REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

A FORMAÇÃO DO MÉDICO PREVENTIVISTA NO BRASIL: TRAJETÓRIA HISTÓRICA, PANORAMA DEMOGRÁFICO E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

THE TRAINING OF PREVENTIVE MEDICINE PHYSICIANS IN BRAZIL: HISTORICAL TRAJECTORY, DEMOGRAPHIC LANDSCAPE, AND CONTEMPORARY CHALLENGES

Lilian Coelho Heringer Diniz[1]; Gustavo de Carvalho Chaves[1]; Micalela Albertini Pereira Gomes[2]; Renato Faria da Gama[3*]

[1] Médicos Residentes do Programa de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social no Hospital Escola Álvaro Alvim, Campos dos Goytacazes, RJ.
[2] Dentista, Mestre em Políticas Sociais pela UENF, professora da disciplina de Saúde Coletiva e do Internato da Faculdade de Medicina de Campos (FMC).
[3] Médico neurologista, professor universitário. Supervisor do Programa de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social do Hospital Escola Álvaro Alvim, Campos dos Goytacazes, RJ. Doutor em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Professor do Instituto de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), campus Macaé. Pesquisador em pós-doutoramento pelo Programa de Pós-Graduação em Neurologia e Neurociências da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pelo Instituto Nutes de Educação em Ciências e Saúde da UFRJ. ORCID: 0000-0002-4786-6990.
* Autor correspondente: Renato Faria da Gama. E-mail: renatogama@med.br

RESUMO

A Medicina Preventiva e Social constitui área estratégica para a organização, a avaliação e a governança dos sistemas de saúde, embora permaneça pouco consolidada como especialidade médica no Brasil. Este artigo apresenta uma revisão narrativa crítica, de caráter documental e demográfico, sobre a formação do médico preventivista, articulando trajetória histórica, fundamentos epistemológicos, panorama demográfico e desafios contemporâneos. A análise destaca a influência de Sergio Arouca e Maria Cecília Donnangelo na crítica ao preventivismo liberal e na construção da Saúde Coletiva como campo acadêmico, político e profissional. Dados recentes da Demografia Médica no Brasil indicam que o país possuía, em dezembro de 2024, 353.287 médicos especialistas, correspondentes a 59,1% dos médicos registrados, enquanto a Medicina Preventiva e Social permanecia numericamente reduzida quando comparada às especialidades clínicas e cirúrgicas tradicionais. A matriz de competências aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica em 2021

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

ampliou o escopo da formação ao enfatizar gestão, epidemiologia, políticas públicas, sistemas de informação e avaliação de programas. A baixa atratividade da especialidade pode ser interpretada à luz de fatores como identidade profissional difusa, fragilidade de carreiras públicas estruturadas, hegemonia do modelo biomédico individualizante e baixa visibilidade institucional, embora tais fatores devam ser compreendidos como hipóteses analíticas fundamentadas, e não como achados empíricos diretos. Argumenta-se que o fortalecimento da Medicina Preventiva e Social depende de ações articuladas entre ensino, serviço e gestão, com valorização do médico preventivista como profissional estratégico no interior de equipes interprofissionais comprometidas com a sustentabilidade, a equidade e a qualificação do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Educação Médica; Medicina Preventiva; Saúde Pública; Residência Médica; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Preventive and Social Medicine is a strategic area for the organization, evaluation, and governance of health systems, although it remains weakly consolidated as a medical specialty in Brazil. This article presents a critical narrative review, with documentary and demographic analysis, on the training of preventive physicians, articulating historical trajectory, epistemological foundations, demographic panorama, and contemporary challenges. The analysis highlights the influence of Sergio Arouca and Maria Cecília Donnangelo in the critique of liberal preventivism and in the construction of Collective Health as an academic, political, and professional field. Recent data from Medical Demography in Brazil indicate that, in December 2024, the country had 353,287 medical specialists, corresponding to 59.1% of registered physicians, while Preventive and Social Medicine remained numerically small compared with traditional clinical and surgical specialties. The competency matrix approved by the National Commission for Medical Residency in 2021 broadened the scope of training by emphasizing management, epidemiology, public policies, health information systems, and program evaluation. The low attractiveness of the specialty may be interpreted in light of factors such as diffuse professional identity, fragile public career pathways, the

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

hegemony of an individualized biomedical model, and limited institutional visibility, although these factors should be understood as grounded analytical hypotheses rather than direct empirical findings. It is argued that strengthening Preventive and Social Medicine depends on articulated actions among education, services, and management, with recognition of the preventive physician as a strategic professional within interprofessional teams committed to the sustainability, equity, and qualification of the Brazilian Unified Health System.

Keywords: Medical Education; Preventive Medicine; Public Health; Medical Residency; Collective Health.

RESUMEN

La Medicina Preventiva y Social constituye un área estratégica para la organización, la evaluación y la gobernanza de los sistemas de salud, aunque sigue poco consolidada como especialidad médica en Brasil. Este artículo presenta una revisión narrativa crítica, de carácter documental y demográfico, sobre la formación del médico preventivista, articulando trayectoria histórica, fundamentos epistemológicos, panorama demográfico y desafíos contemporáneos. El análisis destaca la influencia de Sergio Arouca y Maria Cecília Donnangelo en la crítica al preventivismo liberal y en la construcción de la Salud Colectiva como campo académico, político y profesional. Datos recientes de la Demografía Médica en Brasil indican que, en diciembre de 2024, el país contaba con 353.287 médicos especialistas, correspondientes al 59,1% de los médicos registrados, mientras que la Medicina Preventiva y Social permanecía numéricamente reducida en comparación con las especialidades clínicas y quirúrgicas tradicionales. La matriz de competencias aprobada por la Comisión Nacional de Residencia Médica en 2021 amplió el alcance de la formación al enfatizar gestión, epidemiología, políticas públicas, sistemas de información y evaluación de programas. La baja atracción de la especialidad puede ser interpretada a la luz de factores como identidad profesional difusa, fragilidad de carreras públicas estructuradas, hegemonía del modelo biomédico individualizante y limitada visibilidad institucional, aunque tales factores deben comprenderse como hipótesis analíticas fundamentadas, y no como hallazgos empíricos directos. Se

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

argumenta que el fortalecimiento de la Medicina Preventiva y Social depende de acciones articuladas entre enseñanza, servicios y gestión, con valoración del médico preventivista como profesional estratégico dentro de equipos interprofesionales comprometidos con la sostenibilidad, la equidad y la cualificación del Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Educación Médica; Medicina Preventiva; Salud Pública; Residencia Médica; Salud Colectiva.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o incremento da especialidade médica chamada Medicina Preventiva e Social está relacionado à evolução das políticas públicas de saúde, à institucionalização da residência médica e ao nascimento da Saúde Coletiva como campo de conhecimento teórico e prático. A especialidade está relacionada a planejamento, epidemiologia, avaliação, gestão, ciências sociais em saúde e análise dos determinantes sociais do processo saúde-doença, além de ser uma área dedicada à prevenção de doenças. Para contemplar todos esses aspectos, faz necessário uma formação médica que ultrapasse a abordagem estritamente clínica e incorpore a compreensão dos sistemas de saúde como fenômenos sociais, institucionais e políticos.

A consolidação do modo de compreender a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, base político-institucional para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Constituição Federal de 1988, foi possível através da Reforma Sanitária Brasileira e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (BRASIL, 1986; PAIM, 1985). A formação do médico preventivista, nesse contexto, assumiu posição fundamental, pois planejamento de sistemas públicos demanda profissionais capazes de agregar conhecimento técnico, aptidão para gestão, sensibilidade social e compromisso com a equidade.

Arouca, em 2023, reforçou que a medicina preventiva não poderia ser resumida a medidas preventivas ou tratamento de riscos, mas como formação discursiva relacionada às contradições do modelo biomédico. No entanto, este trabalho permitiu deslocar o debate da responsabilização individual para análise da determinação social do processo saúde-doença (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2018).

Em consonância com esses aspectos descritos acima, Donnangelo (1975) contribuiu para fundamentar que a medicina é uma prática institucionalizada, associada ao mercado de trabalho, à organização dos serviços e às relações entre profissão médica e sociedade (NUNES, 2008). Sua análise permanece relevante para discutir por que determinadas especialidades adquirem maior prestígio, remuneração

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

e visibilidade, enquanto áreas essenciais à gestão pública e à saúde coletiva enfrentam menor atratividade entre estudantes e médicos recém-formados.

Neste artigo, a Medicina Preventiva e Social é compreendida como especialidade médica convencionalmente reconhecida no Brasil, com formação definida pela Comissão Nacional de Residência Médica de 2002. Por sua vez, o termo Saúde Coletiva, abordado neste artigo, é o campo interdisciplinar e multiprofissional constituído na interface entre epidemiologia, ciências sociais em saúde, política, planejamento e gestão (OSMO; SCHRAIBER, 2015). A expressão médico preventivista ou médico sanitarista é utilizada para designar o profissional médico cuja atuação se insere nesse campo ampliado, sem pressupor que a Saúde Coletiva se reduza à atuação médica. Ao contrário, sua contribuição específica deve ser compreendida no interior de equipes interprofissionais responsáveis pela vigilância, planejamento, gestão, avaliação, regulação e formulação de políticas de saúde.

Apesar dessa base teórica robusta, a Medicina Preventiva e Social enfrenta desafios expressivos de consolidação profissional. A baixa procura por programas de residência, a visibilidade limitada nos currículos médicos e a fragilidade de carreiras públicas estruturadas indicam um descompasso entre a relevância sistêmica da especialidade e sua presença na força de trabalho médica. Diante desse cenário, este artigo analisa a formação do médico preventivista no Brasil, articulando trajetória histórica, panorama demográfico, matriz de competências e desafios contemporâneos.

2 MÉTODO

Trata-se de revisão narrativa crítica, com análise documental e demográfica, voltada à compreensão da formação do médico preventivista no Brasil. Foram mobilizadas fontes acadêmicas clássicas e contemporâneas sobre Medicina Preventiva, Medicina Social, Saúde Coletiva, residência médica e força de trabalho em saúde, além de documentos normativos e relatórios institucionais, com destaque para a Resolução CNRM nº 23/2021 e publicações da Demografia Médica no Brasil (BRASIL, 2021; SCHEFFER et al., 2023; SCHEFFER et al., 2025). A seleção das

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

fontes foi orientada por sua relevância histórica, normativa ou analítica para o objeto do estudo, sem pretensão de exaustividade sistemática.

A análise articulou quatro eixos: trajetória histórica da especialidade, panorama demográfico, matriz de competências e desafios contemporâneos de formação e inserção profissional. Por sua natureza narrativa e documental, o estudo não realizou metanálise, avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos nem estimativa quantitativa de tendência temporal. Os dados demográficos foram utilizados de forma contextual, considerando diferenças entre registros de especialistas, médicos registrados, residentes ativos, títulos e fontes secundárias de síntese. Essa opção metodológica busca conferir transparência ao percurso analítico e delimitar o alcance das interpretações apresentadas.

3 PANORAMA DEMOGRÁFICO DA MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL NO BRASIL

A Demografia Médica no Brasil constitui uma das principais fontes para compreender a distribuição, a composição e as desigualdades da força de trabalho médica no país. A edição de 2025 informa que, em dezembro de 2024, o Brasil contava com 353.287 médicos especialistas, correspondentes a 59,1% do total de médicos registrados, e 244.141 médicos generalistas, equivalentes a 40,9% (BRASIL, 2025; SCHEFFER et al., 2025). A mesma publicação destaca que sete especialidades concentram 50,6% dos especialistas, o que evidencia forte concentração em áreas clínicas e cirúrgicas tradicionais.

A Medicina Preventiva e Social ocupa posição minoritária nesse cenário. A Demografia Médica de 2023 registrou 1.962 especialistas na área, equivalentes a 0,4% do total de especialistas daquele levantamento (SCHEFFER et al., 2023). Síntese secundária da Demografia Médica 2025 indicou, ainda, a existência de 24 residentes em Medicina Preventiva e Social em 2024, dos quais 14 no primeiro ano de residência (COELHO, 2025). Esse último dado deve ser interpretado com cautela por não ter sido localizado, nesta revisão, em base primária diretamente acessível da CNRM/MEC ou do SisCNRM. Ainda assim, os indicadores disponíveis convergem

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

para a mesma constatação geral: a especialidade permanece numericamente pequena diante das necessidades de planejamento, avaliação, vigilância, regulação e governança do SUS.

Tabela 1 – Indicadores selecionados da força de trabalho médica no Brasil

Indicador	Ano de referência	Resultado	Natureza do indicador	Fonte	Nota metodológica
Médicos especialistas no Brasil	dez. 2024	353.287, correspondentes a 59,1% dos médicos registrados	Médicos com especialidade registrada nas bases utilizadas pela Demografia Médica	Demografia Médica no Brasil 2025; Ministério da Saúde/FMUSP/AMB	A edição de 2025 utiliza registros da CNRM/MEC e das sociedades de especialidades vinculadas à AMB, conforme divulgação institucional.
Médicos generalistas no Brasil	dez. 2024	244.141, correspondentes a 40,9% dos médicos registrados	Médicos sem título de especialista informado nas bases consideradas	Demografia Médica no Brasil 2025; Ministério da Saúde/FMUSP/AMB	O indicador deve ser interpretado como categoria demográfica do relatório, não como avaliação de competência profissional.
Concentração nas sete especialidades mais frequentes	dez. 2024	50,6% dos especialistas	Distribuição dos especialistas por especialidade	Demografia Médica no Brasil 2025; Ministério da Saúde/FMUSP/AMB	Indica concentração relativa do conjunto de especialistas em poucas áreas.
Especialistas em Medicina Preventiva e Social	2023	1.962 registros, equivalentes a 0,4% dos especialistas	Registros de especialistas na área	Demografia Médica no Brasil 2023	Mantido como dado específico da especialidade por estar disponível no relatório de 2023.
Residentes em Medicina Preventiva e Social	2024	24 residentes, sendo 14 no primeiro ano	Residentes ativos segundo síntese secundária	Coelho (2025), a partir de síntese divulgada sobre Demografia Médica 2025	Utilizar como informação exploratória enquanto não houver fonte primária pública diretamente localizada.

Fonte: Elaboração dos autores com base em Brasil (2025), Scheffer et al. (2023; 2025) e Coelho (2025).

A Tabela 1 sintetiza indicadores demográficos relevantes para contextualizar a baixa representatividade numérica da Medicina Preventiva e Social em comparação

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

com o conjunto da força de trabalho médica brasileira. A distinção entre ano, natureza do indicador e fonte é necessária porque registros de especialistas, médicos registrados, residentes ativos e sínteses secundárias não são medidas equivalentes. Com essas limitações, os dados sugerem baixa expressão numérica da especialidade, embora sua interpretação deva considerar diferenças metodológicas entre as fontes.

4 DETERMINANTES HISTÓRICOS DA FORMAÇÃO DO MÉDICO PREVENTIVISTA

A compreensão dos desafios atuais da Medicina Preventiva e Social exige recuperar o processo histórico pelo qual a especialidade se constituiu no Brasil. Entre as décadas de 1960 e 1980, a residência em Medicina Preventiva e Social participou da formação de quadros técnicos vinculados à Saúde Coletiva, à gestão pública e ao movimento sanitário. Massuda, Barros, Esteves e Guimarães (2009) observam que a redução progressiva desses programas constitui paradoxo diante da necessidade de profissionais especializados para a consolidação do SUS.

O movimento preventivista, em sua formulação clássica, foi influenciado pelo paradigma da história natural da doença e pelos níveis de prevenção difundidos por Leavell e Clark (1965). Essa contribuição foi importante para ampliar o horizonte da prática médica além da terapêutica individual. No entanto, a crítica de Arouca demonstrou que o preventivismo poderia permanecer limitado quando deslocava a responsabilidade pela saúde para escolhas individuais, sem enfrentar as determinações sociais, econômicas e políticas do adoecimento (AROUCA, 2003; CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2018).

A institucionalização da Medicina Preventiva e Social deve ser compreendida no interior de um processo mais amplo de constituição da Saúde Coletiva no Brasil. As críticas ao preventivismo clássico e à medicina comunitária, somadas à influência da medicina social latino-americana, contribuíram para deslocar o foco da prevenção individual para a análise das relações entre saúde, sociedade, Estado e organização dos serviços. A criação da Abrasco, em 1979, a expansão da pós-graduação em Saúde Coletiva e a participação de sanitaristas na Reforma Sanitária fortaleceram

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

esse campo como espaço acadêmico, político e profissional (ABRASCO, 2026; OSMO; SCHRAIBER, 2015). Nesse percurso, a residência em Medicina Preventiva e Social ocupou papel relevante na formação de quadros técnicos, embora posteriormente tenha enfrentado perda de centralidade institucional e redução de programas e residentes (MASSUDA et al., 2009).

Donnangelo, por sua vez, mostrou que a medicina não é apenas um campo técnico, mas uma prática social situada em mercados, instituições e relações de poder (DONNANGELO, 1975). Essa chave interpretativa é essencial para compreender a baixa atratividade contemporânea da Medicina Preventiva e Social, pois a escolha de especialidade não depende apenas de vocação ou afinidade intelectual, mas também de expectativas de carreira, remuneração, prestígio, reconhecimento institucional e possibilidades concretas de inserção profissional.

A trajetória da residência em Medicina Preventiva e Social revela, portanto, tensões entre projeto sanitário e mercado médico. No momento de construção do SUS, a especialidade forneceu quadros para planejamento, gestão e formulação de políticas; posteriormente, a ausência de políticas de Estado para sua sustentação contribuiu para o esvaziamento de programas e para a perda de centralidade na formação médica (MASSUDA et al., 2009).

5 MATRIZ DE COMPETÊNCIAS DA CNRM E REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO

A Resolução CNRM nº 23, de 6 de julho de 2021, aprovou a matriz de competências dos programas de residência médica em Medicina Preventiva e Social, definiu a especialidade como de acesso direto e estabeleceu duração de dois anos (BRASIL, 2021). O objetivo geral da matriz é formar médicos capazes de avaliar o sistema de saúde brasileiro, ordenar o perfil de saúde da população, participar da organização e gestão de serviços, planejar, supervisionar e avaliar ações e programas e manejar instrumentos científicos para investigar problemas relevantes de saúde coletiva (BRASIL, 2021).

A atualização da matriz representa avanço importante porque explicita competências compatíveis com as demandas contemporâneas dos sistemas de

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

saúde. A formação deixa de ser compreendida apenas como domínio de ações preventivas e passa a incluir capacidade de análise institucional, uso de informações em saúde, planejamento, avaliação, gestão intersetorial, compreensão do setor privado e do terceiro setor, além de produção científica. Trata-se de um desenho formativo coerente com a complexidade do SUS e com a necessidade de governança baseada em evidências.

Tabela 2 – Eixos formativos da residência em Medicina Preventiva e Social segundo a matriz da CNRM

Eixo de competência	**Síntese do conteúdo formativo**
Atenção primária e vigilância em saúde	Ações em saúde da família, saúde do trabalhador, saúde ambiental, educação e comunicação, prevenção e promoção da saúde.
Epidemiologia e estatística	Aplicação de métodos epidemiológicos e estatísticos para diagnóstico de situação de saúde, análise de associação, causalidade e avaliação de impacto.
Gestão e organização do sistema de saúde	Compreensão dos diferentes níveis de atenção, órgãos gestores, serviços públicos, setor privado e terceiro setor.
Políticas públicas e Saúde Coletiva	Análise de políticas sociais e de saúde, planejamento, priorização de problemas e definição de estratégias de intervenção.
Produção científica	Elaboração de trabalho científico com método adequado e apresentação em congresso, revista, monografia ou defesa pública.

Fonte: Elaboração dos autores, em forma de síntese interpretativa, com base na Resolução CNRM nº 23/2021 (BRASIL, 2021).

A Tabela 2 demonstra que a matriz nacional concebe o médico preventivista como profissional com atuação transversal entre assistência, vigilância, gestão, avaliação e produção de conhecimento. Por se tratar de síntese elaborada pelos autores a partir da resolução, os eixos foram organizados de modo a evidenciar a articulação entre competências formativas e demandas contemporâneas dos sistemas de saúde, reforçando a necessidade de ambientes de residência diversificados e integrados ao SUS.

6 DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS NA FORMAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ESPECIALIDADE

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

O primeiro desafio refere-se à identidade profissional. Diferentemente de especialidades clínicas cujo objeto é facilmente reconhecido pela população e pelos próprios estudantes, a Medicina Preventiva e Social possui campo de atuação amplo, que inclui gestão, vigilância, epidemiologia, avaliação, docência, pesquisa, regulação, qualidade e análise de políticas. Essa amplitude é uma virtude do ponto de vista sistêmico, mas pode dificultar a construção de uma narrativa profissional clara e atrativa para estudantes de medicina.

O segundo desafio consiste na fragilidade de trajetórias profissionais estruturadas. Embora o SUS demande médicos com competências em planejamento, avaliação e gestão, muitos postos de trabalho nessa área são ocupados por vínculos temporários, cargos comissionados ou funções sem carreira específica. A ausência de carreiras públicas estáveis para médicos sanitaristas constitui hipótese explicativa plausível para a baixa atratividade da especialidade, pois reduz previsibilidade, reconhecimento e atratividade. Em contraste, especialidades clínicas e cirúrgicas oferecem caminhos mais visíveis em hospitais, consultórios, serviços privados e docência.

O terceiro desafio é cultural e pedagógico. A formação médica brasileira ainda é fortemente marcada por um modelo biomédico centrado na intervenção individual, no hospital e no procedimento. Mesmo quando conteúdos de Saúde Coletiva estão presentes nos currículos, frequentemente ocupam posição periférica em relação às disciplinas clínicas. É plausível que esse arranjo contribua para que áreas voltadas a populações, sistemas e políticas sejam percebidas como menos “médicas”, apesar de seu papel decisivo para a organização do cuidado e para a redução das desigualdades.

O quarto desafio envolve visibilidade institucional. O médico preventivista atua, muitas vezes, nos bastidores da produção de saúde: desenha protocolos, analisa indicadores, coordena equipes, organiza fluxos, avalia programas e apoia decisões de gestão. Quando esses processos funcionam, seus resultados tendem a aparecer como melhoria institucional coletiva, e não como ato individual atribuído a um especialista. Por isso, a valorização da especialidade exige mecanismos de

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

reconhecimento capazes de tornar visível sua contribuição para a qualidade, a segurança, a eficiência e a equidade dos serviços.

A literatura sobre escolha de especialidade médica permite qualificar essa interpretação. Estudo brasileiro com estudantes e médicos recém-formados identificou que experiências extracurriculares, estágios, interesses pessoais, condições de trabalho, renda, prestígio e estilo de vida influenciam a escolha ou rejeição de especialidades (SOUZA et al., 2015). Revisão sistemática internacional também descreve fatores como equilíbrio entre vida pessoal e trabalho, prestígio, renda, influência de modelos profissionais, ambiente universitário, orientação social e local de prática como dimensões relevantes na definição da carreira médica (LEVAILLANT et al., 2020). Assim, a baixa atratividade da Medicina Preventiva e Social deve ser compreendida como hipótese multifatorial, relacionada à exposição curricular, visibilidade de preceptores, clareza de trajetória profissional, reconhecimento institucional e condições de inserção no mercado de trabalho.

Essas hipóteses são coerentes com a trajetória histórica da residência em Medicina Preventiva e Social, mas ainda carecem de estudos empíricos específicos com estudantes, residentes e egressos da especialidade. A análise disponível permite formular uma interpretação crítica, mas não autoriza concluir, de forma definitiva, quais fatores pesam mais na decisão individual dos médicos. Esse ponto é relevante porque desloca a discussão de uma explicação simplista da “falta de interesse” para uma agenda de pesquisa e intervenção sobre formação, carreira e reconhecimento profissional.

7 OPORTUNIDADES EMERGENTES E PERSPECTIVAS FUTURAS

Apesar dos desafios, o cenário contemporâneo abre oportunidades relevantes para a Medicina Preventiva e Social. A transformação digital dos sistemas de saúde ampliou a demanda por profissionais capazes de interpretar grandes bases de dados, integrar informação epidemiológica e clínica, monitorar indicadores e transformar evidências em decisões de gestão. Sistemas universais e organizações privadas

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

necessitam cada vez mais de especialistas que compreendam tanto a lógica assistencial quanto a lógica populacional do cuidado.

A governança clínica, a segurança do paciente e a avaliação de tecnologias em saúde também ampliam o campo de atuação do médico preventivista. Hospitais, operadoras, secretarias de saúde, organizações sociais, instituições de ensino e centros de pesquisa demandam profissionais capazes de articular evidência científica, avaliação econômica, qualidade assistencial e gestão de risco. A matriz da CNRM, ao incorporar sistemas de informação, atenção primária, vigilância, gestão e produção científica, fornece base adequada para essa inserção ampliada (BRASIL, 2021).

Outro eixo promissor é o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. A pandemia de covid-19 evidenciou a importância de profissionais com capacidade de análise populacional, comunicação de risco, planejamento intersetorial e gestão de crises sanitárias. Nesse sentido, a Medicina Preventiva e Social pode ocupar posição estratégica na preparação de sistemas de saúde para emergências, mudanças demográficas, transição epidemiológica, envelhecimento populacional e desigualdades territoriais.

As oportunidades contemporâneas da especialidade tornam-se mais claras quando vinculadas a campos concretos de atuação. A Tabela 3 apresenta uma síntese de espaços institucionais nos quais a formação preventivista pode contribuir para a qualificação de políticas, serviços e redes de atenção.

Tabela 3 – Campos de atuação contemporânea do médico preventivista

Campo de atuação	**Competências associadas**	**Exemplos práticos de atuação**
Secretarias municipais e estaduais de saúde	Planejamento, avaliação, regionalização, programação e monitoramento	Construção de planos de saúde, análise de indicadores, definição de prioridades sanitárias e avaliação de políticas.
Vigilância em saúde	Epidemiologia, investigação de surtos e comunicação de risco	Coordenação de resposta a emergências, análise de séries temporais e vigilância de agravos e eventos inusitados.
Regulação assistencial	Organização de redes, acesso, filas, fluxos e linhas de cuidado	Desenho de linhas de cuidado, protocolos de encaminhamento e análise de tempos de espera.
Avaliação de tecnologias em saúde	Medicina baseada em evidências, avaliação econômica e incorporação tecnológica	Pareceres de incorporação, revisão de evidências e análise de custo-efetividade.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

Saúde suplementar	Auditoria, gestão de risco, modelos de cuidado e avaliação de desempenho	Monitoramento de sinistralidade, gestão de populações e programas de cuidado baseado em valor.
Hospitais e serviços de saúde	Qualidade, segurança do paciente e governança clínica	Núcleos de segurança, gestão de indicadores assistenciais, auditoria clínica e melhoria de processos.
Ensino e pesquisa	Produção científica, formação em Saúde Coletiva e preceptoria	Docência, orientação de residentes, pesquisa em serviços e avaliação de políticas de saúde.
Governança de dados e saúde digital	Sistemas de informação, ciência de dados e interoperabilidade	Painéis de indicadores, análise de bases populacionais e suporte à decisão baseada em evidências.

Fonte: Elaboração dos autores, com base na matriz de competências da CNRM e na análise documental realizada.

A Tabela 3 não pretende delimitar de forma exaustiva o campo profissional, mas tornar visíveis exemplos de atuação que frequentemente permanecem pouco reconhecidos na formação médica tradicional. Em todos esses espaços, a contribuição do médico preventivista deve ocorrer em interação com profissionais da enfermagem, farmácia, odontologia, assistência social, economia da saúde, estatística, epidemiologia, gestão pública e demais áreas que compõem a Saúde Coletiva e a governança dos sistemas de saúde.

A discussão sobre qualidade de vida profissional também pode favorecer a especialidade, desde que conduzida com rigor. Funções em gestão, saúde suplementar, vigilância, auditoria, regulação e avaliação podem oferecer trajetórias menos dependentes de plantões presenciais e com maior previsibilidade de agenda. Dados de plataformas ocupacionais vinculadas à Classificação Brasileira de Ocupações podem ser úteis apenas como informação exploratória, pois remuneração e atratividade econômica variam conforme vínculo, região, setor, carga horária e responsabilidade do cargo. Por esse motivo, tais informações não devem ser tratadas como evidência forte sobre retorno econômico da especialidade (CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA OCUPACIONAL, 2026).

Além da identificação de campos de atuação, o fortalecimento da Medicina Preventiva e Social exige recomendações orientadas a atores institucionais. A Tabela 4 sintetiza uma agenda estratégica, formulada como proposição derivada da análise documental e histórica, e não como resultado empírico diretamente testado.

Tabela 4 – Recomendações estratégicas por ator institucional

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

Ator institucional	Recomendações estratégicas
Escolas médicas	Dar maior visibilidade à Medicina Preventiva e Social na graduação, articulando Saúde Coletiva com cenários reais de gestão, vigilância, regulação e avaliação.
Programas de residência	Fortalecer preceptoria, integração ensino-serviço, rotação em áreas estratégicas e produção científica aplicada aos serviços de saúde.
MEC/CNRM	Monitorar vagas ofertadas, vagas ocupadas e vagas ociosas, apoiar avaliação nacional dos programas e atualizar parâmetros formativos quando necessário.
Ministério da Saúde	Induzir políticas de formação e provimento vinculadas às necessidades do SUS, com financiamento e reconhecimento de áreas estratégicas.
Secretarias de saúde	Estruturar carreiras técnicas, núcleos de planejamento, vigilância, regulação e avaliação, com progressão e estabilidade.
Serviços de saúde	Incorporar preventivistas em governança clínica, segurança do paciente, avaliação de programas, gestão de redes e melhoria da qualidade.
Sociedades científicas e Abrasco	Ampliar a divulgação da especialidade, produzir diretrizes formativas e fortalecer a identidade pública da atuação sanitarista.

Fonte: Elaboração dos autores.

A Tabela 4 organiza recomendações que podem contribuir para enfrentar o paradoxo central do artigo: quanto maior a complexidade dos sistemas de saúde, maior a necessidade de profissionais com competências preventivistas; entretanto, essas competências permanecem pouco visíveis na formação médica e no mercado profissional. A superação desse paradoxo depende de políticas educacionais, institucionais e profissionais que articulem formação, carreira, reconhecimento e inserção em equipes interprofissionais.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo possui limitações inerentes à sua natureza narrativa, documental e demográfica. A seleção das fontes não seguiu protocolo sistemático de revisão integrativa, razão pela qual não permite estimar a totalidade da produção acadêmica sobre o tema. Os indicadores demográficos analisados derivam de bases e relatórios com diferentes métodos de contagem, podendo envolver distinções entre médicos, registros, títulos, RQE, vagas e residentes ativos. Além disso, as interpretações sobre baixa atratividade da Medicina Preventiva e Social devem ser compreendidas como hipóteses analíticas fundamentadas na literatura e nos documentos disponíveis, e não como achados empíricos diretos obtidos com estudantes, residentes ou egressos.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

9 CONCLUSÃO

A Medicina Preventiva e Social constitui especialidade estratégica para a sustentabilidade, a equidade e a qualificação dos sistemas de saúde contemporâneos. Do ponto de vista documental, sua relevância é reforçada pela matriz de competências da CNRM de 2021, que explicita formação orientada à epidemiologia, gestão, vigilância, políticas públicas, sistemas de informação, avaliação de programas e produção científica. Do ponto de vista demográfico, os dados disponíveis indicam baixa expressão numérica da especialidade em comparação com o conjunto de médicos especialistas no Brasil, embora a interpretação desses indicadores exija cautela metodológica.

A trajetória histórica da especialidade revela um paradoxo: a Medicina Preventiva e Social tornou-se cada vez mais necessária à organização de sistemas universais, à análise de dados, à gestão de redes, à avaliação de tecnologias, à regulação e à resposta a crises sanitárias, mas permaneceu relativamente pouco visível na formação médica e na estruturação de carreiras profissionais. A contribuição de Arouca e Donnangelo permanece central para compreender que a formação do médico preventivista deve ultrapassar o domínio técnico da prevenção e incorporar crítica social, análise institucional e compromisso com a transformação das condições de vida e saúde.

As explicações para a baixa atratividade da especialidade devem ser interpretadas como hipóteses analíticas fundamentadas. Identidade profissional difusa, fragilidade de carreiras públicas, hegemonia do modelo biomédico individualizante, baixa visibilidade curricular e menor reconhecimento institucional compõem uma constelação plausível de fatores, mas sua confirmação exige estudos empíricos específicos com estudantes, residentes, preceptores e egressos. Essa agenda de pesquisa é essencial para orientar políticas de formação e provimento mais efetivas.

O fortalecimento institucional da Medicina Preventiva e Social requer ações integradas: valorização do papel do médico preventivista na governança do SUS;

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

criação de carreiras públicas estáveis e atrativas; monitoramento de vagas e ocupação da residência; integração efetiva da Saúde Coletiva na graduação médica; aproximação entre universidades, serviços e gestores; e construção de narrativas profissionais que expressem com clareza a relevância social, técnica e estratégica da especialidade. Tais recomendações devem ser entendidas como agenda estratégica de política educacional e profissional.

No século XXI, marcado por crises sanitárias, desigualdades persistentes, incorporação tecnológica acelerada e necessidade de decisões baseadas em evidências, o médico preventivista deve ser reconhecido como um dos profissionais estratégicos para a inteligência institucional dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento, contudo, deve ocorrer sem hierarquização médica da Saúde Coletiva, mas no interior de equipes interprofissionais comprometidas com universalidade, integralidade e equidade.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Este estudo não recebeu financiamento externo.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Sobre a Abrasco. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, [2026]. Disponível em: https://abrasco.org.br/sobre-a-abrasco/. Acesso em: 8 jun. 2026.

AROUCA, Sergio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: Editora Unesp, 2003. DOI: https://doi.org/10.7476/9788575416105.

BENCHIMOL, Jaime Larry. Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 23, de 6 de julho de 2021. Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social no Brasil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 459, 7 jul. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/crm/2021/resolucao-cnrm-no-23-de-

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

6-de-julho-de-2021-resolucao-cnrm-no-23-de-6-de-julho-de-2021-dou-imprensa-nacional.pdf. Acesso em: 8 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Demografia Médica 2025 aponta maior concentração de especialistas na rede privada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 30 abr. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/abril/usuarios-de-plano-de-saude-tem-mais-acesso-a-cirurgias-do-que-pacientes-do-sus-aponta-demografia-medica-2025. Acesso em: 8 jun. 2026.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; WESTPHAL, Marcia Faria; LIMA, Vera Lucia Kodjaoglanian. Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 990-1001, out./dez. 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811916.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA OCUPACIONAL. Cargos e salários: médico sanitarista; diretor médico-hospitalar. São Paulo: Salario.com.br, 2026. Disponível em: https://www.salario.com.br/ocupacao/cargos/cbo-225139-cargos/. Acesso em: 8 jun. 2026.

COELHO, Erika. Residência Médica em Medicina Preventiva e Social: rotina, remuneração, estudos e mais! Estratégia MED, 6 maio 2025. Disponível em: https://med.estrategia.com/portal/residencia-medica/especialidades/medicina-preventiva-e-social/. Acesso em: 8 jun. 2026.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DOWBOR, Monika. Sergio Arouca: construtor de instituições e inovador democrático. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2009-2018, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.14302019.

KROPF, Simone Petraglia. Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

LEAVELL, Hugh Rodman; CLARK, Edwin Gurney. Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiologic approach. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 1965.

LEVAILLANT, Mathieu et al. Factors influencing medical students' choice of specialization: a gender based systematic review. EClinicalMedicine, [s. l.], v. 28, 100589, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100589.

MACMAHON, Brian; PUGH, Thomas F. Epidemiology: principles and methods. Boston: Little, Brown and Company, 1970.

MASSUDA, Adriano; BARROS, Nelson Filice de; ESTEVES, Roberto Jorge Freire; GUIMARÃES, Viviane Ribeiro. Uma chama que se apaga: residência de medicina preventiva e social. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 656-664, 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400014.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 13/04/2026 - **Accepted:** 11/06/2026
Vol: 13.12
DOI: 10.66104/qx18vy58
Pages: 1-16

NUNES, Everardo Duarte. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um campo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 809-816, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300003.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018.

PAIM, Jairnilson Silva. A formação de recursos humanos em saúde coletiva: contribuição da residência em medicina preventiva e social. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 71-79, 1985.

PORTER, Roy. The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity. New York: W. W. Norton, 1997.

SCHEFFER, Mário et al. Demografia médica no Brasil 2023. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Associação Médica Brasileira, 2023. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf. Acesso em: 8 jun. 2026.

SCHEFFER, Mário et al. Demografia médica no Brasil 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde; São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Associação Médica Brasileira, 2025.

SOUZA, Ligia Correia Lima de et al. Medical Specialty Choice and Related Factors of Brazilian Medical Students and Recent Doctors. PLOS ONE, San Francisco, v. 10, n. 7, e0133585, 2015. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133585.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7-30, 1987.