço. No internato de clínica médica, a gente está mais voltado pra teoria, mas eu acho que poderia também e principalmente se fosse dado mais no final do curso, quando a gente está mais preocupado com isso, porque no início você não está, você não pensa nisso, você tá no curso básico querendo aprender o que está no livro e pronto, mas pro fim a gente começa a ficar mais antenado. [M-CM-MG-PU]	Quando a gente teve essa disciplina “Práticas de Saúde”. Poderia ter sido neste espaço. [M-CM-MG-PU]	Identificação da necessidade da temática
	Quando a gente teve essa disciplina “Práticas de Saúde”. Poderia ter sido neste espaço. No internato de clínica médica, a gente está mais voltado pra teoria, mas eu acho que poderia também e principalmente se fosse dado mais no final do curso, quando a gente está mais preocupado com isso, porque no início você não está, você não pensa nisso, você tá no curso básico querendo aprender o que está no livro e pronto, mas pro fim a gente começa a ficar mais antenado. [M-CM-MG-PU]	Identificação da necessidade da temática ???

Tinha que ser obrigatória, por mais rápido que fosse, eu acho que a gente tem que aprender leis sim. A gente não sabe. A parte de Medicina Legal, eu achei muita fraca, porque fica junto com a parte de Psiquiatria que todo mundo torce o nariz, tinha que ser separado, porque é uma área importante, a gente não sabe quando pode ser processada, a gente não tem idéia. [...]. Ah se você tiver uma boa relação médico-paciente, não vai acontecer com você e não é verdade. [...], mas a questão mesmo das leis, a gente é muito fraco nisto, a gente não conhece, a gente desconhece e não só o médico, a população inteira, então tem sempre um espertinho tentando passar a perna na gente. [M-PED-RJ-PU]	Tinha que ser obrigatória, por mais rápido que fosse, eu acho que a gente tem que aprender leis sim. [M-PED-RJ-PU]	Identificação da necessidade da temática
	[...], mas a questão mesmo das leis, a gente é muito fraco nisto, a gente não conhece, a gente desconhece e não só o médico, a população inteira, então tem sempre um espertinho tentando passar a perna na gente. [M-PED-RJ-PU]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)
Porque eu acho que é uma forma de preparar e até conscientizar o profissional pro mercado que ele vai encarar, até pra decidir a especialização e saber como lidar com as adversidades que ele vai encontrar neste mercado de trabalho. Como se preparar para o mercado competitivo, que é o mercado médico [...]. [H-NCR-PA-PU]	Porque eu acho que é uma forma de preparar e até conscientizar o profissional pro mercado que ele vai encarar, até pra decidir a especialização e saber como lidar com as adversidades que ele vai encontrar neste mercado de trabalho. Como se preparar para o mercado competitivo, que é o mercado médico [...]. [H-NCR-PA-PU]	Identificação da necessidade da temática
Ter uma disciplina dentro da grade curricular, discutindo sobre isto, poderia ser uma forma de abordar ou, pelo menos, criar questionamentos sobre isto, pra gente procurar melhor, ir atrás. Talvez durante a graduação, a gente nem tem este estímulo pra ir atrás. [H-NCR-PA-PU]	Ter uma disciplina dentro da grade curricular, discutindo sobre isto, poderia ser uma forma de abordar ou, pelo menos, criar questionamentos sobre isto, pra gente procurar melhor, ir atrás. Talvez durante a graduação, a gente nem tem este estímulo pra ir atrás. [H-NCR-PA-PU]	Identificação da necessidade da temática
Talvez hoje eu tivesse uma outra visão de quando eu entrei na faculdade. Quando entrei na faculdade, talvez tivesse um outro olhar, só pra patologias, para questões anatômicas. Talvez hoje eu perceba que tem importância. Quando eu entrei não. [H-NCR-PA-PU]	Quando entrei na faculdade, talvez tivesse um outro olhar, só pra patologias, para questões anatômicas. Talvez hoje eu perceba que tem importância. Quando eu entrei não. [H-NCR-PA-PU]	Aprendizagem não significativa
	Talvez hoje eu tivesse uma outra visão de quando eu entrei na faculdade. Quando entrei na faculdade, talvez tivesse um outro olhar, só pra patologias, para questões anatômicas. Talvez hoje eu perceba que tem importância. Quando eu entrei não. [H-NCR-PA-PU]	Supervalorização de áreas tecnicistas
Porque eu acho que no momento da graduação você não tem o interesse que a gente tem hoje. Porque eu acho que só tem esse interesse a partir do momento que você tá vivendo o problema. Por exemplo, agora eu vou ter que fazer o imposto de renda e aí agora eu vou ter que saber como que faz, o que desconta, o que não desconta, mas na graduação eu não tava muito preocupada com isso assim. [M-GO-SC-PR]	Porque eu acho que no momento da graduação você não tem o interesse que a gente tem hoje. Porque eu acho que só tem esse interesse a partir do momento que você tá vivendo o problema. Por exemplo, agora eu vou ter que fazer o imposto de renda e aí agora eu vou ter que saber como que faz, o que desconta, o que não desconta, mas na graduação eu não tava muito preocupada com isso assim. [M-GO-SC-PR]	Aprendizagem não significativa
Não houve nenhum interesse de (ambas) as partes. E na minha, quando eu tava estudando não queria saber (sobre isso), mas agora que eu já passei, vejo que é importante. [H-RAD-ES-PR]	Não houve nenhum interesse de (ambas) as partes. E na minha, quando eu tava estudando não queria saber (sobre isso), mas agora que eu já passei, vejo que é importante. [H-RAD-ES-PR]	Inércia do corpo discente
[...] por falta de tempo das pessoas, conhecimento e acaba que a gente posterga um tipo de informação que a gente deveria ter mais fácil acesso. Não corre atrás. Deixa só quando você realmente ( ). [M-AN-RJ-PU]	[...] por falta de tempo das pessoas, conhecimento e acaba que a gente posterga um tipo de informação que a gente deveria ter mais fácil acesso. Não corre atrás. [M-AN-RJ-PU]	Inércia institucional
Não, eu não tenho noção de qual é a carga. É contraditório, eu acho, mas eu não sei. [M-CM-ES-PU]	Não, eu não tenho noção de qual é a carga. [M-CM-ES-PU]	Falta/carência do MT na graduação
[...] a gente não cobra, não tem nenhuma cobrança por parte dos alunos. Às vezes a própria faculdade não se dá conta que isto é importante pra gente, que gente vai sair, vai precisar de informações como esta. Acho que são os dois lados. Como nunca existiu e é tão complicado pro () mudar, como eu falei, a grade curricular e nunca existiu, pra quê? ( ) alguma coisa nova agora, se é uma coisa chata, uma coisa que – teria que arrumar uma pessoa especialista nisso. Não pode ser qualquer um, não pode ser qualquer médico, uma pessoa que tenha visão, que saiba passar, que saiba informar e (). [M-CM-ES-PU]	[...] a gente não cobra, não tem nenhuma cobrança por parte dos alunos. Às vezes a própria faculdade não se dá conta que isto é importante pra gente, que gente vai sair, vai precisar de informações como esta. Acho que são os dois lados. [M-CM-ES-PU]	Inércia institucional
	[...] teria que arrumar uma pessoa especialista nisso. Não pode ser qualquer um, não pode ser qualquer médico, uma pessoa que tenha visão, que saiba passar, que saiba informar [...]. [M-CM-ES-PU]	Identificação da necessidade da temática
Por mais seja uma coisa super ultra mega chata, eu vou viver com isso o resto da vida. Eu preciso ter um mínimo de planejamento financeiro, de compreender o quanto vai ficar comigo. Eu tenho o direito a quê? Meu namorado tava me perguntando se a gente abria um CNPJ, pra poder pagar menos imposto. Não tenho a menor idéia. Se for pra pagar menos imposto abre, não sei. [M-PQ-CO-PU]	Por mais seja uma coisa super ultra mega chata, eu vou viver com isso o resto da vida. Eu preciso ter um mínimo de planejamento financeiro, de compreender o quanto vai ficar comigo. Eu tenho o direito a quê? [M-PQ-CO-PU]	Identificação da necessidade da temática
	Meu namorado tava me perguntando se a gente abria um CNPJ, pra poder pagar menos imposto. Não tenho a menor idéia. Se for pra pagar menos imposto abre, não sei. [M-PQ-CO-PU]	Dificuldade em caracterizar os tipos de vínculos

Eu acho que quando a gente não gosta muito de uma coisa, a gente só aprende com a vida mesmo, tendo a certeza absoluta de que precisa. Se não precisar, se precisar só um pouquinho eu não vou saber. Se precisar muito, vou ter que dar um jeito e aprender. [M-PQ-CO-PU]	Eu acho que quando a gente não gosta muito de uma coisa, a gente só aprende com a vida mesmo, tendo a certeza absoluta de que precisa. Se não precisar, se precisar só um pouquinho eu não vou saber. Se precisar muito, vou ter que dar um jeito e aprender. [M-PQ-CO-PU]	Aprendizagem não significativa
Na verdade, eu tinha isso de casa, saber o quanto era tributado, de escutar meus pais falando do trabalho. Tanto meu pai, que é médico e minha mãe enfermeira e profissional liberal. [M-CM-MG-PU]	Na verdade, eu tinha isso de casa, saber o quanto era tributado, de escutar meus pais falando do trabalho. Tanto meu pai, que é médico e minha mãe enfermeira e profissional liberal. [M-CM-MG-PU]	Possibilidade de aprendizagem informal
Não sei se é por falta de tempo, tem tanta coisa que precisava discutir e não é discutido. Porque é mal estruturado; coisas, que eu acho que não precisavam ter, que demandava tanto tempo de curso assim, tipo aquele ciclo básico lá, dois anos. Tem coisas que a gente não vai ver depois. Na minha faculdade, o currículo está sendo reestruturado, já tem uns dois anos que estão programando. [M-CM-MG-PU]	Não sei se é por falta de tempo, tem tanta coisa que precisava discutir e não é discutido. Porque é mal estruturado; coisas, que eu acho que não precisavam ter, que demandavam tanto tempo de curso assim, tipo aquele ciclo básico lá, dois anos. Tem coisas que a gente não vai ver depois. Na minha faculdade, o currículo está sendo reestruturado, já tem uns dois anos que estão programando. [M-CM-MG-PU]	Falta de espaço na grade curricular
[...] deveria ter algum momento da nossa formação, não sei se na graduação é o momento, mas algum momento da formação médica que isso deveria ser melhor abordado, pra que a gente não entre em nenhuma cilada, que o nosso trabalho não seja usado pra outras pessoas ganharem dinheiro através da gente assim. [M-GO-SC-PR]	[...] deveria ter algum momento da nossa formação, não sei se na graduação é o momento, mas algum momento da formação médica que isso deveria ser melhor abordado, pra que a gente não entre em nenhuma cilada, que o nosso trabalho não seja usado pra outras pessoas ganharem dinheiro através da gente assim. [M-GO-SC-PR]	Identificação da necessidade da temática
[...] eu sei que vou apanhar muito na vida por causa disso. Vou estar sempre perguntando pros outros. [H-RAD-ES-PR]	[...] eu sei que vou apanhar muito na vida por causa disso. Vou estar sempre perguntando pros outros. [H-RAD-ES-PR]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)
Vou ter que correr atrás. [M-AN-RJ-PU]	Vou ter que correr atrás. [M-AN-RJ-PU]	Sensação de estar perdido (desnorteamento)

ANEXOS

ANEXO A

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL
Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Pedro de Toledo, 1800 – 3º andar – Sl. 348 – SP
Fones: 5088-8175 / 5088-8747 — FAX: 5088-8175 – E-mail= cepiamspe@ig.com.br

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa aprova sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como o Termo Consentimento Livre e Esclarecido, que se encontra registrado e arquivado junto ao CEP/IAMSPE sob o nº **124/07.**

Ref.: **"O mundo do trabalho na graduação médica: A visão dos recém-egressos".**

Pesquisador responsável: Dr. Douglas Henrique de Macedo
Serviço: Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
São Paulo, 27 de novembro de 2007.

Ana Maria Moraes de Andrade
Presidente
Comitê de Ética em Pesquisa
IAMSPE

ANEXO B

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 30 de novembro de 2007.
CEP 1862/07

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) DOUGLAS HENRIQUE DE MACEDO
Co-Investigadores: Nildo Alves Batista (orientador)
Disciplina/Departamento: CEDESS - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **"O mundo do trabalho na graduação médica a visão dos recém-egressos".**

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional - entrevista.
RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: sem risco, desconforto mínimo, sem procedimento invasivo.
OBJETIVOS: Investigar, na óptica de médicos recém-egressos, a formação médica no que tange ao processo ensino-aprendizagem dos aspectos relacionados ao mundo do trabalho.
RESUMO: Pesquisa descritivo-exploratória e transversal. Serão coletados dados em um hospital geral, de grande porte, localizado na cidade de São Paulo, que apresenta um programa de residência médica. A população estudada será constituída por recém-egressos do curso de medicina, matriculados no programa de Residência Médica. Será aplicado um questionário, constituído de duas partes: a primeira parte congregará dados acerca do perfil pessoal e acadêmico da população; a segunda parte abordará questões em escala de mensuração de atitudes; haverá também questões que contemplarão alguns conhecimentos básicos sobre direito do trabalho, tributação e administração. Um subgrupo da população será submetido a uma entrevista semi-estruturada. A entrevista apresentará dois núcleos direcionados: sobre a expectativa dos recém-egressos, em relação às influências do mundo do trabalho sobre o seu exercício profissional; o segundo núcleo tratará da visão dos recém-egressos a respeito do seu processo de formação no tocante a estes aspectos. Os dados serão coletados durante o mês de fevereiro de 2008, nos primeiros trinta dias do Programa de Residência Médica..
FUNDAMENTOS E RACIONAL: Estudo fundamentado, visando verificar a visão prospectiva e retrospectiva dos recém-egressos no tocante às bases econômicas e trabalhistas do exercício profissional do médico..
MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os procedimentos a serem realizados.
TCLE: Adequado, de acordo com a resolução 196/96.
DETALHAMENTO FINANCEIRO: sem financiamento externo.
CRONOGRAMA: 15 meses.
OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado.
ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: **29/11/2008** e **29/11/2009**.

Rua Botucatu, 572 - 1º andar – conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil
Tel.: (011) 5571-1062 - 5539.7162

ANEXO B

UNIFESP

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

CEP 1862/07

Rua Botucatu, 572 - 1º andar – conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil
Tel.: (011) 5571-1062 - 5539.7162