

POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Publicado em novembro-dezembro / 2002

Paulo Henrique D'Ángelo Seixas *

Ao tratarmos da construção de uma Política de Recursos Humanos, na perspectiva do gestor do sistema de saúde tomamos a noção da **política de governo**, como processo de escolhas públicas, direcionado à razão pública e ao interesse público, em especial, a política nacional de recursos humanos e sua relação com o processo de construção do Sistema Único de Saúde.

A idéia de que as políticas são escolhas públicas realizadas por atores legitimados (ou reconhecidos) na arena pública, implica escolha de **critérios específicos** para a sua proposição e, por conseqüência, para sua avaliação. Assim, elas serão: (i) tanto mais democráticas, quanto maior for a participação de atores legitimamente constituídos envolvidos no processo de deliberação sobre essas políticas; (ii) tanto mais inclusionistas e, portanto, "justas" (eqüitativas), quanto maior o número de setores em desvantagem (inclusive as chamadas minorias profissionais) envolvidos; (iii) tanto mais efetivas quanto maior o número de setores governamentais envolvidos e comprometidos com essa política, em cada esfera de governo e inter-esferas.

Portanto, as **políticas de recursos humanos** representam escolhas sobre cursos de ação e procedimentos que interessam à razão pública e a determinadas noções de bem estar público - social e econômico - e de boa convivência, os quais se relacionam com a **regulação da distribuição** dos seguintes bens:

- do conjunto e do perfil de RH oferecido pelos prestadores aos usuários dos serviços, que definem, em grande parte, a qualidade, a efetividade, a sua oportunidade, assim como o acesso real da população aos serviços de saúde;
- dos empregos (oportunidades de trabalho), salários e remunerações, incentivos, oportunidades de carreira e formação avançada oferecidos pelos empregadores aos trabalhadores;
- das oportunidades educacionais e de acesso ao sistema das profissões, tanto no sentido individual quanto no coletivo, oferecidos pelas instituições formadoras aos futuros profissionais;

- dos títulos de direito exclusivo e dos títulos e certificados reservados que conferem direitos legais de propriedade sobre campos de trabalho e reservas de mercado, entre outros, oferecidos pelas instâncias certificadoras aos profissionais.

No caso brasileiro, as bases legais que legitimam a ação do Ministério da Saúde na construção dessa Política estão expressas no artigo 200, inciso III da Constituição Federal que estabelece, como uma das atribuições do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema. Na seqüência, a Lei N° 8.080/90 explicita a necessidade de articulação entre as esferas de governo para a formalização e execução da política de recursos humanos. Outras referências, ainda, regulam esse ordenamento: (I) Emenda Constitucional n.º 19, artigo 39, que prevê a instituição de um Comitê, no âmbito dos três níveis de governo, para dispor sobre critérios para fixação de padrões de vencimento e obrigatoriedade dos entes federados em manter escolas para formação e aperfeiçoamento do servidor público; (II) a Lei n° 8.142/90 que institui a exigência de comissão de elaboração de planos de cargos e carreiras como critério para repasse de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios.

Esses dispositivos legais se, por um lado, apontam responsabilidades e competências, por outro, requerem discussão e pactuação para melhor regulamentação, no sentido de garantir adequada formação profissional, direitos trabalhistas e, ao mesmo tempo, instrumentos flexíveis de gestão do trabalho, que possibilitem, aos gestores, agilidade e rapidez nas decisões. Mesmo incompletas, estas referências permitem identificar a função diferenciada do Gestor Federal do Sistema no processo regulatório da oferta e demanda de recursos humanos, por meio da articulação entre setores e órgãos das três esferas de governo, de modo a propiciar maior direcionalidade ao conjunto das ações na área de recursos humanos, bem como da ampla mobilização de representações de trabalhadores e prestadores de serviço em torno da formulação de acordos ou compromissos que apontem para a valorização e a qualificação do trabalho.

A construção das Políticas se faz, entretanto, no contexto de realidades e demandas sociais distintas que se transformam ao longo do tempo. Nessa perspectiva, devemos destacar os cenários e tendências atuais para as políticas de recursos humanos frente à reforma setorial em curso, no país.

As Perspectivas da Política de Recursos Humanos

De uma situação onde se percebia um enorme dever fazer, associado a uma ausência de ações representativas, e uma valorização do problema reduzido a alguns poucos iniciados, passa-se hoje a contar com uma diversidade de iniciativas sustentáveis e de alto impacto, com um volume de recursos agregado bastante significativo, e orientado para problemas chave de recursos humanos, assim como, em função das novas questões surgidas decorrentes da sua reorientação, a elaboração da Política de Recursos Humanos passa a ser crescentemente discutida nos níveis estratégicos de gestão do sistema.

No campo da preparação aquele conjunto de ações, desenvolvida em parceria com uma infinidade de instituições formadoras, secretarias municipais e secretarias estaduais de saúde constitui uma importante base para a organização de uma rede de educação continuada/ permanente para o sistema, com dimensões nunca atingidas anteriormente. A constituição do Grupo de Trabalho Permanente de Recursos Humanos permite por sua vez iniciar articulação entre os diferentes setores do Ministério da Saúde, em conjunto com Conass e Conasems no sentido de se estabelecer um processo de oferta sistemático, regular e continuado de iniciativas de qualificação profissional, baseado em prioridades consensuadas para o sistema e adaptado às realidades e demandas locais-regionais. Este processo de articulação federal poderá permitir, por sua vez, a indução a processos ordenados semelhantes no âmbito estadual e nos grandes municípios, reduzindo a fragmentação de ações hoje existente. A constituição de uma **instância de coordenação estadual, com agilidade administrativa para gerenciamento de recursos** – por exemplo a través de uma Organização Social, de uma OSCIP, ou mesmo de uma Fundação, associada à obrigatoriedade de adoção de um **sistema de informação e acompanhamento específico**, poderiam ser componentes importantes para a estruturação de um **Sistema Nacional de Qualificação de Pessoal**, com possibilidade de **repasse fundo a fundo**, que superariam as tradicionais formas de financia-

mento baseadas em convênios por programas, assim como criariam a possibilidade de participação complementar de estados e municípios.

O problema tradicional refere-se ao distanciamento entre os centros formadores e a necessidade dos serviços. Tal distanciamento revela-se em duas dimensões:

- na inadequação dos profissionais formados, em termos de competências requeridas – traduzidas, por exemplo, na dificuldade referida principalmente pelos médicos para exercer competências gerais no cuidado individual, bem como para as atividades de planejamento em saúde, relacionamento com a comunidade e abordagem psico-afetiva no PSF, e reafirmadas pelas avaliações provenientes do provão e do Cinaem, que dão conta de um domínio de cerca de 50% das habilidades requeridas aos médicos no final do 6º ano;
- no desenvolvimento de estratégias insuficientes para a dimensão da atividade de preparação exigida pela implantação do sistema, que não pode ser feita apenas através de metodologias presenciais, em cursos que afastam os profissionais das atividades e se baseiam em pré-supostos estabelecidos apenas pelos centros formadores e não nas demandas concretas apresentadas pela organização dos serviços onde os profissionais atuam.

Por outro lado a Lei de Diretrizes e Bases, ao estabelecer um ensino baseado no desenvolvimento de competências, ao dar ênfase na formação a partir do trabalho e ao permitir a flexibilização dos currículos, substituindo o currículo mínimo pelas diretrizes curriculares – que no caso da saúde estabelecem um conjunto de competências comuns para todos os profissionais reconhecidos neste campo, voltados para as necessidades dos serviços, abriu espaços para significativas inovações e oportunidades para esta aproximação, tanto no nível superior como no nível médio.

A disponibilidade de recursos financeiros provenientes de empréstimos internacionais – Reforsus, Profae, PSF, AIDS; a existência de experiências descentralizadas bem sucedidas, bem como de metodologias de metodologias de educação em serviço testadas em projetos anteriores (projeto Larga Escala) e a distribuição nacional de centros formadores, permitiram a implementação de ações estratégicas intensas e significativas, que respondendo as demandas de implantação do sistema – desenvolvimento gerencial, descentralização e regionalização, qualificação para a atenção básica, começam a reverter aquele afastamento referido.

São exemplos destes projetos estratégicos:

- 1- as iniciativas de capacitação gerencial, que se distribuem desde a capacitação de para o trabalho em equipes, gerência de unidades básicas de saúde (GERUS), capacitação para gestores municipais; especialização em gestão de serviços para equipes municipais e estaduais; Mestrados Profissionalizantes; especialização para gestores de Recursos Humanos (CADRHU);
- 2- os Pólos de Capacitação em Saúde da Família, que possibilitaram a articulação ensino-serviço (envolvendo estados, municípios e mais de 100 centros formadores no país, em 30 Pólos instalados) no desenvolvimento de estratégias de curto e médio prazo para a preparação de pessoal de saúde da família;
- 3- o Profae, voltado para a formação de 250.000 auxiliares de enfermagem, permitindo também o desenvolvimento de metodologias para formação e certificação baseada em competências, preparação descentralizada de agentes formadores à distância, desenvolvimento institucional das escolas técnicas para outras iniciativas de formação de nível médio;
- 4- Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina (PROMED), iniciativa inédita de articulação entre Ministério da Saúde, MEC e Organização Panamericana de Saúde, para induzir a introdução dos princípios definidos pelas novas diretrizes curriculares nas escolas médicas, devendo estender-se também para as escolas de enfermagem;
- 5- O Proformar, desenvolvido pela Funasa, em parceria com a Fiocruz, destinado a formação de guardas sanitários descentralizados;

O Curso de Especialização em Saúde da Família, em serviço, desenvolvidos em parceria com municípios, estados e Pólos de Capacitação em Saúde da Família, com a respectiva bolsa, oferecidos pelo Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, destinado a aproximadamente 600 médicos e enfermeiros que vão realizar o curso constituindo as equipes de saúde da família de cerca de 300 municípios carentes e destituídos de assistência básica nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Norte de Minas Gerais.

Finalmente, no campo da regulação profissional, parece ser de fundamental importância publicizar a discussão relativa à propriedade dos campos profissionais. Para tanto, um formato de regulação profissional e ocupacional a ser estimulado, baseado no princípio geral da utili-

dade pública da regulação, deverá contemplar, na prática, o balanço criterioso entre objetivos pragmáticos da política do governo para o setor e do fortalecimento das instituições básicas de uma sociedade justa, dentre os quais, vale citar:

- proteção do público contra a ação de provedores desqualificados, inescrupulosos e profissionais incompetentes;
- promoção da eficiência na provisão dos serviços de saúde;
- garantia da acessibilidade aos serviços de saúde;
- garantia da equidade na distribuição dos serviços de saúde;
- garantia da igualdade de tratamento sobre os pleitos das diversas profissões e ocupações;
- promoção de capacidade de Estado para a coordenação da política para as profissões.
- Um grupo tarefa específico, inter-ministerial, coordenado pelo Ministério da Saúde, deverá assumir essa responsabilidade, com as seguintes atribuições:
- ampliação das discussões sobre a reforma da regulação profissional por intermédio do envolvimento amplo dos atores competentes;
- levantamento e análise das diversas demandas relacionadas ao campo da regulação profissional tramitando no âmbito do Ministério da Saúde e do parlamento nacional;
- diagnóstico da situação da regulação profissional e ocupacional da saúde no âmbito internacional;
- a proposição de protocolos de procedimentos uniformizados com vistas ao recebimento, análise e encaminhamento das demandas existentes.

Considerações Finais

Por tudo o que foi feito e pelo que falta fazer, a Política de Recursos Humanos ganhou espaço institucional e relevância estratégica dentro do sistema. Avançar nesta política, entretanto pressupõe muito mais que o fortalecimento de um determinado locus institucional específico, uma enorme capacidade de negociação e de articulação intra e interinstitucional, bem como a capacidade de aprender a construir com as diferenças e com a diversidade.

* *Ex- Diretor Técnico da Coordenação geral de Política de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, Médico Sanitarista.*

INTERAÇÃO ESCOLA MÉDICA - SERVIÇOS

Publicado em setembro-outubro / 2002

Carlos Alberto Justo da Silva *

As recentes mudanças que vêm ocorrendo na educação médica são relativas à reestruturação dos serviços de saúde. Hospitais universitários tradicionais vêm se tornando cada vez mais especializados e menos adequados para viabilizar as competências necessárias ao final da graduação. Isto ajudou a descentralizar a educação médica em ambientes de ensino mais adequados. Estas e outras mudanças geralmente foram desencadeadas por pressão do sistema de saúde em lugar de serem instigadas pelas escolas médicas por razões educacionais. As funções da escola médica e do hospital universitário são entrelaçadas, e freqüentemente apresentam relações muito complexas que se refletem em proporções diferentes de importância para o ensino, assistência e pesquisa. A ordem do dia para desenvolvimento das relações é uma aproximação crescente da universidade com os serviços agregando a este processo os organismos de governos responsáveis pela saúde da população e os usuários do sistema.

Novas relações podem trazer novas oportunidades. Entre os aspectos educacionais que têm evoluído na área de concordância das escolas médicas com os serviços de saúde estão a educação multiprofissional, educação permanente e a educação em saúde.

As recentes mudanças em educação médica dão para escolas médicas novas oportunidades de se envolverem mais ativamente no desenvolvimento e provisão dos serviços de saúde, especialmente em projetos de atenção primária e secundária e em saúde pública.

O atual momento de transformação do palco de aprendizagem da escola médica pode servir para definir o novo equilíbrio de responsabilidades na relação funcional das escolas médicas e serviços de saúde que pode e deve mudar.

Vamos abordar alguns aspectos teóricos dessa relação mas principalmente a nossa experiência vivenciada. Como alguém já disse, o movimento das escolas precisa sair do "domínio cognitivo" e exercitar o "domínio psicomotor".

Hoje não é mais possível falar em articulação da escola médica com o hospital universitário sem vislumbrar esse novo palco de aprendizagem onde se desenvolverá o ensino médico.

Normalmente as políticas fixadas pela escola médica e pelo hospital possuem um grau de independência inaceitável em termos de duas organizações que devem caminhar juntas. Essa situação favorece a baixa competitividade que a maioria dos centros médicos universitários possuem.

Assim, como não é mais aceitável um hospital universitário sem uma interação efetiva com a escola médica, não é possível dissociar esses dois atores, de uma interação com um espaço maior, que se chama distrito docente assistencial. Essa nova realidade estabelece a necessidade de integração da escola com o distrito e dos elementos que compõem o distrito entre si, ou seja viabilizar a referência e contra referência, não somente dentro de uma ótica assistencialista, mas sua intermediação vinculada ao processo de ensino aprendizagem.

Ou seja o atual palco da escola médica deve conter de forma estruturada os três níveis de atenção à saúde necessários à formação do médico.

A palavra chave para interação é planejamento. Algumas vezes até há planejamento mas escola e hospital cada um tem o seu. Tem que haver planejamento integrado. Atualmente, diríamos mais, esse planejamento integrado não é só da escola e do hospital universitário mas como vimos do distrito docente assistencial como um todo. Ele deve envolver todos os setores envolvidos com a formação médica, principalmente em nosso caso, a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF) representando o setor primário. Com o aumento da multiplicidade de parceiros cabe à escola o papel integrador, por ser ela o elemento mais estável desta relação.

Com culturas diferentes a academia médica e os serviços de saúde muitas vezes divergem de metas, principalmente, no que se refere às atividades de extensão. A maioria polarizou posição na qual academia não teria função da prover cuidado médico, e por outro lado os serviços de saúde, não estariam comprometidos em disponibilizar recursos financeiros e humanos para a academia.

Enquanto a academia tem como modelo o doutor/pesquisador, o serviço tem como modelo o especialista/assistencial. Esta simplificação é enganadora e não reconhe

ce que tanto o trabalho de professores médicos como o de pesquisadores não pode acontecer sem atividade clínica. E os administradores dos serviços de saúde parecem estar reconhecendo que os padrões de cuidado não avançam sem a pesquisa acadêmica e a experimentação que acontecem nas escolas médicas.

Já foi dito que o principal objetivo do hospital de ensino é a sua participação na formação de recursos humanos para a área da saúde. Especificamente, os hospitais de ensino surgiram como uma necessidade da escola médica. Com os avanços tecnológicos principalmente a partir da metade do século passado, tornou-se cada vez mais importante o hospital universitário como identificador que as escolas detinham tecnologia e dispunham do estado geral da arte. Quando de sua criação, por sua complexidade e volume de recursos que movimentam, os hospitais, na maioria das universidades ficaram subordinado diretamente à reitoria e não à escola médica. Durante o período de altas taxas de inflação, o resultado da aplicação destes recursos era utilizado pelas reitorias no financiamento da universidade como um todo.

Este foi sem dúvida, um dos fatores da relação de independência hospital/escola observado na maioria das universidades.

Assim os papéis estratificados de independência entre as duas instituições procuram conciliar muito mais interesses internos do que as expectativas externas ou seja os desejo do corpo discente e da população em relação ao funcionamento da escola e do sistema de saúde.

Como aspecto adicional na dificuldade de relação entre escola-hospital; hospital-serviços; escola-serviços está a falta de parâmetros similares para o restante da universidade que tem grande dificuldades de entender a agilidade que esse processo necessita e o grau de autonomia que deve ter. A necessidade de integração básico profissionalizante e interdepartamental com o ensino centrado no aluno e o novo papel do docente na relação ensino-aprendizagem, vem ocorrendo com muito mais intensidade na escola médica do que no restante da universidade. Este fator representa uma das dificuldades, por que passa a escola médica, no intuito de instrumentalizar o seu projeto de mudança por sua incompatibilidade, com as atuais formas de organização principalmente das universidades públicas. A este respeito, a escola médica parece estar funcionando como agente de mudança para o restante da universidade.

Diríamos então, que o compromisso da escola e do hospital não é apenas como formadores de recursos hu-

manos para a saúde, é também e fundamentalmente como agentes de mudança, pelo menos das condições dos serviços de saúde oferecidos à população. Por isto o hospital universitário deste estar totalmente vinculado à rede de serviços. Mas neste campo também enfrentamos dificuldades, pois, na maioria dos casos, o hospital universitário é um hospital de referência estadual, que tem que coexistir com a prioridade de ser referência para o Distrito docente assistencial, ou seja, para a comunidade que o circunda que no nosso caso, representa toda a região leste da ilha com uma população estimada de 80.000 pessoas. Isto implica na aceitação de que este compromisso vai de janeiro a janeiro e não está vinculado a calendários acadêmicos. Ao se preparar para este desafio, o hospital que possuía duas portas de acesso, sua emergência e sua rede de ambulatorios, evoluiu de uma central própria de marcação de consultas e exames, para uma agenda totalmente voltada ao SUS, através da central estadual de marcação de consultas, vinculada à secretaria estadual de saúde. Esta maior inserção social do hospital acarretou alguns ônus, como a perda de receita, tendo em vista que aumentou a ociosidade do sistema já que muitos pacientes agendados pela central, não comparecem às consultas ou exames por motivos os mais diversos, mas principalmente pela dificuldade de locomoção dos usuários provenientes das várias regiões do estado. Podemos observar assim, que quando se fala em interação, fala-se em soluções mas também no desafio de estar preparado, para enfrentar novos problemas. Com o estabelecimento há três anos do distrito docente assistencial, iniciamos um levantamento epidemiológico das necessidades de referência do setor primário para o setor secundário e terciário que estão sendo quantificado e especificado. A partir daí, definiremos a necessidade de uma terceira porta de entrada através da referência do distrito, alocando ao mesmo um percentual de consultas, diferenciado conforme os serviços e que precisa ser definido com precisão já que o estabelecimento de cotas percentuais sem indicadores precisos acarretará também ociosidade, desperdício, falta de eficiência. Este levantamento de dados estabelecerá a curva de tendências de demanda, e já vem nos ajudando na definição da unidade secundária, pois constatamos por exemplo que além das especialidades clássicas de internistas, ginecologia, obstetrícia e pediatria geral, há necessidade de incorporar cardiologistas e oftalmologistas na equipe da unidade secundária.

O Distrito não conta ainda com uma unidade secundária devidamente estruturada, questão que estamos dis

cutindo com a prefeitura e levantando recursos para sua formalização. Atualmente estes serviços funcionam de maneira inadequada junto aos ambulatórios do Hospital Universitário.

Pela complexidade que apresenta a única relação possível para viabilizar a integração Escola-Hospital, Escola-Distrito, Hospital-Sector Primário e Secundário, é a de co-gestão. Esta implica na aceitação da escola do desafio de assumir na sua plenitude a assistência e o parceiro aceita o compromisso do ensino e da pesquisa de forma não dissociada da sua atividade de assistência.

A relação baseada em convênio para estágio, vislumbra na maioria das vezes, uma relação não sedimentada no compromisso, mas na tolerância, adquirida pelo vislumbre do hospital ou instituição pública ou privada usufruir o prestígio junto à opinião pública de usar o termo escola médica, e de poderem a partir daí alavancar novas fontes de recursos e principalmente de receberem FIDEPES. E neste aspecto, nem na destinação do FIDEPES a escola médica é chamada a participar, na maioria dos casos o FIDEPES é utilizado unicamente como complementação de custeio. São estes os fatores que na maioria das vezes norteiam o interesse pelo estabelecimento destes convênios e não o compromisso com o ensino, o compromisso com a pesquisa e o compromisso com uma prática assistencial diferenciada onde possa se assentar um verdadeiro processo de ensino-aprendizagem. Assim uma verdadeira escola médica pode até não ter seu hospital próprio mas no local onde ela se insere ela se insere com um contrato de co-gestão. E isto é verdadeiro tanto para o hospital universitário como para os demais níveis de assistência setor primário e secundário. Este modelo já estava concretizado desde do início das atividades do HU/UFSC, cujos Serviços são dirigidos por professores dos diversos departamentos da escola, e a orientação diagnóstica e terapêutica é de responsabilidade dos docentes. Além disso, o Conselho Diretor do HU/UFSC a quem cabe estabelecer diretrizes e objetivos a serem obedecidos e atingidos pelo hospital, é formado por membros da direção executiva do HU, pelo diretor do Centro de Ciências da Saúde, representantes dos cursos com atuação no hospital além de representantes dos corpos discente e técnico administrativo.

Os processos de Integração Docente Assistencial ensejam os mecanismos mais eficientes, para que a Universidade cumpra o seu papel pedagógico e na implantação e desenvolvimento do SUS.

Também em relação ao setor primário, esta foi nossa opção, há 15 anos havia sido criado um serviço de aten-

ção primária ligado ao hospital universitário visando ter uma rede primária própria. Para nos adequarmos aos princípios do SUS e evitar a manutenção de uma rede paralela idealizada e não integrada, a nossa decisão foi desativá-la, para iniciarmos com a prefeitura, o processo de co-gestão. O caminho escolhido é mais difícil de operacionalizar, necessita um maior dispêndio de tempo para discussão e processos de pactuação mas ele é pedagogicamente mais válido, verdadeiro e sustentável ao longo do tempo.

Os princípios de co-gestão se baseiam num núcleo gestor com igualdade de membros da academia e dos serviços (Hospital e PMF), com o mesmo perfil nas várias instâncias de decisão. No centro do processo de discussão e decisão está a definição do grau de autonomia acadêmica, administrativa e financeira necessários para sedimentar o distrito. Entre as prioridades estão a definição de matriz de financiamento, busca de recursos financeiros, melhoria da infra-estrutura e início da discussão para definição de um plano de carreira articulado.

O atual processo de co-gestão UFSC/PMF do Distrito Docente Assistencial se apóia nos seguintes princípios facilitadores: firmado contrato de co-gestão Prefeitura / Universidade com controle de gestão igualitária Escola-HU-PMF; conjuntura de apoio dos gestores favoráveis para desenvolvimento da articulação; configuração e legitimação do distrito-escola pela rede de serviços; profissionais com duplo-vínculo UFSC/PMF; política de complementação salarial; avaliação positiva da população e aumento da resolubilidade.

Apesar da concordância dos diversos segmentos da importância da proposta algumas dificuldades persistem como: tradição de autonomia das instituições de ensino e de serviços dando pouca flexibilidade a proposta de trabalho integrado; disputas de espaços; disfunção do sistema de referência e contra-referência; dificuldade de contratação de recursos humanos para o programa; alguns profissionais da equipe com perfil inadequado ao trabalho; ausência de financiamento específico e ausência de carreira para os profissionais do programa. O próximo passo é levar a legitimação do distrito aos demais atores sociais a saber: Câmara de Vereadores; Conselho Municipal e Locais de Saúde; Ministério da Educação e da Saúde e demais entidades ligadas à área de saúde.

Nenhuma estratégia é superior a outra, tudo deve estar aberto a modificações, adaptações e circunstâncias locais.

* *Diretor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.*

PROMED - DA UTOPIA À REALIDADE

Publicado em novembro-dezembro / 2002

José Roberto Ferreira *

Introdução

Durante grande parte do século recém terminado lutaram os orientadores de política no campo da educação médica na busca de uma possível mudança do padrão tradicional do currículo, visto como dependente do que chamavam de paradigma flexneriano, responsável, por sua vez, de uma formação centrada na medicina curativa-individual, realizada em ambiente hospitalar, com incorporação indiscriminada de tecnologias e forte tendência à especialização. Tudo isto contribuindo para certo desvio das necessidades de saúde mais prementes e para o encarecimento da atenção médica a um nível muito por cima do que pode absorver a sociedade e o próprio Estado, em contextos em que se atribui a este último a obrigação de cuidar da saúde da população.

A toda esta luta opunha-se uma grande resistência às mudanças que indicavam que quanto mais se tratava de reorientar o currículo médico mais ele continuava o mesmo, chegando-se a observações como a de Durocher (um Professor da Universidade de Pittsburg) que afirmava “ser mais difícil mudar um currículo do que transladar um cemitério”. Estudos realizados em Argentina e México, cobrindo um período de mais de 50 anos demonstravam, igualmente, que apesar de repetidas tentativas de mudança os planos de estudos permaneciam inalterados.

Em meio a essa situação pouco estimulante, participamos por três décadas desse esforço de mudança, enfrentando a natural frustração resultante dos poucos resultados obtidos e podemos confessar que praticamente nos dávamos por vencidos, admitindo a impossibilidade de nosso cometimento.

Hoje, podemos dizer, com grande satisfação, que tudo parece indicar que o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED veio possibilitar uma superação daquela aparente impossibilidade, representando um passo significativo para poder-se implementar uma formação melhor orientada às necessidades de nossa sociedade. Dos antecedentes que permitiram chegar a esta iniciativa há que ressaltar um elemento fundamental que foi a inclusão na Constituição de 1988, não só da cláusula que estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado... visando o acesso universal e igualitário... e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, como, especialmente a que declara que “ao sistema único de saúde compete, ... ordenar a formação

de recursos humanos na área da saúde”, o que permitiu que o Setor Saúde coordenasse com o Setor de Educação a iniciativa de reorientação da formação médica.

Antecedentes

Para nós, o potencial do PROMED tem um significado muito especial por relacionar-se com uma linha de trabalho que desenvolvemos há pouco mais de uma década, ainda em Washington, que foi aplicada em vários países da América Latina, mais com fins diagnósticos e de avaliação que de indutor de mudanças, utilizando um método que ficou conhecido como Análise Prospectiva da Educação Médica. Não chegamos a aplicar este procedimento no Brasil porque naquela ocasião acabava de realizar-se um levantamento da situação de suas Escolas, parecendo não ser conveniente duplicar o questionamento de qualidade das instituições.

O método, utilizando indicadores relativamente pontuais, procurava ser exaustivo na análise dos fatores que influenciavam a educação médica e, é possível que essa exaustividade tenha sido a responsável pela sua pouca utilização. Trabalhava-se com 43 indicadores distribuídos em quatro campos que incluíam contexto, estrutura, função e integralidade.

Na formulação do PROMED, o método descrito foi lembrado e no seu resgate utilizou-se apenas os indicadores de “função”, que incluíam o conteúdo programático, a articulação com o serviço e a orientação da aprendizagem, admitindo-se que para o objetivo que se perseguia, de moldar um novo padrão da formação, estes eram os parâmetros mais importantes. O primeiro destes indicadores é medido pela produção de conhecimento (esforço de investigação), orientação da pós-graduação e da educação permanente; o segundo pela diversificação dos cenários de práticas e a relação com as necessidades do SUS; e o terceiro pela integração básico-clínica e pela abordagem didático-pedagógica.

Entretanto, queremos deixar claro que a estratégia que se persegue deve, de uma vez por todas, romper com o estiramento de posições dialéticas que opunham o individual ao coletivo, o curativo ao preventivo, o institucional ao comunitário e o tecnicismo ao humanismo. A nova abordagem terá que conviver com todos estes elementos na devida proporção, buscando o equilíbrio que impõe a pluralidade de situações para a qual o futuro médico deva

estar preparado, valorizando os determinantes da saúde no mesmo grau que as causas da enfermidade. Queremos, isso sim, alcançar o desenvolvimento científico e tecnológico num contexto humano e ético, na busca de equidade e efetividade de uma prática marcada por excelência técnica e relevância social. E, para isto, advoga-se uma abordagem interdisciplinar com ampla articulação entre as ações promocionais, preventivas e curativas, usando em forma balanceada a comunidade, o ambulatório e o hospital. Por último, admite-se que melhor se poderá alcançar estes objetivos adotando um processo de ensino e aprendizagem centrado no aluno, com amplo acesso às fontes de informação e adequada orientação tutorial e com possibilidade de exercitar-se na solução de problemas e na abordagem prática da atenção à saúde.

Todo o anterior, analisado agora à luz da experiência em curso de implantação do PROMED indica que a premissa era válida. Embora ainda tenhamos que basear nossa avaliação em propostas e não em resultados concretos, é possível admitir pelo grau de avanço observado nos documentos das Escolas que concorreram, que nos acercamos a uma real transformação no modo de orientar a formação dos futuros médicos.

Foi tal o impacto resultante que chegamos a propor aos responsáveis pelo Programa, a possibilidade de realizar-se posteriormente uma revisão detalhada dos melhores projetos, com vista a reunir um material precioso para a orientação futura da educação médica no nosso meio, o que poderia servir para as outras Escolas que venham a apresentar projetos nas próximas oportunidades. Esperamos poder realizar esta revisão.

As propostas

Como a seleção estava diretamente relacionada à distribuição de recursos para financiamento da implantação da mudança, tivemos que respeitar a limitação de escolher os 20 melhores projetos que se apresentaram com muito boa orientação e que, muito provavelmente vão alcançar seus objetivos de permitir uma formação geral mais ajustada às necessidades do país, sem prejuízo de poderem assegurar um nível técnico científico adequado, favorável ao desenvolvimento futuro dos médicos egressos.

A partir destas considerações, em que realçamos o valor da iniciativa, é necessário, ainda que em termos muito perfunctórios, comentar alguns aspectos técnicos de maior importância. Em primeiro lugar há que ressaltar que a mudança que se pretende impõe de imediato uma certa hierarquia entre os seus três eixos de articulação, ficando claro que o primeiro e mais importante componente será sempre o conteúdo programático, que representa a estru-

tura do conhecimento e, portanto o nível de maior profundidade de análise; um segundo nível de influência pode ser atribuído ao cenário de prática, que constitui o campo em que se estabelecem as relações sociais da prática profissional; e finalmente, sem querer reduzir sua importância, incide a orientação pedagógica, que atua como facilitadora do aprendizado, mas que tanto pode facilitar uma abordagem preventivo-promocional como uma essencialmente curativa, dependendo sempre do contexto aonde é aplicada.

Fazemos estas considerações para chamar a atenção do fato de que, à parte de que um bom número de projetos deu a devida importância a essa hierarquia, ainda, encontramos casos em que predominou o interesse pela abordagem pedagógica, aparentemente, em grande medida, pela influência da introdução da modalidade de "aprendizado baseado em problemas" (PBL em seu acrônimo original em inglês), a qual pode ser um ingrediente de grande potencial no processo de mudança, mas não deve, de maneira alguma, suplantá-la, na concepção dos educadores responsáveis, a força da reorientação teórica, do tipo de pesquisa que se promova, das linhas de pós-graduação e da diversificação dos cenários de prática na indução do novo currículo.

A falta de experiência com o modelo que se quer implantar assim como as características do corpo docente atualmente disponível, ainda de tendência mais especializada, podem explicar a insipiência, em certos casos, do enfoque teórico, sobretudo, no que diz respeito às propostas de desenvolvimento de pesquisa, que mais tradicionalmente ocorreram nas áreas de especialidades. Por outro lado, a abordagem de um conteúdo interdisciplinar necessariamente apresenta maior dificuldade, tanto em termos da seleção dos temas como na conformação das equipes docentes integradas. Assim mesmo, foi possível observar esforços louváveis na formulação dos novos currículos, apesar de que este eixo é o que conta com menos experiências que pudessem ser tomadas como exemplo.

Em relação aos cenários de prática há que diferenciar o simples uso de serviços do SUS da participação efetiva no funcionamento dos mesmos. Um bom número de Escolas, que utilizam hospitais vinculados ao SUS, entende que estão desenvolvendo uma real integração docente-assistencial, às vezes sem tomar em conta que não participam da atenção ambulatorial ou comunitária, ou não expõem os alunos a uma diversidade adequada de situações assistenciais e tão pouco vivenciam os processos de referência e contra-referência de pacientes. No PROMED o que se esta buscando é, justamente, a possibilidade de que a Escola possa estabelecer uma parceria com o SUS, interagindo na programação de atividades, na marcação

de consultas e, em todas as etapas do processo assistencial. A maior dificuldade nesse eixo parece dever-se ao fato de que a relação com o serviço sempre esta presente e a sutil diferença na forma de orientar esta relação nem sempre é de fácil percepção.

Outra observação interessante, entre as propostas que mais se destacaram, foi a tendência pregressa de buscar uma orientação mais comunitária, através do desenvolvimento de projetos pilotos em centros de saúde periféricos, hospitais gerais em zonas carentes e, até mesmo, estágios em zonas rurais, incluindo atividades preventivas e de promoção da saúde, com programas de orientação pré-natal, aleitamento materno, imunização, prevenção de doenças de transmissão sexual, câncer, diabetes e/ou hipertensão, educação para a saúde e muitos outros, desenvolvidos com recursos das próprias escolas ou com subvenções específicas e apoio de entidades filantrópicas. Claramente a dedicação a atividades extracurriculares desse tipo parecem constituir uma predisposição para a adoção de mudanças de maior amplitude de toda a Escola, especialmente no tocante aos cenários de prática.

Com o eixo da abordagem pedagógica observa-se uma reação diferente, destacando-se com muito maior nitidez a separação entre o enfoque disciplinar clássico e a orientação mais pontual de focalizar problemas específicos, com frequência demandando a utilização de conhecimentos de várias disciplinas, integrando aportes das ciências básicas e das especialidades clínicas. Soma-se a isto a disponibilidade de modelos desenvolvidos em outros contextos, que já passaram por uma etapa de experimentação, e aos quais se lhes não dado ampla publicidade, facilitando possíveis transferências e reproduções.

O que vimos nas propostas selecionadas foi um esforço louvável de poder estabelecer uma nova abordagem, enfrentando todas as dificuldades e superando as fraquezas inerentes à resistência à mudança, num processo de motivação e reorientação do corpo docente através de debates, assessoria técnica e reconsideração das práticas convencionais, com vistas a uma ampla reprogramação dos currículos – abordando de forma equilibrada a saúde e a enfermidade – uma importante revisão do grau e extensão de utilização dos serviços de saúde - para o qual às vezes se necessita o reaparelhamento dos mesmos e, certamente um relacionamento mais harmônico entre os responsáveis pelas duas vertentes, a educacional e a assistencial - e por último, um verdadeiro treinamento em práticas didático-pedagógicas - com mobilização de recursos que facilitam o auto-aprendizado, introdução do sistema de tutorias e avaliação formativa e, ainda, em muitos casos, exige a preparação de materiais mais adequados para um aprendizado ativo.

Este conjunto de medidas envolve uma grande complexidade e pode demandar inversões significativas, para as quais a contribuição do PROMED não pode ser mais que uma semente incentivadora, dependendo de cada uma das Escolas um esforço adicional para captar outros financiamentos e poder assegurar a sustentabilidade e efetividade do processo de mudança, fato que já pode ser observado nos projetos selecionados. Por outro lado, o prazo de três anos estabelecido para o desenvolvimento dos projetos deve ser visto como a etapa de introdução e ajuste da proposta, sendo passível de revisões periódicas para corrigir eventuais desvios e assegurar uma adequada adaptação do processo às necessidades da prática assistencial, do ensino e aprendizagem e do próprio desenvolvimento científico e tecnológico, que terá que seguir, no contexto da mudança. A real avaliação do programa só poderá ser realizada ao final de pelo menos uma década, quando os primeiros grupos de egressos já estejam incorporados ao serviço e seja possível analisar em sua totalidade as conseqüências diretas e indiretas desse realinhamento da integração docente assistencial.

A importância destas considerações deve-se ao fato de que, no momento estamos iniciando uma experiência coletiva, altamente significativa, na qual será necessário exercitar continuamente a abordagem de “ensaio e erro”, num processo de aprender fazendo, aplicando o que nos ensinou Machado (o escritor cubano): “caminhante, quando não há caminho, faz-se o caminho ao andar”, assegurando a possibilidade de reorientar a educação médica para que deixe de ser vista como uma utopia e possa tornar-se realidade.

BIBLIOGRAFIA

1. Campos FE, Ferreira JR, Feuerweker L, Sena RP, Campos, JJB, Cordeiro H, Cordoni Jr L. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. *Rev Bras Educ Med* 2001; 25(2): 53–59.
2. Ferreira JR et. al. El Análisis Prospectivo de la Educación Médica en América Latina. *Educ Med Salud* 1988; 22(3)
3. Ferreira JR. Evaluación Prospectiva de la Educación Médica. *Educ Med Salud* 1986; 20 (1)
4. Lampert JB. *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 2002. 282 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Organização Panamericana da Saúde. PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002. (Edital de Convocação).
6. Organização Panamericana da Saúde. *Encuentro Continental de Educación Médica*. Montevideu: ALAFEM, PS/OMS, 1997. 77 p.

* Ex-Diretor do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana da Saúde, Washington, D.C. - USA (1974/1995) - Membro da Comissão de Seleção do PROMED, Brasília, D.F. (2002)

INTEGRALIDADE E PRÁTICAS DE SAÚDE: TRANSFORMAÇÃO E INOVAÇÃO NA INCORPORAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE NOVAS TECNOLOGIAS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS NO SUS

Publicado em janeiro-fevereiro-março-abril /2003

Roseni Pinheiro *

Descentralização, Universalidade e Integralidade da atenção constituem uma tríade de princípios que expressam em grande medida o processo de consolidação de conquistas do direito à saúde como uma questão de cidadania.

Este processo foi marcado por mudanças jurídicas, legais e institucionais nunca antes observadas na história das políticas de saúde no país. Com a descentralização, novos atores incorporaram-se ao cenário nacional e esse fato, juntamente com a universalidade do acesso aos serviços de saúde, possibilitou o aparecimento de ricas e diferentes experiências locais centradas na integralidade da atenção. Tal integralidade entendida é aqui no sentido mais ampliado de sua definição legal², ou seja, como uma ação social que resulta da *interação democrática* entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do *cuidado de saúde*, nos diferentes níveis de atenção do sistema.

São milhares de gestores, profissionais e usuários do SUS que, na busca pela melhoria de atenção à saúde, vêm apresentando evidências práticas do inconformismo e da necessidade de revisão das idéias e concepções sobre saúde, em particular dos modelos technoassistenciais. Não se quer negar, com essa afirmação, a existência de tensões e conflitos que permearam a luta pela implantação de políticas públicas mais justas nos países, mas sim destacar a *ação criativa* desses novos atores, verdadeiros sujeitos em ação que, na luta pela construção de um sistema de saúde universal, democrático, acessível e de qualidade, vêm possibilitando o surgimento de inúmeras inovações institucionais, seja na organização dos serviços de saúde, seja na incorporação e/ou desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS.

Com efeito, reconhecer essas experiências de iniciativas municipais e estaduais tem implicado no repensar dos aspectos mais importantes do processo de trabalho, da gestão, do planejamento e, sobretudo, da construção de novos saberes e práticas em saúde. Em que pese a diversidade e a pluralidade dos temas abordados, é possível perceber os diferentes desafios enfrentados pelos gestores, profissionais e técnicos para encontrar soluções para os problemas de saúde prioritários da população. Em relação às novas tecnologias assistenciais, mais especificamente, verificam-se que práticas em saúde desenvolvidas nessas experiências vêm resultando em transformações no cotidiano das pessoas que bus-

cam e oferecem cuidados de saúde.

Vejam algumas delas. As propostas de promoção da saúde, por exemplo, que na maioria das vezes eram compreendidas como um conjunto de 'tecnologias simplificadas', surgem nesse contexto como uma prática caracterizada por uma elevada densidade tecnológica, na qual a interdisciplinaridade dos conhecimentos envolvidos evidencia a alta complexidade de suas ações. Essa compreensão da promoção da saúde vem reforçar a importância da atenção básica na oferta de serviços públicos, como um dos *locus* mais importantes para consolidação dos princípios do SUS, no qual integralidade da atenção é o amálgama dos demais princípios e fundamenta o cuidado como uma tecnologia de saúde. Nesse sentido o 'cuidado na atenção à saúde' é tomado como uma tecnologia assistencial complexa, presente em todos os níveis de atenção do sistema, pois, ao praticá-lo, buscava-se estabelecer relações de saúde e relações sociais. Ou seja, ao garantir as relações entre a epidemiologia, as ciências humanas e as ciências biomédicas, contribui para a construção de conceitos e estratégias assistenciais mais ricas e eficazes.

É importante ressaltar esses sobre a promoção da saúde, pois configuram um processo rico de transformações cotidianas de noções e conceitos, permitindo o exercício do princípio da integralidade em saúde, além de um importante campo de formação de recursos humanos em saúde. Aliás, é no Sistema Único de Saúde que os profissionais de saúde estarão desempenhando majoritariamente suas funções, assim como exercerão seu papel de lideranças técnico-científicas e gestoras do setor saúde.

Analisando um conjunto de experiências no campo das novas tecnologias assistenciais² foi possível destacar duas grandes áreas de trabalho, que versam sobre temas distintos mas complementares entre si: *as novas tecnologias de gestão do cuidado na atenção básica às populações específicas e de riscos (deficientes físicos, saúde do idoso, saúde reprodutiva e saúde mental) e a desospitalização de pacientes crônicos de longa permanência – Alternativas em tecnologias do cuidado na assistência hospitalar*, que serão comentadas a seguir.

Sobre as novas tecnologias de gestão do cuidado na atenção básica às populações específicas e de riscos (deficientes físicos, saúde do idoso, saúde reprodutiva e saúde mental)

Nessa primeira grande área encontra-se um conjunto de experiências voltadas para o desenvolvimento de tecnologias de gestão do cuidado e aprimoramento das ações na atenção básica em saúde. A democratização do processo de trabalho na organização dos serviços, a renovação das práticas de saúde – numa perspectiva de integralidade da atenção – e a valorização do cuidado como uma tecnologia complexa em saúde. Complexidade essa que não se define pelo custo do equipamento utilizado na prestação do cuidado, mas pelo reconhecimento da existência de diferentes dimensões que envolvem os sujeitos, ou seja sociais, econômicas, políticas e culturais.

Estas experiências caracterizam-se por uma forte associação entre recursos humanos, informacionais, materiais e financeiros, que têm na raiz de suas concepções a idéia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas necessidades, buscando garantir autonomia no cuidado de sua saúde. A partir de uma lógica sistêmica, inerente à gênese do SUS, as propostas que destacamos aqui apresentam estratégias de melhoria do acesso a serviços e medicamentos, assim como o desenvolvimento de práticas integrais do cuidado às populações consideradas especiais e de riscos de saúde. Observamos propostas que tratam de capacitações voltadas para a humanização do atendimento e para a promoção da solidariedade social, até a realização de estudos operativos destinados à avaliação e registro de projetos ou segmentos específicos da gestão ou mesmo do cuidado em saúde.

Algumas dessas propostas estão associadas à incorporação de tecnologias computacionais (criação de *softwares* e sistemas informacionais), destinadas à modernização da relação entre profissionais e serviços, e entre estes e os usuários. Mas todas elas estão relacionadas com a promoção e a gestão do cuidado em saúde, mediante a valorização do profissional e do usuário, garantindo sua autonomia, de modo a estabelecer uma relação democrática entre demanda e oferta, com ações integrais na atenção.

Um outro aspecto interessante dessas experiências diz respeito à pluralidade dos temas abordados, que refletem a especificidade e a complexidade dos contextos em que estão inseridos. Muitas delas traduzem a historicidade de movimentos sociais que, ao longo do tempo, vêm buscando o atendimento de suas reivindicações e demandas. Entre eles, destacamos aqui os movimentos das áreas de saúde reprodutiva e saúde mental. Estas duas áreas relacionam-se com antigas lutas sociais, com uma identidade própria e ancorada em demandas de movimentos coletivos específicos, como os movimentos de mulheres e da reforma psiquiátrica, para os quais as reformas das instituições de saúde são, até os dias de hoje, questão central de suas reivindicações.

Embora a origem desses movimentos preceda a própria implantação do SUS, a incorporação de tecnologias em saúde nessas duas áreas legitima a capacidade deste sistema de saúde em promover transformações sociais, sobretudo quando suas ações são potencializadas.

É nesse sentido que o projeto *Potencializando a Gestão para Organizar a Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul – Rio Grande do Sul*, busca consolidar os princípios do SUS. Este projeto constitui-se um verdadeiro laboratório de práticas e tecnologias de gestão do cuidado em saúde, que, ancorado na idéia de fortalecimento e qualificação do setor, ampliou a oferta de serviços e de tecnologias na área biomédica. Mas o principal objetivo desse projeto, e que o justifica como inovação, é seu movimento *instituinte* de buscar organizar o sistema de saúde voltado para o desenvolvimento de novos e democráticos processos de trabalho, em que estão incluídos mecanismos participativos de organização dos serviços de saúde, entre os quais destaca-se a criação do colegiado gestor. Esse objetivo foi atingido mediante a implantação de uma proposta sistêmica de revisão das práticas de saúde e de organização da produção de serviços, mediante a adoção de três estratégias: A) *Elaboração de Protocolo das Ações Básicas de Saúde* – constituiu-se na elaboração de um livro que explicita a proposta técnico-assistencial municipal, servindo de subsídio técnico para toda equipe e gestor de saúde, pautado numa nova concepção de cuidado: *a de conceber a saúde como um direito de cidadania e novas formas de organizar e operar as práticas de saúde*. O cuidado é compreendido como uma ação em defesa da vida, baseado numa concepção de saúde que contextualiza o indivíduo nos seus aspectos sociais e coletivos, ao mesmo tempo em que considera sua singularidade como um sujeito com história e autonomia. Acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização são os dispositivos institucionais amplamente desenvolvidos para garantir acesso imediato aos serviços e recursos tecnológicos. A qualificação da escuta clínica, solidária – mediante a responsabilização sanitária do profissional e gestor com as vidas das pessoas – é o principal mote para o estabelecimento de uma relação humanizada entre profissional/usuários/serviços com integralidade das ações. B) *Sensibilização das equipes de saúde para organizar o cuidado segundo ciclos vitais* – mediante a realização do Fórum Interdisciplinar sobre Ações Básicas, estruturado em três grandes módulos nos seguintes ciclos e processos de saúde: gravidez e puerpério; criança; adolescente; adulto e idoso. Essa atividade contou com 350 trabalhadores em cada módulo, sendo aplicado um instrumento de avaliação. C) *Capacitação gerencial* – capacitação de gerentes e equipes de unidades municipais de saúde, envolvendo uma metodologia subdividida na seguinte forma: atualização de ferramentas gerenciais, por meio da realização de módulos e oficinas de desenvolvimento gerencial, com vistas à qualificação de planos locais.

Um outro projeto destinado à potencialização das ações da Atenção Básica é a proposta apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde de Jundiá (SP), intitulado *Fortalecimento de Ações de Reabilitação Baseada na Comunidade*. Este projeto tem como objetivo fortalecer as ações de reabilitação de deficientes físicos no município, baseadas na comunidade. As principais estratégias para sua execução consistem na realização de

atividades de grupo (grupos terapêuticos alternativos, aconselhamento de pares e seminário para *cuidador*) e de capacitações voltadas para as pessoas com deficiência, cuidadores familiares e profissionais de saúde. A integralidade da atenção ao portador de deficiência física é a principal diretriz das atividades do projeto que, mediante a articulação das ações assistenciais (clínica, hospitalar domiciliária e ambulatorial e institucional), com os movimentos populares, buscou reinserir a pessoa deficiente no convívio social, estimulando sua participação política em conselhos em defesa de suas causas.

Ainda no que concerne à prática do cuidado em saúde, chama a atenção uma outra proposta, denominada *Treinamento de Cuidadores de Idosos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro*. Este projeto aborda a estratégia de treinamento de cuidadores de idosos, envolvendo multiplicadores e cuidadores para orientação das famílias e exercício do *autocuidado*. Foram capacitados 40 multiplicadores (4 de cada AP do município) e oferecido curso para 400 cuidadores (um em cada AP, envolvendo 40 cuidadores em cada), servindo como mais uma modalidade de atendimento, no qual são reforçados os vínculos familiares e comunitários, de modo a evitar sua institucionalização, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

No que concerne à saúde reprodutiva, verificamos experiências que relacionam-se a *tecnologias de gestão do cuidado com a humanização da atenção*. São projetos que propõem inovações de caráter sistêmicos, direcionadas às práticas e organização das ações cotidianas na atenção básica voltadas para a reprodução humana. São eles: o *Projeto Vida Nova* da Secretaria Municipal de Saúde de Jundiá (SP); o *Curso de Humanização da Assistência à Gestante*, do município de Pedras de Fogo (PB); e o projeto *Vasectomias Ambulatoriais Realizadas em Unidades de Saúde no Município de Curitiba* (PR).

Criado em 1998, o *Projeto Vida Nova* tem como objetivo a redução da mortalidade infantil no município, principalmente do componente neonatal, e propõe ações coerentes para o combate desses problemas, principalmente mediante a capacitação de equipe de enfermagem e agentes comunitários e a realização de pesquisa de satisfação junto às usuárias. Uma das estratégias adotadas foi a sensibilização para captação precoce das gestantes e recém-natos, envolvendo equipes do Programa Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, além de líderes comunitários da pastoral da criança e Agentes Jovens de projeto em áreas afins. A eficácia dessas atividades trouxe resultados considerados positivos, tais como o aumento de 100% dos atendimentos de recém-natos usuários do SUS nos primeiros 15 dias de vida e crianças de baixo peso, além de construção de protocolos de referência pré-natal e criação do comitê de mortalidade materno-infantil na localidade.

Norteadas por uma visão holística e integradora da atenção, Pedras de Fogo, município localizado na região do sertão do estado da Paraíba, inova a abordagem de qualificação profissional com o projeto *Capacitação para a Humanização da Assis-*

tência à Gestante. Seu principal objetivo é combater a violência no parto, mediante a capacitação de todas as equipes de saúde da família que compõem a porta de entrada do sistema municipal de saúde. O referencial teórico-metodológico utilizado nessa capacitação é a Biossíntese, uma abordagem de psicoterapia corporal que tem o objetivo específico de sensibilizar e capacitar por meio de oficinas-vivenciais todos os profissionais de saúde que atendam a mulher no seu período gravídico-puerperal, no sentido de prestar uma atenção focalizada no contexto bio-psicossocial da mulher e da família. Os resultados da avaliação dos participantes ao final dos trabalhos são surpreendentes, tendo em vista o contexto social, econômico e cultural em que vive essa população. Vínculo, humanização e existência humana são os componentes assistenciais e de cuidado considerados nesse trabalho como sendo essenciais à garantia da vida dos pais e do filho.

Já em Curitiba, o projeto *Vasectomia em Ambulatório em Unidades Básicas de Saúde* iniciado pela Secretaria Municipal de Saúde em 2000, relata o processo de implantação de ações de planejamento familiar destinado ao público masculino. Esse trabalho evidencia a ousadia da ação local em enfrentar os problemas com criatividade, dando respostas coerentes com as demandas apresentadas. A partir de uma perspectiva de integralidade, a proposta do Programa de Planejamento Familiar da SMS – Curitiba, do qual esse projeto é parte integrante, busca reorientar o modelo assistencial mediante a implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde. Com esse sistema, tornou-se possível a realização da vasectomia de maneira descentralizada e em ambientes extra-hospitalares, além de proceder uma avaliação periódica sobre a satisfação dos usuários.

Mas é na área da saúde mental que encontramos um número expressivo de experiências, abordando diferentes etapas do processo de reforma psiquiátrica no país, com o desenvolvimento de tecnologias assistenciais em diferentes níveis de atenção. Iniciado numa perspectiva de desospitalização, o movimento de reforma psiquiátrica no país tem cada vez mais obtido conquistas no campo das políticas e da organização dos serviços de saúde. Em consonância com as diretrizes da Política de Atenção Integral em Saúde Mental, as experiências locais e estaduais têm utilizado estratégias voltadas para a desinstitucionalização do paciente portador de doenças mentais, baseadas na idéia da redução das internações hospitalares e adotando os princípios da atenção psicossocial integrada, da interdisciplinariedade das práticas, do sistema extra-hospitalar de cuidados e da polêmica defesa da cidadania do psicótico.

A síntese desses processos pode ser observada em dois projetos apresentados pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), o projeto *Seguimento e Avaliação do Processo de Reforma Psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro* e o *Projeto Morar São Pedro Implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (São Pedro Cidadão)*. O primeiro pro

eto apresenta uma pesquisa que procura analisar os efeitos do processo de transformação e desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), denominado 'São Pedro Cidadão', uma das estratégias da reforma psiquiátrica promovida pela SES-RS, iniciada em 1999. Vários questionários foram aplicados, destinados a avaliar a qualidade de vida, o comportamento social, a autonomia e a sintomatologia psiquiátrica dos pacientes. Após tabulados os dados, será traçado um perfil da população do São Pedro e, mais tarde, estas informações resultarão em um Plano Terapêutico individualizado a ser implementado no hospital. Dois anos depois, os mesmos questionários serão novamente aplicados para avaliar a evolução dos pacientes. A proposta está inserida no projeto São Pedro Cidadão, que busca a inclusão dos pacientes da casa psiquiátrica na comunidade.

Já o segundo projeto, intitulado *Morar São Pedro Cidadão*, aborda uma das estratégias de caráter intersetorial da reforma psiquiátrica promovida pela SES-RS, particularmente no âmbito da reestruturação do Hospital Estadual São Pedro. O projeto prevê a constituição de 36 Serviços Residenciais Terapêuticos, com o objetivo de desospitalizar parte dos pacientes atualmente internados no hospital. Todos os pacientes integram as 'coletivas de trabalho' organizadas no próprio hospital, e é daí que tiram seu próprio sustento. Os pacientes terão como vizinhos moradores de um vila localizada junto ao HPSP. A integração entre pacientes e moradores da vila começa nas frentes de trabalho, como na usina de reciclagem e no salão de beleza. Nos sobrados, os pacientes serão monitorados por profissionais.

Em Belém do Pará, verificamos que esse processo é desenvolvido de uma forma bastante interessante. O projeto *Assistência à Saúde Mental em Belém* adota a estratégia de incorporação de ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde do município, envolvendo pelo menos três grupos de atividades: capacitação de trabalhadores e gerentes de unidades com conteúdos da área da saúde mental; elaboração de normas e fluxos de ações de saúde mental nas unidades; e supervisão em saúde mental, junto às equipes profissionais. Nos municípios de Ponta Grossa (PR) e Aracaju (SE), os projetos *Desospitalização de pacientes crônicos de longa permanência em Saúde Mental* e *Implantação da rede municipal de Saúde Mental*, apresentados pelas respectivas secretarias municipais de saúde, também se utilizam das capacitações como recursos para qualificação técnica, principalmente para promover o engajamento na mudança no modelo de atenção à saúde mental nestas localidades, mediante a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ainda na esteira da qualificação técnica para prestação do cuidado ao portador de transtornos mentais e melhoria do acesso, encontram-se os projetos das secretarias municipais do Rio de Janeiro (RJ) e de Curitiba (PR). No primeiro, intitulado *Enfermagem em Saúde Mental: novas soluções para antigos*

problemas. Programa de Formação, Integração e Acompanhamento para Profissionais em Enfermagem do Instituto Philippe Pinel, iniciado em 1997, o objeto central de suas atividades é capacitação e integração da enfermagem no Instituto Philippe Pinel, compreendendo pelo menos 2 horas de atividades semanais (seminários e curso), dedicadas às áreas identificadas pela equipe como prioritárias. Mais do que um projeto de capacitação, a proposta é inovadora por voltar-se para a valorização, incentivo e integração dos profissionais de enfermagem que atuam em saúde mental, reconhecendo seu papel e identificando as grandes dificuldades enfrentadas por esses profissionais.

No segundo projeto, sob o título *Programa de Saúde Mental em Curitiba*, propõe-se a reestruturação da atenção à saúde mental no município, envolvendo mudança de concepção, de modelo de atenção e de organização/integração da rede, com estratégias de desospitalização e processos de informatização. Nota-se a preocupação de se buscar a integralidade sistêmica, pela sua vinculação ao Sistema Integrado de Serviços de Saúde, que reúne um conjunto de tecnologias de integração fortemente marcadas pelo uso de protocolos e desenvolvimento de sistemas informatizados para monitoramento informatizado da atenção à clientela da rede própria e dos serviços credenciados no SUS.

Sobre as experiências de Desospitalização de pacientes crônicos de longa permanência - Alternativas em Tecnologias do cuidado na assistência hospitalar

Um dos efeitos da transição demográfica é o aumento do número de idosos e de doenças crônicas nas diferentes populações do mundo. Por essa razão, a incorporação da atenção domiciliar vem se consolidando como mais uma tecnologia do cuidado na atenção à saúde.

Neste bloco temático, encontramos dois projetos distintos voltados para a incorporação e organização da atenção domiciliar para tratamentos de pacientes crônicos. O primeiro denominado *Implantação de Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar nos Municípios-sede e Regionais de Saúde*, implantado em 1997 pela Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, tem como objetivo incrementar a qualidade de vida dos pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva/restritiva, mediante o estabelecimento de uma rotina de atenção ao tratamento domiciliar com participação de familiares e equipe do PSF. Para alcançar esse objetivo, foram adotadas as seguintes estratégias: a) desenvolvimento de um *software* destinado ao controle administrativo e fiscal do consumo e fornecimento de oxigênio aos pacientes; b) elaboração de protocolos e rotinas; e c) elaboração de um manual de orientações sobre a política de oxigenoterapia domiciliar nos municípios do estado e treinamento de recursos. É útil ressaltar que esta iniciativa estadual é única no país nesta área, envolvendo todos municípios-sede e regionais de saúde do estado de Santa Catarina.

O segundo projeto, intitulado *Programa de Internação Domiciliar do Hospital São João Batista*, implantado em 1994 pela

Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda (RJ), foi desenvolvido a partir de uma proposta de gestão descentralizada e participativa, por meio de um Colegiado de Gerência. O hospital municipal São João Batista, referência no município e regiões adjacentes, tem como objetivo capacitar e difundir as práticas desenvolvidas na atenção domiciliar baseadas no binômio família e cuidador. A capacitação de equipes de multiplicadores e cuidadores do paciente e a elaboração de material instrucional foram as principais atividades realizadas para se atingir os objetivos propostos. Entre os resultados obtidos estão a melhoria do acesso e da qualidade da assistência prestada, assim como a redução dos custos.

Por último vale ressaltar que a utilização do domicílio como espaço de atenção tem se tornado uma estratégia importante que visa à união da humanização do atendimento ao uso racional dos recursos sociais. Criatividade, ousadia, respeito e solidariedade são os procedimentos que devem constar na oferta da atenção ao paciente hospitalizado quando cessam os benefícios da internação a que foi submetido. Em todo o mundo acumulou-se evidências práticas de que a atenção domiciliar é eficaz e eficiente, e que sua qualidade humaniza a atenção. Mais uma vez, o cuidado representa a unidade molecular da integralidade da atenção na melhoria do acesso aos leitos hospitalares e a eleição da família como agente multiplicador dessa ação.

Algumas considerações finais sobre a integralidade como eixo norteador de transformações e inovações em saúde

Diversidade, pluralidade e inovação são as palavras que melhor resumem essas experiências aqui comentadas, sobre as quais destacamos dois aspectos específicos para reflexão dos atores envolvidos na consolidação do Sistema Único de Saúde.

O primeiro aspecto refere-se às possibilidades dessas experiências tornarem-se campo de formação de recursos humanos. Um exemplo concreto é o projeto VER/SUS/RS, desenvolvido pela Escola Técnica de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, na gestão do prof. Ricardo Burg Ceccim, que buscou difundir uma oferta sistemática de vivência-estágio aos estudantes dos diferentes cursos de graduação do setor saúde. Apostamos que projetos como esse conhecimentos de diferentes realidades, necessidades, oportunidades, demandas, urgências, potencialidades, dificuldades, possibilidades, desafios, enfim alegrias e tristezas do sistema de saúde brasileiro possam representar o verdadeiro fluxo de força na direção de uma significativa qualificação profissional.

O segundo aspecto diz respeito ao desenvolvimento de novas práticas de atenção à saúde e ao aprendizado institucional que essas experiências podem suscitar na relação entre os três níveis de gestão do SUS. Destaca-se nessas experiências a predominância de iniciativas municipais, que embora tenhamos percebido a coerência entre as diretrizes municipais/estaduais com as diretrizes nacionais, no que concerne

às políticas de saúde, fica evidente a importância do espaço local como *locus* privilegiado e eficaz de materialização de uma política de saúde. Analisando essas experiências, foi possível perceber que conceitos, definições e noções vêm sendo repensados, reconstruídos e renovados à luz da integralidade da atenção, formando um verdadeiro amálgama dos demais princípios norteadores do SUS. Pensar o cuidado em saúde como uma tecnologia, por exemplo, e não somente como objeto de práticas de saúde realizadas na atenção básica – e sim nos demais níveis de atenção especializada, nos quais a complexidade não seja dada pelo grau de hierarquização dos espaços e procedimentos por ela definidos, mas pelos recursos cognitivos, materiais e financeiros que reúnem – é sem sombras de dúvida um repensar inovador.

Encerramos esse texto dizendo que tomar ciência dos relatos das experiências inovadoras apresentadas neste volume é, no mínimo provocador, pois nos desafia a pensar que a consolidação dos princípios do SUS, sobretudo a integralidade de suas ações, deve ser compreendida como uma estratégia concreta de um fazer coletivo e realizado por indivíduos em defesa da vida. Acreditamos que essas experiências nos ajudem a conceber a idéia de que o SUS *dá certo, é legal, é conquista* e que, na verdade, são *vitórias* cotidianas acumuladas por todos aqueles que lutam por políticas sociais mais justas. Tenhamos *cuidado* com o SUS, pois cuidar de si, de nós ou dos outros na saúde depende de uma combinação necessária entre ação, compromisso e solidariedade social com uma população que carece muito de atenção. Como dizia o amigo David Capistrano, *“temos uma dívida muito grande para com os desassistidos, e eles têm pressa...”*

Notas:

¹ A definição legal e institucional de integralidade é de um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema.

² Esta análise relaciona-se a participação da autora na coordenação do Projeto Experiências Inovadoras no SUS. Este projeto foi realizado no período de 2000-2002, com objetivo de fomentar, analisar, avaliar e disseminar experiências inovadoras no SUS, em campos temáticos específicos quais sejam: a gestão dos serviços de saúde e novas tecnologias assistenciais. Foram inscritos mais de 100 projetos de iniciativas municipais e estaduais, sendo quarenta dois aprovados, os quais apresentaram como produto final o relato de suas experiências. Esses relatos constituíram-se em duas publicações financiadas pelo Projeto REFORSLUS, Ministério da Saúde, Banco Mundial e Bird

* Doutora em Saúde Coletiva e pesquisadora do Projeto Integralidade, Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde, no Instituto de Medicina Social da UERJ, que conta com apoio da FAPERJ, CNPq e Ministério da Saúde.

ENSINO DA SAÚDE COLETIVA NA GRADUAÇÃO

Publicado em maio-junho / 2003

Carmen Fontes Teixeira *

A formação de profissionais de saúde é hoje um dos temas centrais na agenda política governamental. O debate sobre as mudanças no processo de formação e a formulação e implementação de políticas e estratégias nessa área envolvem as instituições de nível superior, convocadas a reformar os desenhos curriculares dos diversos cursos, e se desdobram na implantação de programas e projetos estratégicos de formação e capacitação de pessoal em áreas críticas, como nos casos da “Saúde da Família” e da “Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde”, e em iniciativas implementadas no âmbito do ensino médio e na capacitação e educação continuada de pessoal em serviço.

POLÍTICA DE SAÚDE, MODELOS DE ATENÇÃO E DESAFIOS DA FORMAÇÃO DE PESSOAL

O sistema de serviços de saúde brasileiro configura-se hoje, como um *mix* que envolve o subsistema público, o SUS, que atende a grande maioria da população, cerca de 120 milhões de usuários, e o SAMS – Sistema de Assistência Médica Supletiva, cuja cobertura alcança cerca de 42 milhões de pessoas. Apesar das diferenças em termos do financiamento e gestão, estes dois subsistemas apresentam semelhanças no que diz respeito ao modelo de prestação de serviços, reproduzindo, fundamentalmente, o chamado modelo “médico-assistencial-hegemônico”, hospitalocêntrico e privatista.

No âmbito do SUS, entretanto, vários esforços têm sido desencadeados para a “reversão” desse modelo, de alto custo e baixa eficácia diante dos problemas de saúde da população. Nesse sentido é que vem se enfatizando a expansão e qualificação da “atenção básica à saúde”, como forma de produzir uma “viragem ambulatorial” no sistema, ao tempo em que se criam as condições para o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, necessárias ao controle de epidemias e endemias, ao tempo em que se preconiza a incorporação de ações de promoção da saúde em todos os níveis. Com isso, busca-se, de um lado, racionalizar custos e, de outro, adequar as ações e serviços ao perfil de necessidades

e demandas da população, buscando-se incorporar e consolidar práticas que levem em conta as tendências demográficas e epidemiológicas – envelhecimento, predominância de doenças crônico-degenerativas e causas externas, ao lado da emergência e permanência de doenças infecto-parasitárias – em um contexto marcado por profundas desigualdades em termos de condições e modos de vida dos vários grupos da população.

Dentre as várias estratégias adotadas para o desenvolvimento desse processo, destaca-se o esforço de descentralização da gestão do SUS, com a municipalização das ações e serviços, induzindo-se, através de incentivos financeiros, a mudança no perfil de oferta dos serviços no nível local, bem como a implantação dos programas de Saúde da Família – PACS/PSF, que hoje alcançam 50 milhões de pessoas. Esse processo, que mobiliza milhares de dirigentes, profissionais, trabalhadores e representantes dos usuários em todo o país, tem contribuído para recolocar em questão o princípio da integralidade do cuidado à saúde e a necessidade de formação de profissionais que venham a fazer parte de equipes de saúde que trabalhem numa perspectiva “política, social e epidemiologicamente orientada”, tendo como ponto de partida a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e das alternativas de mudança das políticas e de práticas de saúde, visando a seu enfrentamento e superação. Isto significa desencadear um processo de mudança na formação de profissionais de modo que os egressos dos diversos cursos aliem as competências técnicas exigidas pelo atual “estado da arte” na área de saúde a valores políticos e sociais que ultrapassem a mera adaptação às tendências da organização dos serviços e possam contribuir para a construção de futuros desejáveis em termos de políticas e práticas de saúde que dêem respostas efetivas aos problemas e necessidades de saúde dos diversos grupos da população brasileira.

Nessa perspectiva é que se pode entender o enorme esforço desencadeado em torno da elaboração e implementação das Novas Diretrizes Curriculares para os cursos da área de saúde, resultado de uma ampla mobiliza

ção de docentes e gestores de instituições de ensino superior na área. O movimento em torno da implantação das Novas Diretrizes Curriculares constitui, hoje, sem dúvida, o eixo central do processo de mudança do ensino superior em saúde na grande maioria das escolas, sendo potencializado, especialmente na área médica e de enfermagem, pela implantação de programas especiais, como nos casos do Promed e do Proenf.

Na medida em que a mudança na formação profissional na área deve ser permanentemente renovada, em função da necessidade de adequação às necessidades e demandas de um sistema de saúde em constante mutação, a consolidação desse processo passa, ao nosso ver, pelo enfrentamento de alguns desafios que vão além da implantação das Novas Diretrizes Curriculares: a) a formação e educação continuada de docentes; b) a introdução de inovações pedagógicas no processo ensino-aprendizagem; c) a inserção dos docentes e alunos nas práticas do sistema de serviços de saúde. Com isso é possível pensar na criação de condições político-institucionais e pedagógicas que impliquem a formação de profissionais críticos e criativos, capazes de assimilar o ideal de “aprender a aprender” sempre, num mundo globalizado, no qual a perplexidade e a incerteza se tornam o traço dominante, exigindo o desenvolvimento, em cada sujeito, dos mecanismos que contribuam para a reconstrução permanente da sua identidade profissional.

SAÚDE COLETIVA: CAMPO CIENTÍFICO E CONJUNTO DE PRÁTICAS SOCIAIS

A Saúde Coletiva tem sido definida como um campo de saber e de práticas que toma como pressuposto a compreensão da saúde como um fenômeno eminentemente social, coletivo, determinado historicamente pelas condições e modos de vida dos distintos grupos da população. Esta compreensão da saúde enquanto fenômeno coletivo busca superar as concepções vigentes no âmbito das ciências da saúde tradicionais, que, embora se intitulem da “saúde”, de fato tratam da doença e de suas condições de ocorrência e distribuição, geralmente descritas e analisadas em sua expressão individual.

O debate teórico e epistemológico que existe hoje no campo da Saúde Coletiva contempla uma conceituação mais avançada da saúde, enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, entendida como parte do “complexo saúde-doença-cuidado”, que incorpora a historicidade das relações que a determinam, inclusive a relação dos indivíduos, grupos sociais e populações com o sistema de serviços de saúde. Ancorada nesta reflexão abrangente sobre a saúde,

a Saúde Coletiva vem se configurando, especialmente no Brasil, como um “campo científico”¹, de produção de conhecimentos e tecnologias, e como um “âmbito de práticas sociais”², que envolve desde as práticas de saúde propriamente ditas, realizadas no âmbito do sistema de saúde e fora dele, até as práticas político-ideológicas realizadas por distintos sujeitos sociais, visando à democratização de saberes e formulação de propostas políticas, organizativas e operacionais voltadas à criação de condições e modos “saúdáveis” de vida nos diversos espaços de sociabilidade e convivência. Nesse sentido, a Saúde Coletiva se articula com um conjunto heterogêneo de movimentos ideológicos de reforma do ensino e da organização das práticas de saúde, redefinindo conceitual e politicamente algumas propostas e incorporando outras, a exemplo do que ocorreu com a Medicina Preventiva e Comunitária, nos primórdios da reflexão crítica na área, nos anos 70-80, até, mais recentemente, o diálogo com a Saúde da Família e o debate sobre as propostas e políticas de Promoção da Saúde.

ENSINAR SAÚDE COLETIVA: EIXOS DISCIPLINARES, CENÁRIOS DE PRÁTICA E ABORDAGENS PEDAGÓGICAS

O espaço privilegiado de formação de pessoal em Saúde Coletiva tem sido a pós-graduação, em suas diversas modalidades, da PG *lato sensu*, mestrado e doutorado, à PG *stricto sensu*, através de cursos de atualização e especialização, inclusive sob a forma de residência. Em que pesem suas várias denominações – Saúde Pública, Saúde Comunitária, Medicina Social ou Saúde da Família –, o fato é que a maior parte dos cursos de PG nesta área trabalha com conteúdos e práticas fundamentados nos eixos disciplinares que compõem o campo da Saúde Coletiva, quais sejam, a Epidemiologia, o Planejamento & Gestão em Saúde e as Ciências Sociais em Saúde. A partir de cada um desses eixos se abre uma ampla perspectiva de diálogo inter e transdisciplinar, que acaba por se expressar na ênfase atribuída a cada um desses eixos nos diversos programas de PG existentes hoje no Brasil, em função das características do seu corpo docente e da sua trajetória institucional. Existe, entretanto, um razoável consenso em torno desses eixos estruturantes, que constituem “áreas de concentração” na PG e conformaram, historicamente, a organização da entidade que representa politicamente o campo – a Abrasco³.

O ensino de Saúde Coletiva nos cursos de graduação da área de Saúde tende, de certo modo, a reproduzir os eixos disciplinares assinalados, apareçam eles quer como

“disciplinas” específicas, quer como conteúdos embutidos em disciplinas mais gerais. Especificamente quanto ao ensino desses conteúdos na Educação Médica, as Novas Diretrizes Curriculares enfatizam a necessidade de incorporação do enfoque epidemiológico, populacional, na compreensão dos “determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais”⁴ do processo saúde-doença, estabelecendo que a estrutura do curso de graduação tenha como um dos eixos do desenvolvimento curricular “as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações”. Do mesmo modo, incorporam a perspectiva da integralidade do cuidado à saúde, propondo uma superação na ênfase no paradigma clínico, ao sugerirem que o profissional se qualifique a “atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte”. Além disso, admitem que o profissional médico deve “lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde”, “ter disposição para atuar em atividades de política e planejamento em saúde”, “manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde” e outros itens que revelam a incorporação de conteúdos geralmente enfocados nas disciplinas da área de Saúde Coletiva, especificamente Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

A maior evidência da importância atribuída à Saúde Coletiva como parte do processo de formação médica no contexto atual, porém, é o fato de as NDC estabelecerem esta área como parte do estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, atividade que implica a inserção do estudante em práticas de epidemiologia nos serviços de saúde, bem como em práticas de formulação e avaliação de políticas, planejamento e gestão de serviços de saúde e, ainda, em atividades de educação e comunicação social em saúde, diretamente vinculadas a organizações comunitárias ou entidades sociais diversas, de acordo com a definição dos cenários de prática estabelecidos pelas diversas escolas. Ao incorporar o trabalho como “princípio educativo” e indicar a inserção dos estudantes em múltiplos cenários de prática, as NDC ampliam consideravelmente as possibilidades de problematização da realidade de saúde onde os estudantes irão atuar, do ponto de vista da identificação tanto dos problemas de saúde e das condições de vida da população, quanto dos problemas dos serviços de saúde e os limites e possibilidades dos processos de mudança em curso.

Cabe destacar, entretanto, que a simples incorporação de conteúdos das disciplinas da Saúde Coletiva ou mesmo a organização de estágios em atividades práticas da área

podem não implicar uma mudança significativa no perfil do egresso do curso médico, tal como pretendido pelas NDC, ao assumirem que o profissional deve ter uma “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva”. Para isso, é fundamental investir na introdução de novas abordagens pedagógicas no processo de ensino-aprendizagem, como, por exemplo, a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) e a metodologia da problematização, métodos ativos de ensino-aprendizagem, que induzem a reorganização do processo pedagógico a partir da reflexão sobre o significado que adquire, para cada aluno, estudar Medicina, preparar-se para ser médico num contexto específico, em termos da organização social das práticas de saúde e das características gerais de uma sociedade como a brasileira, marcada por enormes desigualdades nas condições de vida e saúde e no acesso aos cuidados de saúde por parte dos diversos grupos da população.

Nesse particular, o ensino da Saúde Coletiva pode constituir um espaço de reflexão crítica e de elaboração de propostas de ação política fundadas em valores como justiça social, participação democrática, respeito às diferenças e promoção da paz. Além disso, pode contribuir para fortalecer um processo de experimentação de práticas de promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida dos diversos grupos sociais, bem como possibilitar a incorporação de conteúdos relevantes para a formação médica, como, por exemplo, a problemática da violência, o controle do tabagismo, as tendências do mercado de trabalho médico, a política de medicamentos e a assistência farmacêutica. Sobretudo, o ensino da Saúde Coletiva pode colaborar para a reorientação das práticas dos estudantes de Medicina e dos docentes comprometidos com a “humanização” não só das relações médico-paciente, ou das relações entre o médico e os demais profissionais da equipe de saúde, mas sobretudo do médico enquanto sujeito, para quem “nada do que é humano lhe é estranho”.

-
1. Ribeiro PT. *A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.*
 2. Paim JS, Almeida Filho N. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Salvador (BA): Casa da Qualidade; 2000.*
 3. *Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.*
 4. *Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Parecer 1.133/01. Diário Oficial da União de 3/10/2001, Seção 1E, p. 131 (institui Diretrizes Curriculares do curso de graduação em Medicina).*

* Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

NA TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA DA EDUCAÇÃO MÉDICA: O QUE O PARADIGMA DA INTEGRALIDADE ATENDE QUE O PARADIGMA FLEXNERIANO DEIXOU DE LADO

Publicado em julho-agosto-setembro-outubro / 2003

Jadete Barbosa Lampert *

O paradigma da educação médica (da formação em saúde) tem sido caracterizado pelo modelo que resultou do Relatório Flexner (1910), impulsionando o estudo e a pesquisa nas ciências básicas e especializadas com desenvolvimento do conhecimento de uma forma fantástica e sem precedentes, mas fragmentado, disjunto. A fragmentação do conhecimento nas diversas especializações ampliou e aprofundou o conhecimento, mas limitou a visão e distanciou-se do ser humano como um todo no seu contexto.

O advento da medicina preventiva nas décadas de 60/70 (Viña del Mar, 1955; Tehuacan, 1956) tentou recuperar este distanciamento, mas ficou restrita a um destes fragmentos, na forma de uma disciplina ou departamento agregado aos currículos que já existiam sem alterar sua estrutura. Mas a falta de uma integração dos conhecimentos na abordagem da saúde incentivou a crescente busca de soluções. Hoje se identifica bem uma disjunção entre a realidade e os modelos existentes e que as explicações para os fenômenos não satisfazem, criando assim, as condições para a substituição de paradigma. Dando sinais de exaustão, o chamado paradigma flexneriano abre espaço para um modelo que preencha falhas e equilibre as oscilações entre tecnologia e humanismo, orientando para o atendimento de necessidades sociais, sem reduzir o ritmo do desenvolvimento científico – a busca da excelência técnica com o da relevância social.

A partir do Informe Lalonde (1974) houve o entendimento de que só tratar das doenças (reabilitação da saúde) não é solução para se ter saúde, o que mobilizou estudos e discussões. A discussão sobre o processo saúde-doença tomou força, desde então, e vem apontando e identificando fatores que determinam a saúde e as doenças, onde se deve focalizar os investimentos para uma vida melhor para todos.

Duas conferências mundiais de educação médica (Edimburgo, 1988 e 1993) e cinco conferências internacionais sobre promoção da saúde (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997; México, 2000) são marcos de âmbito mundial que dão embasamento, com tantos outros estudos, para a construção do novo paradigma. O

novo paradigma vem assim se delineando, no Brasil, em vários movimentos e projetos na construção de um novo modelo para formar os profissionais de saúde.

No Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde (1987), o movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Brasileira (1988), e mais recentemente, a homologação das Diretrizes Curriculares (ME/CNE, 2001) dão uma seqüência da consolidação, em leis e decretos, do encaminhamento para as mudanças nas ações de saúde e na formação de recursos humanos com preparação adequada para prestar uma assistência de qualidade em saúde, com abordagem integral, interdisciplinar, multiprofissional e equitativa.

Não deixando de considerar que o mercado está diversificado na oferta de serviços de saúde, com implicações variadas para o alcance da equidade no consumo, uma vez que o sistema de saúde brasileiro está constituído por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços, simultaneamente inter-relacionados, complementares e competitivos em um complicado *mix* público e privado, no qual o financiamento majoritário é dado com recursos públicos (Travassos e al., 2000). Além de não deixar de observar, também, que o sistema ainda está muito centrado na assistência médica e no atendimento hospitalar, reproduzindo de forma acentuada o paradigma flexneriano e mostrando que o paradigma da integralidade ainda carece de socialização, de delinear-se com clareza e permear as mentes para, então, produzir as mudanças esperadas traduzidas em ações predominantes.

No quadro a seguir se colocam os dois enfoques predominantes que apontam para um e outro paradigma. A guisa da possibilidade de uma observação mais analítica do que se vivencia e se constroem no dia-a-dia institucional das escolas e dos serviços.

Características que devem predominar no currículo de graduação da escola de medicina no paradigma da integralidade (inovador/avançado) que ao contrapor complementa o paradigma flexneriano (tradicional) em cinco eixos de relevância em educação médica

Enfoque Teórico

INOVADOR / AVANÇADO

- voltado para causas biomédicas, sociais e ambientais na determinação da saúde, abordando o conhecimento de forma integrada com metodologia interativa, enfatiza a promoção, a preservação e a recuperação da saúde, tendo a doença como um desvio, uma intercorrência na saúde que deve ser evitada e, quando diagnosticada, ser tratada em qualquer estágio evolutivo que se encontre;
- explicita a tecnologia complexa e de alto custo quando usada, com análise crítica da repercussão na assistência (custo/benefício);
- produz conhecimentos nas áreas biomédicas, de condições de saúde, dos aspectos sócio-econômicos, do campo de atenção básica e de gestão do Sistema de Saúde visando informações para a melhoria da prática em saúde;
- contempla os cursos de pós-graduação em campos gerais e especializados na seqüência da graduação relacionados com as necessidades de atendimento a saúde da população e proporciona educação permanente relacionada a doenças prevalentes em interação com os profissionais dos serviços.

TRADICIONAL

- voltado para causas biomédica na determinação da doença, tratando do diagnóstico e tratamento, enfocando a doença presente o conhecimento fragmentado em disciplinas / especialidades;
- enfatiza a alta tecnologia na área clínica e cirúrgica quando indicada sem análise crítica do custo/benefício;
- produz conhecimentos na área demográfica e epidemiológica com ênfase nas ações biomédicas diagnósticas e curativas;
- contempla cursos de pós-graduação em campos especializados com total autonomia sem compromisso com a educação permanente.

Abordagem Pedagógica

INOVADOR / AVANÇADO

- estrutura curricular com atividades integradas em disciplinas ou em módulos;
- o processo ensino-aprendizagem centrado no aluno com papel ativo na construção do próprio conhecimento, tendo o professor papel de facilitador em atividades mais interativas com pequenos grupos de alunos;
- avalia desempenho na prática clínica e social de conhecimentos, habilidades atitudes.

TRADICIONAL

- estrutura curricular fracionada em ciclo básico e profissionalizante e disciplinas fragmentadas;
- o processo de ensino-aprendizagem centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas com grande grupo de alunos;
- avalia memorização e raciocínio clínico em prova escrita e habilidades selecionadas.

Cenário da Prática

INOVADOR / AVANÇADO

- prática na rede do sistema de saúde em graus crescentes de complexidade voltada para as necessidades de saúde prevalentes dentro de uma visão intersectorial com enfoque na saúde;
- aluno com oportunidade de prática ampla de complexidade crescente e supervisionada por docente;
- atividades práticas cobrindo vários programas e serviços de forma integral (adulto, materno-infantil, medicina do trabalho, urgências, etc.).

TRADICIONAL

- prática no hospital secundário e terciário com enfoque fortemente voltado para as doenças graves;
- aluno observador da prática com oportunidade a atividades selecionadas;
- atividades práticas quando oportunizadas ao aluno se restringe ao âmbito das especialidades – visão segmentada do paciente.

Capacitação Docente

INOVADOR / AVANÇADO

- formação pedagógica é exigida com acompanhamento e avaliação dispondo de núcleo de apoio didático-pedagógico;
- exige atualização e aprimoramento técnico-científico com incorporação crítica de novos conhecimentos e tecnologia
- docentes comprometidos com o sistema público de saúde, analisando criticamente os modelos de prática e desenvolvendo processo formativo ligado as necessidades regional e local em saúde, participando da formulação e avaliação das políticas e planejamento dos serviços e funcionamento do sistema.

TRADICIONAL

- a capacitação didático-pedagógica não é exigida, considera estar implícita no concurso de admissão à docência e na titulação de mestrado;
- a atualização técnico-científica e a incorporação de novos conhecimentos e tecnologias são a principal exigência sem análise crítica;
- docentes não participam e não se envolvem com a rede de serviços e a assistência em saúde, seja na avaliação e formulação das políticas, seja no planejamento e prestação dos serviços para atender as necessidades de saúde da população.

Mercado de Trabalho e Serviços de Saúde

INOVADOR / AVANÇADO

- mostra aspectos da dinâmica do mercado de trabalho médico orientado pela reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos na prestação de serviços de saúde e suas implicações éticas;
- para elaborar a programação didática considera primordialmente a carência de profissionais médicos relacionada ao atendimento das reais necessidades de saúde e as oportunidades de emprego;
- aborda a relação institucional mediadora, seguros de saúde e similares, entre prestadores e usuários dos serviços de saúde com análise crítica e orientação de aspectos éticos e humanísticos.

TRADICIONAL

- o mercado de trabalho é referido apenas pelo tradicional consultório, onde o médico domina os instrumentos diagnósticos e os encaminhamentos, e cobra seus honorários sem intervenção de terceiros;
- para a programação didática não considera as oportunidades de emprego nem a carência de profissionais para atender as necessidades de saúde;
- não aborda aspectos do mercado de trabalho médico relacionado à compra e venda de serviços intermediada por seguros de saúde e similar.

BIBLIOGRAFIA

1. Almeida MJ. *A Educação Médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos*. *Rev Bras Educ Méd* 2001 25(2):42-52.
2. Buss PM. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000 5(1):163-77.
3. CINAEM. *Relatório final da II fase do projeto de avaliação da educação médica no Brasil*. Rio de Janeiro: Cinaem; 1997.
4. Feuerwerker LCM. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Lampert JB. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec; 2002.
6. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. *Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000 5(1):133-49.
7. World Federation for Medical Education. *World summit on medical education: the changing medical profession. Recommendations*. Edinburgh: WFME; 1993. p.142-9.
8. World Health Organization. *Division of Development of Human Resources for Health. Defining and measuring the social accountability of medical schools*. Geneva: World Health Organization; 1995. 32p.

* Médica; Professora Adjunto da UFSM; Mestre em Administração Pública (Ebac/FGV); Doutora em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).

EDUCAÇÃO PERMANENTE: UM NOVO OLHAR SOBRE A APRENDIZAGEM NO TRABALHO

Tânia Celeste *

Educar permanentemente é uma diretriz qualificadora da gestão de equipes e de serviços, em qualquer espaço onde o trabalho em saúde se realize. A consciência da importância dessa ação orientou planos e programas nos sistemas de saúde das Américas e do Brasil, tomando como referência o formato da educação continuada dos profissionais, e foi incorporada ao discurso de técnicos, dirigentes e docentes dedicados ao tema da educação de profissionais da saúde.

Em recente publicação do Ministério da Saúde em articulação com o IMIP – Instituto Materno Infantil de Pernambuco – sobre “A educação profissional em saúde e a realidade social”, é notória a importância conferida a essa temática por um conjunto de autores que refletem sobre a formação do médico no século XXI, dando contorno a um debate que consideramos importante resgatar.

Destacando a incorporação da atenção básica como eixo de reorganização do sistema de saúde, Arruda refere-se ao pensamento de Piancastelli sobre o “novo perfil de profissional de saúde, que requer novos processos de formação e **educação permanente**, ressaltando a estratégia de saúde da família” como pertinente para a transformação do ensino e das práticas dos futuros profissionais (Arruda, 2001:20). Cordeiro acentua que “a preparação técnico-científica dos médicos deverá incorporar os conceitos e instrumentos para participar desses avanços e desenvolver a capacidade de utilização eficaz e ética das novas tecnologias”, destacando que esse profissional deverá ser capaz de exercer a **educação permanente**, tanto na formação do aluno como na prática profissional, mantendo-se atualizado sobre as fontes de acesso à informação e com capacidade crítica para selecionar dados e evidências relevantes para a prática profissional” (Cordeiro, 2001:111).

Convidando à realização de um verdadeiro “chamamento ao setor”, Piancastelli levanta a “necessidade de efetuar o deslocamento da formação e **educação permanente** como processos individualizados, frutos de investimentos pessoais ou de escolas isoladas” (Piancastelli, 2001:179), o que nos reporta à necessidade de adotar mecanismos mais coletivos como base da organização articulada das práticas de serviço e de ensino na saúde.

Ferreira ressalta a importância da formação básica na atenção primária, reconhece que já ocorrem mudanças substanciais na direção do fortalecimento do trabalho coletivo e recomenda “a extensão do modelo pedagógico ao longo de toda a vida, caracterizando a **educação permanente** e permitindo concentrar a formação básica na atenção primária” (Ferreira, 2001:44).

Mas é no debate estabelecido por Pierantoni e Ribeiro que se expressam de forma mais clara, nessa coletânea, os limites dos projetos de educação continuada, adotando uma análise coerente com a abertura para projetos de **educação permanente**. Nessa perspectiva, as autoras analisam que “a educação continuada esteve sempre regida pelo princípio de que a atualização de conhecimentos é condição para transformação das práticas, modelo esse que se sustenta na mesma lógica que orienta a formação profissional” e ainda que “ao entender a prática da complexidade que o conforma, o reduz à dimensão técnica, e, mais ainda, dele exclui outras faces que lhe dão identidade social” (Pierantoni & Ribeiro, 2001:184 e 186). Sugerem ainda que “outras dimensões deste trabalho podem ser objeto mais efetivo de intervenção, e cabe aos profissionais identificá-las. Prepará-los para desenvolver práticas de **educação permanente**, identificando problemas do trabalho para assegurar o compromisso de qualidade do cuidado às pessoas, implica colocá-los diante desse quase desconhecido objeto de análise: o mundo do trabalho” (Pierantoni & Ribeiro, 2001:185).

O resgate desse debate permite considerar o caráter de atualidade que adquire a recente proposta apresentada pelo Ministério da Saúde e aprovada na Comissão Intergestora Tripartite, em que são estabelecidas as bases para a **adoção da educação permanente como modelo institucional**

e de combate à fome (R\$ 3 bilhões) antes não afeitas ao Ministério da Saúde. No entanto, seria tapar o sol com a peneira crer que, de algum modo, haverá irradiação automática dos efeitos dessas medidas na proteção do direito de atendimento em situações de agravo à saúde. Quanto mais inclusão social houver, quanto mais crianças sobreviverem, quanto mais cidadãos ultrapassarem a marca de 65 anos, mais demandas haverá. Não se tem notícia de pais que tenha evoluído em sua condição social, no mundo, a ter obtido suas conquistas comprometendo os setores mais qualificados de seu patrimônio cultural e educacional.

O desafio é grande, e certamente as limitações deste orçamento não são fruto de preconceitos ou insensibilidade, visto que não há recursos para todas as necessidades. Mas retroceder naquilo que já conquistamos, e que atende à população, não fará de novos investimentos algo verdadeiramente proveitoso. Ao Congresso Nacional, e às lideranças do governo ali estabelecidas, caberá encontrar a justa solução.

** Professor da Faculdade de Medicina da UFRJ, presidente da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) e diretor do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ (email: amancio@hucff.ufrj.br)*

REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE FORMAÇÃO ÉTICA DOS MÉDICOS

Publicado em maio-junho / 2003

Sergio Rego *

O início das discussões sobre a Bioética no Brasil, que poderíamos imprecisamente situar no período de redemocratização do país, trouxe um elemento a mais para as discussões sobre a relação médico-paciente, até então formalmente restritas ao psiquismo e ao cumprimento das determinações que figuravam no código de ética médica. A perspectiva de introdução de um novo tema gerou discussões e questionamentos de diferentes tipos e naturezas:

- Deverá a Bioética ser considerada uma nova disciplina mesmo?
- Deverá a Bioética substituir a disciplina de ética médica?
- Que departamento deveria ser o responsável pela nova disciplina?
- É possível implementar o ensino transversal da Bioética?
- Já é possível prescindir da criação de disciplinas formais?

Aqueles familiarizados com as disputas de poder no interior de estruturas acadêmicas sabem que a conformação dos currículos expressa não apenas certo consenso produzido mediante a aplicação das leis relativas ao tema, como a compreensão dos problemas e as estratégias para a formação do estudante. Além disso, e sua importância não pode ser subestimada, evidencia a distribuição de poder dos diferentes departamentos das faculdades.

Como uma federação departamental em tempos de recursos escassos, as escolas de Medicina vivem uma situação de disputa permanente, por prestígio e pelos recursos dele resultantes. Se em um passado não muito distante os departamentos das especialidades básicas eram quase consensualmente considerados os mais importantes dentro da logística do processo de formação, nos dias de hoje aqueles que estejam envolvidos com pesquisas que proporcionam maiores captações de recursos asseguram posições de destaque, e de poder, não compatíveis com sua contribuição no currículo e no processo de formação. Departamentos com pequena possibilidade de competir por recursos apegam-se à competição pelo que poderíamos

chamar de sinais indiretos de prestígio e de poder – a quantidade de tempo que ocupam na grade curricular e os temas que aparentemente possam lhes conferir uma aura de modernidade.

Assim, a lógica da discussão sobre a Bioética deixa de ser técnica e passa a ser político-administrativa – passa a ser tão-somente uma disputa por poder entre departamentos pouco significativos na estrutura da faculdade, seja por sua condição não central no processo de formação, seja por sua incapacidade de captar recursos expressivos para a faculdade com seus projetos, que possuem, entre outras, a característica de utilizar tradicionalmente tecnologias mais simples – os departamentos de Medicina Preventiva e de Medicina Legal e, eventualmente, o de Psicologia Médica (quando existentes).

Daí a importância adicional que deve ser conferida aos documentos que expressam algum tipo de consenso no campo educacional. No campo da Educação Médica, são dois os documentos mais recentes e de relevância: as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina e o documento de base para o Programa de Incentivo às Reformas Curriculares (Promed). Ambos preconizam formar profissionais com “postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania”. Tais documentos entram em detalhes sobre como deve ser a formação técnica – o documento do Promed chega a focalizar como eixos orientadores da mudança curricular: a orientação teórica, a abordagem pedagógica e os cenários de prática. Portanto, era de se esperar que o mesmo cuidado explicativo fosse observado no campo da formação moral, mas não é o que pode ser observado ao lermos os artigos 4º, 5º e 10º das Diretrizes Curriculares. Estes artigos representam o conteúdo fundamental sobre educação moral apresentado pelas Diretrizes Curriculares. Esperávamos que estas fossem menos contraditórias (por exemplo, a expectativa de fundamentação de decisões baseadas em critérios utilitaristas e principia-listas no mesmo documento) e mais consistentes na apresentação desses fundamentos.

A característica de “generalidades” apresentada pelas Diretrizes na abordagem da questão da educação moral só pode ser entendida como reflexo da falta de clareza que os docentes médicos e, em última instância, a própria escola médica têm sobre como atuar neste campo. Já o documento básico do Promed e o que explicitava os critérios de seleção dos projetos que concorreram a este financiamento são igualmente vagos na definição de como esperam que esses objetivos devam ser alcançados, deixando aqueles que o lêem perigosamente livres para supor que a multiplicação de cenários de ensino-aprendizagem, a ênfase na promoção da saúde ou o incentivo a pesquisas aplicadas aos programas de saúde da família sejam suficientes para reverter o quadro de desumanização reconhecido nos processos de formação na área da saúde.

Mas não entendo essas omissões como uma opção política ou teórica contrária à humanização da formação, mas tão-somente como o reflexo da compreensão de que os próprios mecanismos de socialização (imitação do exemplo) seriam bastantes e suficientes para alcançar tais objetivos. Infelizmente não são. Como afirmou Piaget, nenhuma realidade moral é completamente inata e “o que é dado pela constituição psicobiológica do indivíduo como tal são as disposições, as tendências afetivas e ativas: a simpatia e o medo – componentes do ‘respeito’ –, as raízes instintivas da sociabilidade, da subordinação, da imitação etc., e, sobretudo, certa capacidade indefinida de afeição, que permitirá à criança amar um ideal como amar a seus pais e tender ao bem como à sociedade de seus semelhantes. Mas, deixadas livres, essas forças puramente inatas permaneceriam anárquicas” (Piaget, 1996: 2-3). O ser humano não é uma tabula rasa, onde se inscrevem os valores sociais e morais desejados pelos adultos, pelos professores ou autoridades. Ele precisa aproveitar as oportunidades que as inter-relações estabelecidas por ele durante sua vida, particularmente nos espaços de ensino-aprendizagem, lhe oferecem para desenvolver sua capacidade de refletir sobre elas próprias. Assim, para Piaget, a relação

com a sociedade promove o desenvolvimento moral não porque ela impõe, pura e simplesmente, suas regras morais aos indivíduos, mas porque possibilita, das inter-relações que se estabelecem, que os sujeitos reflitam sobre as regras, produzam um consenso sobre elas, levando-os, progressivamente, a um comportamento autônomo. É preciso que o aparelho formador assuma sua responsabilidade nestes processos, deixando de considerá-los processos naturais e determinados tão-somente pelo ambiente externo.

Tenho defendido que a ética seja um tema transversal nos currículos em geral, mas infelizmente isso não é possível de imediato como regra para a maior parte das escolas. Em algumas poucas escolas médicas e em outras tantas de outras profissões, talvez isso seja possível, mas seguramente estamos longe de possuir profissionais competentes – seja por dominarem a caixa de ferramentas básica da Bioética, seja por compreenderem seu papel no processo de desenvolvimento moral de seus alunos – que justifiquem a opção pela abordagem estratégica mais avançada em relação à implantação de mudanças neste campo. É preciso um investimento na preparação de nossos docentes nesta área, abandonando de vez a idéia de que o médico, por utilizar uma técnica aprimorada ou cientificamente adequada, seja, por “natureza” ético. Não é. As conseqüências do ato médico e das decisões que tomamos podem mesmo provocar danos em nossos pacientes, apesar de nossas habituais boas intenções. Precisamos ainda do modelo tradicional de disciplina, ao lado da modernização dos métodos de ensino e da atualização dos conteúdos.

* *Médico e doutor em saúde coletiva. Pesquisador adjunto no Núcleo de Pesquisas em Bioética e Ética Aplicada na ENSP/Fiocruz, editor da RBEM e diretor da Sociedade de Bioética do Estado do Rio de Janeiro – regional da SBB.*

RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL – SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS

Publicado em novembro-dezembro / 2003

Maria do Patrocínio Tenório Nunes *

Em 1848, a associação médica americana manifestou-se a favor de um sistema de instrução baseado na utilização da rede hospitalar para o ensino, dando início a uma nova modalidade de formação de recursos humanos na área médica, privilegiando o ensino da prática clínica hospitalar e o adestramento profissional em serviço – a Residência Médica (RM). O termo “residência” resulta do fato de, na época, ser requisito necessário morar na instituição onde se desenvolvesse o programa, com o objetivo de se estar à disposição do hospital em tempo integral.

No Brasil, deu-se início aos programas de RM na década de 1940, mais precisamente em 1944, quando foram implementados, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, os primeiros programas, nas áreas de Cirurgia, Clínica Médica e no Serviço de Físico-Biológica Aplicada. Em 1948, no Rio de Janeiro, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, iniciou-se um programa de RM. Uma revisão do assunto mostra que até a década de 60 os programas de RM se concentravam nos hospitais públicos tradicionais, nos hospitais universitários públicos.

Em 5 de setembro de 1997, o decreto presidencial 80.281 criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com o objetivo de regulamentar essa modalidade de ensino no país. O decreto 91.364, de 21 de junho de 1985, redefine a composição e o modo de funcionamento da CNRM, que é uma comissão assessora da Secretaria de Ensino Superior (SeSu) do Ministério da Educação.

Em 7 de julho de 1981, a lei 6.932 define a Residência Médica como modalidade de *ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização caracterizada por treinamento em serviço*, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional. Esta lei, em seu artigo 1º, estabelece que “o uso da expressão ‘Residência Médica’ é restrito aos programas delineados para graduados em medicina”; e, no artigo 6º, que a conclusão de um programa credenciado garante o título de especialista na área.

Os programas de Residência Médica, desde então, devem ser credenciados pela CNRM, após atender aos pré-requisitos vigentes (resolução 05/2002) e outorgar bolsa de estudo com valor mínimo estabelecido por lei.

Em 1987, a CNRM criou as Comissões Estaduais de RM com o atributo de dividir responsabilidades, até então concentradas na CNRM. Nos locais de funcionamento dos programas, devem-se constituir as Comissões de Residência Médica (COREME), formadas por médicos residentes, supervisores dos programas e direção da instituição, com regimento próprio, porém desenhadas e com funcionamento de acordo com as determinações da CNRM.

Nos últimos seis anos, a CNRM, em conjunto com o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira, definiu as 52 especialidades médicas no país e suas respectivas áreas de atuação, significando para os Programas de Residência Médica (PRM) que são ou poderão ser programas todas as especialidades médicas reconhecidas como tal e as áreas de atuação como anos opcionais.

A Residência Médica existe há quase 60 anos no país e é regulamentada há 20 anos. Nesse período, foi objeto de interesse principal dos médicos residentes por meio da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) e de docentes e médicos envolvidos com os programas, além, obviamente, das comissões já referidas e das entidades médicas.

A RM está consagrada como a melhor forma de inserção de profissionais médicos na vida profissional, sob supervisão, e de capacitação em uma especialidade. Entretanto, apresenta uma série de particularidades que por vezes complicam o fluxo e a evolução dessa modalidade de pós-graduação *lato sensu*. No momento, observa-se que os principais problemas podem ser resumidos em quatro aspectos: avaliação, necessidade, acesso e financiamento.

A RM concentra sua organização pedagógica no Ministério da Educação (ME), de forma legítima, já que se trata de modalidade de pós-graduação. Assim é que os aspectos pedagógicos dos PRM são da responsabilidade do ME

por meio da CNRM. No entanto, o financiamento das bolsas é de responsabilidade de outros órgãos, sendo os dois principais o próprio ME e o Governo do Estado de São Paulo. Essa dissociação possibilita o credenciamento de vagas com base no mérito do programa proposto, mas, por outro lado, com a crise econômica, tem gerado um descompasso entre o número de vagas credenciadas e o número de bolsas ofertadas. Mais ainda, em alguns momentos ocorrem tensões, quando a CNRM estabelece piso nacional sem uma discussão prévia com os demais gestores. Nos últimos dois anos, a questão econômica piorou com a posição assumida pelo Ministério da Previdência de cobrar integralmente o INSS devido, tanto dos médicos residentes, como das instituições que oferecem os programas. Desde então, a CNRM e a ANMR têm buscado demonstrar que bolsa de estudo deve ter um tratamento diferenciado, não podendo ser tratada como salário, sob pena de restringir ainda mais o já escasso financiamento para um setor fundamental, já que não se pode imaginar um atendimento correto sem se passar por um programa adequado de RM.

Discute-se a necessidade da participação de outros segmentos na elaboração do projeto da RM no país, como gestores, usuários e estudantes.

Um segundo ponto importante decorre da frase anterior. No momento, estão disponíveis 8.754 vagas para o primeiro ano de residência, em 2.550 programas, distribuídos em 415 instituições no país. Ora, é crescente o número de escolas médicas, processo ocorrido em duas etapas, sendo a mais recente a partir de 1996. Portanto, pensa-se em oferecer residência médica a todos os egressos da graduação, mas se verifica um número crescente de formandos, não acompanhado de recursos financeiros. Somem-se a isso as mudanças ocorridas na prática médica e a necessidade de cumprir os princípios do Sistema Único de Saúde, que, colocado em prática, atenderia de forma ideal a população brasileira na sua totalidade. Assim, os gestores de saúde vêm discutindo a necessidade de direcionar bolsas para programas novos, como de Saúde da Família e da Comunidade, Mastologia, e outros, como Medicina do Trauma e Medicina Intensiva. Ocorre que restrições econômicas obrigam a direcionar os recursos, que não aumentaram de forma proporcional, havendo possibilidade de mais restrição.

O problema econômico gera uma falsa questão, que é a irreal disputa entre as assim chamadas áreas básicas e de especialidade e subespecialidades. Corrigido o problema econômico, o direcionamento de bolsas para a formação

de especialistas e médicos gerais deve se pautar em evidências reais de demanda de saúde da população. Não existem dados nacionais a esse respeito, mas estão sendo construídos por um consórcio estabelecido entre a ABEM, AMB, CFM e Ministério da Saúde. Há também estudos estaduais em andamento na Bahia e em São Paulo. Além de sua principal missão, esse projeto cumpre também o papel de iniciar uma aproximação entre os interessados pela formação médica pós-graduada, no sentido lato.

A existência de 2.550 programas não implica necessariamente garantia de qualidade. É urgente avaliar os programas em curso, envolvendo todos os interessados, como as sociedades de especialistas, os conselhos de medicina e as escolas médicas, num esforço concentrado para estabelecer critérios técnicos, éticos e de demanda para distribuição de bolsas, a fim de garantir a qualidade da formação. O Estado de São Paulo iniciou recentemente um projeto nesse sentido.

Outra questão importante decorre da concentração de escolas e dos demais indicadores de saúde na Região Sudeste do país, gerando um desequilíbrio entre essa região e outras, como a Região Norte. A solução de uma questão com essa magnitude exige, no nível da formação, disponibilidade, conhecimento técnico e a criação urgente de um programa de cargos e salários para o médico, como já ocorre em outras profissões.

O acesso, da maneira como está regulamentado, tem sofrido muitas críticas. A resolução 01/2001 estabelece que os candidatos à admissão em Programas de Residência Médica deverão se submeter a processo de seleção pública. A seleção de candidatos aos Programas de Residência Médica consistirá, obrigatoriamente, em prova escrita objetiva sobre conhecimentos de Medicina, com igual número de questões nas áreas básicas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, e Medicina Preventiva e Social, podendo ser realizada em uma ou mais fases, com ponderações distintas, a critério da instituição, totalizando o peso mínimo de 90%; a critério da instituição, de prova oral, entrevista ou avaliação curricular com peso máximo de 10%.

Esta resolução, que se originou de denúncias e pretendeu garantir o princípio de justiça e direito iguais a todos os brasileiros, confronta-se em alguns aspectos com as Diretrizes do Ensino de Medicina no país e tem gerado consequências nefastas, como o afastamento dos alunos dos estágios práticos para a preparação para os processos seletivos, pautados em conhecimento, em detrimento de habilidades e atitudes. Das discussões relacionadas a esse tema,

concluo que a melhor estratégia talvez não seja modificar os critérios, mas o conteúdo das provas, ficando como um desafio para as escolas médicas, particularmente para as universidades, elaborar novas formas de seleção que permitam a inclusão e análise dos outros dois aspectos da formação. É necessário também, durante a graduação, debater com os alunos o tipo de médico que se pretende ser e os possíveis locais de habilitação, rompendo com a situação atual de buscar os centros consagrados, independentemente do projeto pedagógico proposto.

No último Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica, a plenária aprovou os seguintes pontos em relação aos aspectos políticos e pedagógicos:

A) Aspectos políticos

- Reconhecimento da ABEM como representante legítima do processo pedagógico de Educação Médica em todos os seus níveis;
- Adequação da Residência Médica ao sistema de saúde vigente, priorizando o controle social;
- Redefinição e fortalecimento das CERMs;
- Cobrança de definição de uma política clara de saúde nacional a longo prazo;
- Rediscussão do papel e da composição da CNRM, considerando a inserção de gestores municipais e estaduais, usuários e estudantes;
- Oferta de PRMs como um dos critérios para a abertura e funcionamento de escolas médicas.

B) Aspectos pedagógicos

- Equilíbrio entre cognição, habilidades e atitudes;
- Reavaliação dos critérios atuais de seleção, incluindo a distribuição entre avaliação de conhecimentos, entrevista e currículo (90/10);
- Fóruns regionais e nacionais;
- Criação de um núcleo dentro da ABEM, com representação regional e dos diferentes segmentos envolvidos, para deliberar sobre as questões previamente abordadas e gerar conhecimento.

Concluo que a RM passa por uma crise no país. De acordo com o dicionário, crise significa crescimento, portanto, evolução. Para ser positivo, esse crescimento necessita de cuidados adequados, que virão da capacidade dos diferentes segmentos envolvidos para se desarmar e discutir com maturidade as possibilidades de solução. Esse processo precisa ser acelerado, considerando a demanda em curso. As entidades médicas, os alunos, as escolas médicas, os ministérios da Educação e da Saúde precisam urgentemente iniciar a discussão em busca de resolução para as inúmeras questões que permeiam a RM.

* Professora da Universidade de São Paulo e representante da ABEM na Comissão Nacional de Residência Médica.

METODOLOGIAS DE ANÁLISE CRÍTICA E REGISTRO DE EXPERIÊNCIAS INOVADORAS EM EDUCAÇÃO MÉDICA

Publicado em julho-agosto-setembro-outubro / 2003

Adriana Cavalcanti de Aguiar *

No contexto atual, verifica-se grande pressão sobre as escolas médicas por mudanças, a partir dos processos de avaliação governamental e do diagnóstico elaborado pela CINAEM, traduzindo-se na necessidade de implantar mudanças na cultura institucional, currículos, processo ensino-aprendizagem e avaliação.

As Novas Diretrizes Curriculares homologadas em 2001 apontam caminhos, porém suas premissas e propostas vêm sendo absorvidas com graus variáveis de clareza pelas escolas. O envolvimento de docentes e alunos no processo de transformação encontra-se aquém do desejável.

Com o advento do PROMED, 20 escolas médicas foram contempladas com recursos adicionais do Ministério da Saúde, para implementar plano de mudanças coerente com as diretrizes. Criou-se uma expectativa de intercâmbio com as demais escolas, além da perspectiva de incorporação de novas escolas com envolvimento multiprofissional.

A ABEM desenvolveu a RAEM, uma rede virtual que inclui uma base de dados bibliográficos sobre a produção brasileira na área da formação profissional em saúde. A RAEM coloca-se no contexto atual como ferramenta estratégica para disponibilizar a produção das escolas em publicações virtuais (que são válidas para o Currículo Lattes). Existe um interesse da RAEM em relatos de experiências que não viriam necessariamente a ser publicadas em periódicos. Mas é preciso explicitar critérios para a publicação virtual.

Nos fóruns regionais e estaduais sobre Educação Médica, observa-se grande produção de pôsteres e apresentações orais sobre iniciativas inovadoras, porém, com frequência, estas carecem de base conceitual e metodológica apropriada, demonstrando por vezes restrita capacidade auto-reflexiva, fundamental no sentido de se constituírem como ferramentas para o aperfeiçoamento a partir da identificação concreta de limites e possibilidades das intervenções.

Nesse contexto, a Diretoria Executiva da ABEM e um grupo integrante da RAEM, em reunião na sede do Rio de Janeiro, elaboraram uma proposta de desenvolvimento de uma Oficina, agendada para o dia 31/10/2003 nas dependências do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá, com o objetivo de implementar a BVS – Saúde.

A Oficina de Trabalho proposta irá congregiar especialistas em Educação Médica para detalhar aspectos importantes para a elaboração de trabalhos a serem disponibilizados na referida biblioteca virtual.

A Oficina delinea-se a partir da expectativa da RAEM de fomentar a capacidade crítica e reflexiva de gestores, docentes e alunos tanto para a elaboração dos relatos quanto para a avaliação e apreensão das próprias experiências. Justifica-se pela importância de criar um clima de cooperação entre as escolas na produção do conhecimento que possa servir, entre outros aspectos, para fundamentar projetos de capacitação docente com base em reflexões contextualizadas, que podem ser úteis para a discussão na própria escola (pesquisa-ação) e para outras que tenham contextos análogos.

A pauta de trabalho envolveu as seguintes questões:

- Construção de uma metodologia para análise e registro dos estudos de caso referentes às inovações em Educação Médica no Brasil;
- Formação e definição de Descritores da BVS-Educ;
- Construção de um perfil do Corpo Editorial da BVS-Educ;
- Estratégias de formação dos Grupos Focais para a BVS-Educ.

* Médica, mestre em Saúde Pública, mestre e doutora em Educação, Coordenadora de Desenvolvimento Educacional do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá, Pesquisadora do Instituto de Medicina Social da UERJ, Membro do Grupo Coordenador da RAEM.

ANATOMIA ARTE IMAGEM

Publicado em janeiro-fevereiro-março-abril / 2003

Maryelena Seleme Dora *

Diante do equilíbrio dinâmico das áreas do conhecimento que formam a ciência médica, é evidente que o estudante de medicina necessita, em seu aprendizado, um ensino dinâmico, que sofra reajustes e reformulações.

No período em que ministrei aulas na cadeira de Anatomia Humana no Curso de Medicina da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, várias vezes constatei no semblante do aluno que ingressava no curso uma expressão de desagrado e até de rejeição frente ao material exposto nas aulas de dissecação, uma vez que as peças para estudo não se encontravam nas condições esperadas, pois já tinham sido dissecadas e manuseadas por várias turmas em anos anteriores. A falta de material – o cadáver – tornou-se uma das grandes preocupações da disciplina. Essa preocupação, historicamente, acompanhou o ensino de anatomia nas escolas médicas até o século XIX, quando passou a ser permitida a utilização de cadáveres não reclamados.

Além da falta de material, a frieza que envolve as lições de anatomia atuais contrasta com as descritas na história da medicina. As dissecações anatômicas – as lições de anatomia¹ – eram eventos públicos aos quais compareciam tanto profissionais da classe médica como leigos, e artistas eram convocados para documentar tais eventos. A dissecação retratada por esses artistas constituiu um marco importante da presença da imagem na prática da medicina, pois nos traços do artista se humanizava a dissecação anatômica. A tela *Lição de anatomia do Dr. Nicolaes Tulp*, de Rembrandt Harmenszoon van Rijn, além de mostrar uma das mãos indicando os músculos do braço dissecado, tem uma mensagem adicional, segundo Frédérique Westerhoff-König: *conscientiza o observador da importância da prática da dissecação e da habilidade da mão humana e, mais ainda, ressalta a mortalidade do ser humano e a imortalidade do conhecimento científico.*

A dissecação antes humanizada pela mão do artista tornou-se hoje fria e desumanizada. Essa nova perspectiva parece refletir-se na atitude futura do médico. Liana Albernaz de Melo Bastos e Munira A. Proença consideram que o estímulo à *postura desumanizadora* do médico é primordialmente estabelecido na prática pedagógica da dissecação de cadáveres – *a relação estudante-cadáver pre-*

cederia e organizaria, como modelo, a relação médico-paciente. O aluno veria no cadáver apenas um objeto de estudo inerte, que não lhe opõe resistência ao ser estudado e manuseado conforme seu interesse, e não conseguiria estabelecer a relação entre o cadáver e o ser humano que esse cadáver foi. O cadáver apareceria como *paciente ideal*, e seu anonimato seria entendido como não humanidade. Nessa medida, o exemplo citado por Bastos e Proença de *um cadáver de mulher com as unhas pintadas* promove uma desestabilização do aluno ao identificar o vivo no morto e, como contrapartida, o morto no vivo.

Para que o aluno passe a vincular o ensino da anatomia a uma situação concreta mais próxima da relação médico-paciente humanizada, proponho associar ao estudo da anatomia a técnica de imagem oferecida pela ultra-sonografia². Essa técnica permite explorar o corpo humano sem danificá-lo, possibilita visualizar um órgão em cortes, dinamicamente, o que permite observá-lo quanto a sua forma, tamanho e relação com as demais estruturas do corpo humano, ao vivo. Alicerçada na definição de anatomia de Henry Gray como a *ciência das formas e das estruturas do corpo humano*, por que não utilizar a ultra-sonografia para humanizar o estudo da dissecação anatômica?

A finalidade da indicação desta técnica de imagem no estudo da anatomia humana é possibilitar ao acadêmico de medicina familiarizar-se com a anatomia dinâmica ao estudar ao vivo e em tempo real alguns conteúdos da anatomia do corpo humano, facilitando a compreensão posterior da representação morfológica do paciente. Paralelamente a essa compreensão da morfologia, o estudo ultra-sonográfico coloca o acadêmico em contato com o paciente, com o ser humano que pode expressar seus sentimentos, fazendo com que o aluno passe a ver e a respeitar seu objeto de estudo como um paciente e, mais tarde, como médico, passe a ver e a respeitar seu paciente como um ser humano.

Nessa medida, através do método ultra-sonográfico, poderíamos humanizar o ensino da anatomia, fortalecendo a articulação da teoria com a prática, bem como proporcionando ao acadêmico de medicina, na cadeira de Anatomia Humana, a possibilidade de rever ou ver alguns conteúdos da anatomia interna do corpo humano por meio

de uma forma de abordagem que o leva a ter contato com o paciente, fazendo a integração aluno-paciente.

O emprego da ultra-sonografia no ensino da anatomia poderia, também, representar um meio de minimizar o problema da falta de material, bem como reduzir o emprego de peças anatômicas em condições não ideais para esse estudo.

Com esta proposta de utilizar a ultra-sonografia no estudo da anatomia não pretendo negar a importância da dissecação de cadáveres – a dissecação permite o estudo anatômico de partes do corpo humano não acessíveis através desta técnica de imagem –, mas sim ressaltar a importância da ultra-sonografia como uma ferramenta complementar no ensino da anatomia.

O emprego da ultra-sonografia no estudo da anatomia não significa transformar o estudante em um ecógrafo, uma vez que o objetivo da inclusão dessa técnica na disciplina de anatomia não é o parecer do aluno sobre o órgão estudado.

O estudo da anatomia através dos tempos, ou seja, da anatomia e da arte, indica o equilíbrio dinâmico das áreas do conhecimento que formam a ciência médica e mostra que o ensino deverá ser dinâmico, sofrendo reajustes e reformulações. O preparo do médico, por mais completo que seja, em ciências naturais e em tecnologia é incompleto sem a formação humanística. Não existe ato médico sem fundamento científico, mas sem fundamento humanístico ele também não existe.

NOTAS

1 *A anatomia no passado era valorizada: 1. como um ramo importante do estudo da medicina – Vesalius / Galeno Sorano de Éfeso; 2. como tema de pintura – Bibliothèque Nationale de Paris; e 3. ocuparam-se dela importantes nomes, como Leonardo da Vinci (artists encouraged the study of anatomy, for they wanted accurate representations of the body. Dissections were performed by Leonardo da Vinci, Michelangelo and Rafael. Leonardo began with surface measurements, proportions and anatomy of muscles, but it was not as an artist...).*

O tratamento dado às lições de anatomia / a anatomia – pela linguagem da pintura – humaniza a dissecação/anatomia.

2 *Usarei o termo ultra-sonografia em vez de ecografia, pois os dois se referem à mesma técnica de imagem.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. König FW. *Lição de Anatomia como Retrato de Grupo, Orgyn* 1998; 9: 52-56.
2. Bastos LAM, Proença MA. *A prática anatômica e a formação médica, Rev Panam Salud. Publica/Pan. Am J Public Health* 2000; 7(6): 395-402.
3. Gray H. *Anatomia. Rio de Janeiro: [s.n.]; 1988.*

* Médica, Professora de Anatomia do Departamento de Ciências Morfobiológicas da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (Furg).

INTERNATO RURAL DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG: 25 ANOS DE EXISTÊNCIA

Publicado em novembro-dezembro / 2003

Geraldo Cunha Cury *

Em decorrência do novo currículo médico implantado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), os Serviços de Saúde, particularmente os públicos, passaram a ser reconhecidos como parceiros da Universidade na educação médica. Após a implantação do Internato Rural em 1978, uma das mais antigas experiências de integração docente-assistencial existente no país, o Sistema de Saúde tornou-se um local privilegiado de trabalho.

O Internato Rural, uma disciplina obrigatória, hoje denominada Internato em Saúde Coletiva, desenvolve-se em rodízios trimestrais sucessivos, com alunos do 11º período do Curso de Graduação em Medicina da UFMG. A carga horária é de 330 horas, sendo atendidos 80 alunos por trimestre. Alunos em situações particulares – casados, com filhos, arrimos de família ou com casos de doença grave na família – fazem estágios na Região Metropolitana de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. Os demais alunos se organizam em duplas, que são designadas para as cidades do interior do estado. Cada localidade recebe dois ou quatro alunos a cada trimestre. O atendimento ambulatorial é uma parte das atividades desenvolvidas pelo Internato Rural, que também é composto por outras atividades médico-assistenciais, como palestras e formação de grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes; trabalhos em creches; atividades relacionadas ao meio ambiente e à organização do Sistema de Saúde.

Para a implantação e pleno funcionamento do estágio curricular, firmaram-se convênios tripartites – envolvendo a Secretaria de Estado da Saúde (SES), a UFMG e as prefeituras municipais. Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo de municipalização em curso, os convênios passaram a ser bipartites, realizados entre a UFMG e as prefeituras. Além deste convênio bipartite, foi mantido o convênio UFMG/SES, por meio do qual o município fornece casa montada aos estagiários, além de pagar um funcionário que realiza todas as tarefas domésticas. Taxas de água, luz, gás e impostos em geral são também cobertos pelas prefeituras conveniadas. O transporte para os postos na zona rural é feito em veículos das prefeituras.

As prefeituras interessadas no convênio enviam carta ao diretor da Faculdade de Medicina da UFMG, que a encaminha à Coordenação do Internato Rural. Nas reuniões mensais realizadas pela supervisão, os pedidos são avaliados e então se decide celebrar ou não o convênio em função da localização do município, estrutura do Sistema Local de Saúde e interesse em trabalhos na área da Saúde Coletiva.

Convém lembrar que, como se trata de um convênio com o município, há mudanças periódicas em função das trocas

de prefeituras a cada quatro anos: nesse momento, os convênios são reavaliados frente ao novo quadro.

Trimestralmente, todos os alunos do Internato Rural são reunidos em um encontro geral para avaliação da disciplina, com a presença de todos os supervisores, sendo regularmente convidados o diretor e o vice-diretor da Faculdade de Medicina, o chefe do Colegiado de Curso Médico e os chefes de Departamentos da Faculdade de Medicina. Em várias oportunidades, já participaram dessa reunião representantes dos Serviços Municipais e Estaduais de Saúde, das comunidades envolvidas nos trabalhos, bem como diretores e docentes de outras unidades da UFMG.

Além dessas reuniões gerais, todas as duplas apresentam um relatório ao final do treinamento, no qual avaliam seu estágio, as condições de trabalho, as atividades desenvolvidas e a supervisão recebida em termos de periodicidade, qualidade e eficiência.

Este ano, o Internato Rural completa 25 anos de existência e, apesar das várias dificuldades enfrentadas, representa o maior e o mais duradouro e sólido programa de ensino e extensão da universidade brasileira.

No recente Congresso da ABEM realizado em Florianópolis, coordenei a Oficina de número 9, denominada "Mudanças curriculares: prática médica e formação médica". Ela evidenciou a importância do PROMED como impulsor da discussão da mudança e adequação do Ensino Médico às Diretrizes Curriculares. Ficou clara a importância que experiências como a do Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG representam para a construção de mudanças curriculares. Foi levantada a preocupação, compartilhada pela maioria dos presentes à Oficina, quanto ao risco de o PROMED se transformar num "balcão de PBL", em virtude da confusão existente quando se considera um método de ensino como um processo de mudança e quando escolas mudam o método de ensino julgando que assim estarão transformando o currículo. Na Oficina, foi exemplificado que se pode manter o mesmo currículo, trabalhando com princípios do PBL, sem alterar a essência do currículo. Sugeri-se que o próximo Congresso da ABEM dedique a este tema um espaço importante nas discussões.

Coloco-me à disposição dos interessados em discutir ou obter informações sobre o tema, pelo telefone 31-9970-1812 ou pelo e-mail: gcury@medicina.ufmg.br

* Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFMG; Doutor em Medicina; Coordenador do Internato Rural da UFMG

CERTIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO

Publicado em janeiro-fevereiro-março-abril / 2004

Laura C. M Feuerwerker *

Desde o início de 2002, por iniciativa dos Ministérios da Educação e da Saúde, foi instituída uma Comissão Interinstitucional para tratar do tema dos Hospitais Universitários. A Comissão conta com representação ampla desses dois Ministérios, mas também com a participação de representantes dos Ministérios de Ciência e Tecnologia e do Planejamento, da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue), da Associação Nacional de Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), da Associação Brasileira de Universidades Estaduais e Municipais (Abruem), da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben), da Executiva Nacional de Estudantes de Enfermagem, da Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina, do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e da Comissão de Educação e da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados.

Dentre outras linhas de trabalho, constitui-se grupo para analisar a situação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (Fideps) e propor alternativas para a certificação dos hospitais universitários e de ensino.

O balanço geral da análise foi o seguinte:

- a) o Fideps não serviu para estimular ou fortalecer as atividades de ensino e pesquisa nos hospitais (os recursos advindos desse incentivo nunca foram utilizados com essa finalidade);
- b) o Fideps terminou sendo utilizado de maneira indiscriminada para favorecer ou privilegiar hospitais por alguma razão eram considerados merecedores de tratamento especial (por razões políticas, de organização do sistema etc.), o que levou a que hospitais que não são de ensino fossem incluídos no programa de incentivos;
- c) há vários hospitais efetivamente de ensino que não estão incluídos no programa;
- d) o Fideps não contribuiu de maneira significativa para promover uma efetiva integração dos hospitais de ensino à rede de serviços do SUS, já que perpetuou a lógica da prestação de serviços;
- e) ao longo do tempo, como os hospitais enfrentam problemas de financiamento (de natureza variada), os re-

ursos do Fideps terminaram sendo incorporados ao custeio dos hospitais.

Em consequência, a conclusão do grupo foi de que se deveria propor a extinção do Fideps e sua substituição por uma outra modalidade de vinculação dos hospitais de ensino ao SUS, que contribuísse para seu fortalecimento gerencial e para desenvolvimento das atividades de assistência, ensino e pesquisa de maneira articulada com o sistema de saúde.

Em função do fato de haver atualmente impropriedades de inclusão e exclusão de hospitais nas categorias de universitários e de ensino, propôs-se a instituição de um processo de certificação, a partir do qual os hospitais efetivamente enquadrados como de ensino fariam jus a uma nova modalidade de contratação pelo SUS. A nova modalidade – em processo de elaboração – envolve a instituição de contratos, que possibilitem a remuneração global com base em metas estabelecidas e pactuadas em relação à prestação de serviços, à educação e à pesquisa.

O passo seguinte, então, foi a construção dos critérios para a certificação, que será feita de maneira conjunta pelos Ministérios da Educação e da Saúde. Foram longos meses de debate, com efetiva participação de todos os atores relevantes envolvidos no tema. O produto final está concretizado numa Portaria Interministerial com publicação prevista para o final do mês de março.

São os seguintes os critérios para a certificação como hospital de ensino (categoria que substitui as antigas de hospital universitário, de ensino e auxiliar de ensino):

- I- abrigar formalmente as atividades curriculares de internato da totalidade dos estudantes de pelo menos um curso de medicina e atividades curriculares de um outro curso de graduação superior na área da saúde. Excetuam-se as instituições hospitalares universitárias especializadas, que disponham de curso de pós-graduação stricto sensu devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e qualificado com o grau mínimo exigido para a concessão de bolsas.
- II- abrigar programas de Residência Médica, regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), contemplando, no mínimo, 10 vagas de R1 entre as áreas de atenção básica, excetuando-se os hospitais especializados que disporão de programa específico e credenciado de Residência, com no mínimo 10 vagas de ingresso anual;

- III- garantir, por iniciativa própria ou da IES, acompanhamento docente para os estudantes de graduação e preceptoria para os residentes, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;
 - IV- abrigar atividades regulares de pesquisa no hospital de ensino, realizadas por iniciativa própria e/ ou por meio de convênio firmado com IES, ou ainda, apresentar projeto institucional para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa;
 - V- possuir instalações adequadas ao ensino, com salas de aula e recursos audiovisuais, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;
 - VI- possuir ou ter acesso a biblioteca atualizada e especializada na área da saúde, com número de títulos e periódicos compatível com alunado e atividades de Ensino e Pesquisa Universitária; com instalações adequadas para estudo individual e em grupo, interligada à Bireme e às Bibliotecas Virtuais em Saúde, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;
 - VII- ter constituídas, em permanente funcionamento, as comissões de Ética em Pesquisa, de Documentação Médica e Estatística e de Óbitos, além de desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde;
 - VIII- ser participante ativo do Pólo de Educação Permanente em Saúde quando existente em sua área de abrangência;
 - IX- dispor de programa institucional de desenvolvimento de docentes, preceptores, profissionais técnico-assistenciais, gerentes e profissionais de nível técnico, por iniciativa própria ou por meio de convênio com instituição de ensino superior;
 - X- participar das políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde e colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção e da docência com a rede básica, de acordo com as realidades locais;
 - XI- dedicar um mínimo de 70% da totalidade dos leitos ativos e do total dos procedimentos praticados ao Sistema Único de Saúde. Os hospitais públicos devem assumir o compromisso de ampliar gradualmente essa porcentagem, até atingir 100% num prazo de 4 anos. Todos os benefícios decorrentes das novas modalidades contratuais entre os hospitais de ensino e o SUS serão proporcionais ao número de leitos e procedimentos destinados ao SUS.
 - XII- regularizar e manter sob a regulação do gestor local do SUS a totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes no SUS;
 - XIII- dispor de serviço de Unidade de Atendimento às Urgências e Emergência, funcionando 24 horas por dia, ou ser formalmente desobrigado pelo gestor do SUS por meio de resolução da Comissão Inter-gestores Bipartite;
 - XIV- estar formalmente inserido no Sistema de Urgência e Emergência local/regional, com definição de seu papel no Plano Estadual de Assistência a Urgência, conforme previsto na portaria 2048 do Gabinete do Ministro da Saúde de 5/11/2002;
 - XV- aderir à Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde;
 - XVI- no caso de hospitais públicos, dispor de Conselho Gestor, que inclua a participação da comunidade acadêmica (docentes e estudantes), de usuários e representantes dos trabalhadores, em consonância com a legislação do SUS;
no caso de hospitais privados, dispor, no âmbito do Conselho Municipal ou Estadual de Saúde, conforme a esfera de gestão pertinente, uma Comissão Permanente de Acompanhamento dos contratos firmados com o SUS;
 - XVII- dispor de estrutura mínima de gestão hospitalar, que inclua rotinas técnicas e operacionais, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação do usuário.
- A partir da publicação da Portaria, estará aberto o processo de apresentação dos hospitais para a certificação. Os Ministérios da Educação e da Saúde pretendem dar a máxima agilidade ao processo. Paralelamente, estão trabalhando a todo vapor os demais grupos de trabalho da Comissão Interinstitucional com o objetivo de construir as bases dos novos contratos que deverão reger as relações entre hospitais de ensino e o SUS. Também se está trabalhando em algumas linhas de apoio específicas para favorecer o fortalecimento e a profissionalização da gestão dos hospitais e a superação de obstáculos administrativos particularmente dos hospitais federais (vagas para reposição de pessoal, pagamento de plantões etc.).
- Esta é uma oportunidade imperdível para começarmos a enfrentar os históricos problemas vividos nesse campo. As escolas médicas e os estudantes podem cumprir um importante papel na oportunidade da certificação, colaborando para que esse seja um momento de efetivo debate e problematização da dinâmica dos hospitais e não uma formalidade burocrática.

* Médica, Especialista em Clínica Médica e Administração de Serviços de Saúde, Mestre e Doutora em Saúde Pública, Coordenadora Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde do Ministério da Saúde

José Guido Corrêa de Araújo

Publicado em setembro-outubro / 2002

O Prof. José Guido Corrêa de Araújo, eleito novo Presidente da ABEM no XL Congresso de Educação Médica, em Fortaleza, fala de suas perspectivas e desafios para os próximos dois anos de gestão. A entrevista com o 19º Presidente da ABEM e docente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco foi realizada pelo Prof. João Campos, da Universidade Estadual de Londrina (PR).



** Ex-Diretor da Faculdade de Ciências Médicas e Pró-Reitor de Graduação da Universidade de Pernambuco - UPE.*

Quais as suas perspectivas para a continuidade do movimento de mudanças na educação médica brasileira?

Acreditamos que são muito boas. Esta certeza nos é dada pelo acúmulo de conhecimentos e a sensibilização para as mudanças desencadeadas pela participação coletiva voluntária das Escolas Médicas no projeto CINAEM, desde o início da década de 90, e a aprovação pelo Conselho Nacional de Educação das Diretrizes Curriculares para os cursos de Graduação em Medicina, com base em proposta amplamente discutida pela ABEM, CINAEM e Rede Unida, consolidada na Plenária final do XXXIX Congresso Brasileiro de Educação Médica de Belém, em 2001.

Qual sua opinião sobre o Programa de Incentivo a Mudança Curriculares, nos Cursos de Medicina – PROMED?

Entendemos como muito importante a iniciativa do Ministério da Saúde em

estimular a integração das Escolas Médicas à Rede Pública de Saúde e a implementação de mudanças curriculares que conduzam à formação de profissionais que venham a atender às necessidades de saúde da população e, portanto, do Sistema Único de Saúde. A grande limitação do PROMED é que apenas beneficia 20 escolas e o grande desafio será conseguir sua expansão, de modo que todas as demais possam ser beneficiadas, no mais breve espaço de tempo possível.

Como a ABEM pretende atuar nesse novo cenário de mudanças?

A ABEM pretende envidar esforços no sentido da continuação do movimento de transformação do ensino nas Escolas Médicas, reaglutinando as entidades parceiras e agregando novas entidades como as representativas dos usuários do Sistema Único de Saúde, em cumprimento às deliberações do XII Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico, realizado em Fortaleza em setembro último, promovendo

as ações necessárias para que sejam criadas as condições para a implementação das mudanças no interior das Escolas. Pretende também agendar reunião com o novo governo federal para relato de todo o processo desenvolvido no sentido da avaliação/transformação do ensino médico nos últimos 12 anos e solicitar apoio para o movimento de transformação e abertura de debates sobre questões cruciais, como, por exemplo, a avaliação.

Qual o seu maior desafio para os próximos dois anos de gestão?

Sem dúvida, o grande desafio para os próximos dois anos será manter a união em torno do movimento de transformação, congregando as Escolas Médicas e as entidades parceiras que tenham o interesse comum de ver concluído seus cursos de graduação em Medicina, jovens com as competências e o perfil definidos pelo coletivo das escolas e entidades médicas, consolidado nas novas Diretrizes Curriculares.

João José Neves Marins

Publicado em novembro-dezembro / 2002

O novo Diretor Executivo da ABEM, Prof. João Marins é atualmente Coordenador do Curso de Especialização em Gerência de Processo de Capacitação Profissional e de Serviços de Saúde na Universidade Federal Fluminense, onde se graduou em 1972. O Prof. Marins é também do Curso de Graduação em Medicina e participa de projetos de Pesquisa e de Extensão na UFF, envolvendo o desenvolvimento da aprendizagem e a sua relação com o Processo de Trabalho.

Nesta entrevista, ele fala de suas expectativas em relação a sua atuação na ABEM, para onde traz uma experiência profissional vinculada à relação ensino-serviço. O professor reflete ainda sobre as mudanças, os incentivos e as articulações entre os diversos atores envolvidos no processo de Educação Médica.



Professor do Departamento de Planejamento em Saúde da Universidade Federal Fluminense

Qual a sua formação e quais são as suas atividades profissionais que tem participado?

Conclui a minha graduação no ano de 1972 na Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense. Atuei como residente em Pediatria e participei como docente nessa especialidade no Departamento Materno Infantil da UFF no período de 1974 a 1990, quando me vinculei ao Instituto de Saúde da Comunidade. Fui aluno de especialização do V Curso Internacional de Saúde e População em 1976, organizado pela FEPAFEM e obtive o grau de Mestre em Medicina Social, no ano de 1983 na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tive a oportunidade de atuar formalmente na Secretaria Municipal de Saúde de Niterói em dois momentos: o primeiro no final da década de setenta, como Gerente de Saúde, quando da construção da proposta de Implantação da Rede de Aten-

ção Básica de Saúde no Município e o segundo como Coordenador de Planejamento, na metade dos anos oitenta, quando da implantação e consolidação das "Ações Integradas de Saúde" no Município –Projeto Niterói. Tenho participado da equipe de coordenação de alguns projetos de integração ensino – serviço, envolvendo a UFF e integrei à equipe de elaboração do novo currículo médico da UFF, implantado em 1994. Gostaria de expressar também a grande satisfação de ter participado da criação e desenvolvimento da REDE IDA BRASIL, hoje REDE UNIDA.

A experiência profissional vinculada à relação ensino - serviço, poderá influenciar a sua atuação na Diretoria Executiva da ABEM?

Certamente. É evidente que a ABEM é uma instituição constituída por diversas correntes de pensamentos e conta, para cada período de manda-

to, com uma equipe dirigente eleita em conformidade com as propostas apresentadas. Portanto, a execução das ações é fruto de decisão da equipe gestora, seguindo princípios aprovados previamente. Todavia, tem se tornado cada vez mais evidente e faz parte da agenda da diretoria do órgão, o debate sobre a necessidade do implemento de parcerias entre as instituições de ensino e as de serviços, onde os profissionais desenvolverão suas práticas. Essa articulação visa a diversificação dos Cenários de Aprendizagem, necessária a incorporação de competência e de habilidades, contidas no perfil do profissional a ser formado segundo as novas Diretrizes Curriculares dos Cursos da área médica.

Nesse sentido, acreditamos que as experiências vivenciadas poderão subsidiar a construção de propostas a respeito dos mecanismos que favorecerão essa integração ensino - serviço - sociedade.

Que mudanças estão sendo propostas no Ensino Médico e quais os incentivos que vêm sendo oferecidos?

Tem sido intensificada, em período recente, a avaliação da formação na área médica, tendo participado desse processo diversas instituições interessadas no bom desempenho das práticas dos profissionais em saúde.

O resultado das avaliações tem apontado para a deficiência de alguns eixos, embora se deva ressaltar a existência da diversidade de experiências e do estágio de desenvolvimento das diversas instituições de ensino no país.

Dentre as deficiências apontadas, destacamos algumas: a concentração teórica do ensino, operado através de uma fragmentação dos conteúdos que são abordados de forma pouco integrada, sendo que as poucas atividades práticas estão concentradas em laboratórios ou em hospitais; os métodos de ensino privilegiam aulas expositivas e a avaliação, muita das vezes, não está dirigida a verificar o grau de competências e habilidades requeridas; a organização temática tem obedecido a critérios tradicionais, atrelados a fundamentações internas às respectivas disciplinas ou especialidades, não sendo revistas periodicamente em função do Perfil Demográfico e Epidemiológico das diversas regiões do país; a grande concentração no enfoque Biológico relegando a um plano de menor abrangência as questões da área psico-social. Em síntese, o perfil profissional formado nem sempre atende às necessidades e as adequações do processo de trabalho.

O diagnóstico de situação tem fundamentado a construção de propostas alternativas ao modelo tradicional hegemônico. Após os debates entre as diversas correntes de pensamento, onde tiveram papel relevante algumas instituições como a ABEM e a REDE UNIDA, assim como outras, incluindo-se alguns segmentos governamentais, formalizou-se através das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina, o referencial para as transformações que devem ser processadas nos diversos níveis de formação na área médica.

De forma complementar a essas iniciativas o Ministério de Saúde e o da Educação lançaram em conjunto o PROMED, como forma de incentivo a essas transformações curriculares. Essa medida vem sendo acompanhada por outras instituições, sendo pertinente a demanda de solicitação referente à criação dos programas de incentivo, organizados pelas Secretarias Estaduais, a exemplo do recentemente criado pela Secretaria do Estado de Paraná.

Tomando como referência os eixos centrais das reformas curriculares, as transformações devem privilegiar principalmente: o direcionamento da produção do saber, que deve contemplar também a construção de tecnologias na área da atenção integral a saúde; a incorporação de metodologias pedagógicas inovadoras, adaptadas às competências e habilidades requeridas e a diversificação dos cenários de aprendizagem, visando ampliar a abrangência do treinamento nos diversos campos de prática. Como estratégia para

o implemento dessas ações, torna-se de fundamental importância o envolvimento dos diversos atores no processo decisório, a formalização da integração das instituições de ensino e de serviços e o desenvolvimento da capacitação dos profissionais das instituições envolvidas.

Como ocorre a articulação dos diversos atores no processo de Educação Médica?

Ressalvando as particularidades e as inovações, desenvolvidas por algumas instituições de ensino, a nossa percepção é a de que não exista com frequência espaços formais destinados a construção coletiva, envolvendo os principais atores do processo de Educação Médica: docentes, discentes, pessoal de serviço e membros da sociedade. Tanto no plano gerencial das instituições, quanto nas atividades operacionais, os projetos costumam ser constituídos de forma individualizada e, em algumas ocasiões, as representações são constituídas para referendar as decisões, com limitado poder de decisão. Essa constatação tem ampliado os níveis de conflito e competição intra e inter institucional.

Considerando-se a necessidade atual da construção do saber e de tecnologias envolvendo as diversas áreas do conhecimento (transdisciplinaridade ou intersectorialidade) e a formação e capacitação profissional adequada a uma nova lógica do processo de trabalho, considere-se de grande relevância a criação de canais de participação, onde os diversos atores possam construir e avaliar, de forma conjunta e pactuada, as ações a serem desenvolvidas.

Amâncio Paulino de Carvalho

Publicado em janeiro-fevereiro-março-abril / 2003

Como ativista do movimento estudantil, o Prof. Amâncio Paulino de Carvalho participou do esforço para realizar o sonho da Faculdade de Medicina da UFRJ de ter seu próprio hospital, acalentado desde o século XIX. Aos 45 anos de idade, Professor-assistente da área de Doenças Infecciosas e Parasitárias, ele é Diretor do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho há cinco anos, eleito por docentes, alunos e funcionários duas vezes consecutivas. É também Presidente da Associação Brasileira de Hospitais Universitários de Ensino (ABRAHUE), que reúne os diretores dos 154 hospitais que exercem algum nível de atividade de ensino médico. Nesta entrevista, ele divide conosco sua experiência, reflexões e propostas para alinhar os Hospitais Universitários ao esforço de transformação do ensino médico.

Como tem sido a sua vivência na área de Hospitais de Ensino?

Na verdade, começou ainda muito cedo, ainda quando estudante de medicina. Este Hospital começou a ser construído, em 1950, na época de Getúlio Vargas e as obras foram abandonadas com a entrada de Juscelino Kubitschek, que tinha como prioridade a construção de Brasília. Os anos 60 foram de retomadas e paradas da construção, até que na década de 70 a coisa realmente tomou pé, com a superintendência do Prof. Clementino Fraga Filho. Fizemos um movimento muito intenso para fortalecer as posições da administração da Faculdade na época, para conseguir abrir o Hospital Universitário. A minha turma foi uma das que entrou na inauguração e, de imediato, pudemos perceber como isso significou um avanço em relação à situação anterior de dispersão em pequenos hospitais. Acabavam não concentrando recursos tecnológicos, não tinham um movimento significativo do conjunto de especialidades, enfim, não tinham a integração que um grande hospital universitário oferece. Isso fez parte da formação de muita gente da nossa geração, que teve uma formação política na luta contra a ditadura e procurando fazer um vínculo

entre essas lutas específicas de cada setor, como era o caso da abertura do hospital, e a necessidade de modificar a situação política brasileira de então. Demorou, mas acabou dando certo.

E a experiência como diretor do HU e como presidente da ABRAHUE?

É muito marcada pelo fato de que estes hospitais têm sempre algum aspecto de crise de financiamento. É quase crônica, com períodos melhores ou piores, mas sempre com muita dificuldade de dar conta do conjunto de suas atribuições de ensino, pesquisa e assistência. Esta crise assume diversos aspectos, no caso dos hospitais universitários federais, ligados ao MEC - que hoje são 45, dos quais oito são da UFRJ - ela está relacionada principalmente à carência de pessoal. Foi uma política do Fernando Henrique Cardoso interromper a contratação de funcionários públicos. Em parte, porque queria diminuir as despesas do Estado, mas também porque queria modificar o critério de admissão à carreira pública, trazer de novo para a CLT, modificar o regime da previdência, não queria contratar pessoas pelo Regime Jurídico Único. Houve um esvaziamento muito significativo, estes hospitais tinham, no ano passado, 38 mil funcio-



*Professor-assistente da UFRJ,
Diretor do Hospital Universitário
Clementino Fraga Filho e
Presidente da Associação
Brasileira de Hospitais
Universitários de Ensino
(ABRAHUE)*

nários do quadro, inclusive professores, e 22 mil terceirizados através das fundações. Isso gerou para todos um déficit financeiro muito significativo, porque se passou a utilizar o dinheiro do SUS - que já é insuficiente para manter o hospital funcionando - para pagar o pessoal. Esta despesa com pessoal chegou a quase 40% dos recursos do SUS, é uma fórmula que não fecha, gera déficit, dívidas, problemas de abastecimento, dificuldades de segurança para os pacientes.

Mas existem outros problemas de gestão dos hospitais universitários. Um deles é a dissociação entre planejamento, custeio e pessoal. Ou seja, os investimentos são feitos de maneira não articulada com as necessidades locais de saúde da população, com a disponibilidade de recursos locais e não estão integrados também com o processo de custeio necessário para que estes investimentos funcionem. Nós, por exemplo, abrimos neste ano um setor de radioterapia, com equipamentos no valor de US\$ 2,5 milhões financiados pelo Ministério da Saúde, a obra nós fizemos com grande esforço, conseguimos recursos do MEC,

custou mais cerca de R\$ 2 milhões. Está tudo pronto, mas a dificuldade de operacionalizar agora existe, porque não temos o quadro de pessoal necessário e não temos a garantia a garantia de um financiamento satisfatório, em função dos tetos do SUS, etc. Então, essa dissociação faz com que as coisas nunca ajeitem completamente.

Uma outra dificuldade é exatamente a integração ao SUS, às vezes por conta de suas próprias características, outras por conta do gestor. O SUS ainda está em construção, em desenvolvimento. O ideal é que o hospital universitário esteja completamente integrado ao SUS, que ele sirva de hospital de referência para receber pacientes mais graves, mais complexos. Dentro de um sistema integrado de atendimento, em que o paciente possa ser referido e contrareferido, na medida em que ele resolve o seu problema volta a ser acompanhado numa unidade básica de saúde. Como essa integração muitas vezes não existe, o hospital universitário acaba fazendo todo tipo de atendimento e nem sempre está preparado para isso. Temos casos de hospitais universitários que têm grandes serviços de emergência, quando, na verdade, dentro do conceito do SUS, esta é uma responsabilidade municipal.

O financiamento dos hospitais universitários é feito então pelo MEC e pelo SUS, existem outras fontes de financiamento?

Existem, mas são secundárias. O MEC assegura o quadro de pessoal, este hospital, por exemplo, tem 2,65 mil funcionários que são do quadro do MEC. Só que, como disse, este quadro não tem sido suficiente para dar conta das dificuldades ao longo dos anos. Então, você acaba tendo um outro quadro de terceirizados através da Fundação, de Cooperativas, etc. No caso do quadro do MEC, o governo paga isso diretamente na folha de pagamento de cada

um, já o pessoal terceirizado não, não há previsão orçamentária para eles, usamos os recursos que recebemos do SUS pela assistência prestada. O MEC, desde o início dos anos 90, não dispõe de orçamento de custeio para hospitais universitários, todo custeio depende de dinheiro do SUS. Na medida em que foi crescendo a parte deste montante gasta com pessoal, houve uma falência deste sistema de financiamento. Então, o MEC e o Ministério da Saúde tiveram que criar um programa suplementar de orçamento, o Programa Interministerial de Apoio aos Hospitais Universitários, que vem transferindo por ano, desde 1999, em torno de R\$ 60 milhões para estes 45 hospitais. Mas veja, a despesa de pessoal terceirizado destes hospitais, já chegou a R\$ 200 milhões no ano passado. Portanto, é um valor claramente insuficiente. Isso gerou uma crise grave, fechou o pronto socorro do Hospital São Paulo, que é um dos maiores do Brasil, fechou o do Hospital de Goiás, o Hospital de Uberaba fechou por inteiro, nós aqui tivemos que reduzir leitos... Isso aconteceu em Minas, no Paraná e em vários lugares, caracterizando uma crise nacional.

De qualquer forma, a maior parte dos recursos ainda vem do MEC?

O financiamento hoje está baseado nos recursos do MEC para pessoal, que são insuficientes; nos do SUS, que seriam suficientes para as despesas correntes do hospital, se não houvesse a necessidade de cobrir o pessoal complementar; e, finalmente, deste programa suplementar, que não são suficientes para fechar a conta. O MEC dá mais recursos, porque o peso de pessoal é muito grande. Vou dar o exemplo do HUCFF, no ano passado, tivemos um gasto total de R\$ 115 milhões, deste montante R\$ 70 milhões foram da folha de pagamento do MEC.

Existe uma diferenciação entre o investimento do SUS nos hospitais universitários e nos hospitais públicos em geral?

Existe e é importante. É o chamado FIDEPS, Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde. É quase um truísmo dizer que o hospital universitário custa mais caro, no mundo inteiro se sabe disso. Custa mais caro, porque presença do aluno, do residente, enfim, do profissional médico em formação, faz com que os procedimentos sejam mais lentos, mais demorados, o tempo de internação, de uma cirurgia e o número de exames complementares sejam maiores, assim como as taxas de infecção hospitalar e de complicações, além de receberem doentes mais graves normalmente, que exigem maior incorporação tecnológica, são mais idosos, etc. Tudo isso faz com que o hospital universitário seja mais caro e a tabela do SUS, se já é insuficiente em geral, mais insuficiente ainda seria para os HU. Este fator adiciona recursos para os HU, até 1999 ele se aplicava percentualmente sobre a fatura de internações de cada hospital, dependendo do porte ele tinha mais 25, 50 ou 75% sobre a fatura. A partir daquele ano, isso mudou, o fator adicional passou a ter um valor fixo e pactuado com o gestor local do SUS, no caso da maioria dos HU o Secretário Municipal de Saúde da capital. Isso passou a depender da correlação de forças, da capacidade de pressão do hospital, das comunidades financeiras, da boa vontade das secretarias. De um modo geral, os hospitais tiveram perdas com estas mudanças, a grande maioria passou a receber menos.

Outra coisa é que o FIDEPS é também para os chamados hospitais de ensino, que não são universitários, mas têm convênios com faculdades de medicina para receber alunos no período de internato, que têm residência. Estes hospitais receberam, no ano passado, como fator adicional R\$ 480 milhões.

Qual o papel do Hospital Universitário no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias médicas? Como esse processo deve ser executado?

Essa questão é fundamental e acho que uma visão de futuro do caminho dos HU passa por aí. Por uma questão de tradição, os HU concentraram aqueles profissionais com um processo mais intenso de formação ou que tiveram sua formação no exterior e foram capazes de incorporar tecnologia mais avançada e mais cara. De certa forma, se transformaram em grandes hospitais de clínica, com as principais especialidades e superespecialidades funcionando ali, são candidatos naturais ao processo de incorporação de tecnologia de ponta. Só que este processo, a partir da crise de financiamento dos hospitais universitários, que começa nos anos 70 e se agrava nos anos 80 e 90, eles passaram a ser incorporadores secundários de tecnologia. Um aparelho com uma nova tecnologia qualquer, de um modo geral, é um grande hospital privado do sudeste que vai ter antes do HU.

Acontece que os HU, neste processo de incorporação de tecnologia, não estabelecem uma avaliação científica da utilidade dessa tecnologia. Hoje, quem define o padrão da utilização da tecnologia é a própria indústria, através de seus mecanismos habituais de propaganda. Eles têm um exército de cientistas que faz pesquisa clínica, eles publicam estes trabalhos, eles têm recursos muito vultuosos para financiar pesquisas, que na verdade são mais trabalhos de consolidação, com professores e profissionais aqui no Brasil mesmo. Financiam viagens, participação em congressos, têm uma influência muito grande, 20 a 30% do orçamento de uma grande indústria farmacêutica, por exemplo, é para marketing, isso acontece também com a indústria de equipamentos. Isso

traz um viés, que é o de utilizar da maneira mais descontrolada possível, não importa se realmente a relação custo/benefício é mais adequada para a sociedade, o que importa é vender.

Outra coisa importante, é que isso traz uma conotação ideológica. A idéia, que fica para o profissional e para a população, de que é melhor o que é mais moderno, o que é novo, que traz um tipo de apresentação mais fashion, digamos assim. Isso faz com que haja uma procura muito grande por aparelhos que, às vezes, são mais sofisticados apenas em detalhes que não são fundamentais para o objetivo a que se propõem. Por exemplo, a mulher quando vai fazer o controle de sua gravidez com o ultra-som, que foi um ganho fundamental para a gravidez. Mas existe hoje o ultra-som de terceira dimensão, que não traz qualquer informação nova para a qualidade do acompanhamento médico do feto. No entanto, olhar a carinha, é bonitinho... Só que custa muito mais caro. Cada pequena incorporação tecnológica que se faz em um determinado processo de trabalho, muitas vezes, significa um aumento de benefício de 2 ou 3%, mas um aumento de custo de 100 ou 200%.

Este processo de hegemonia da indústria sobre a incorporação tecnológica é impagável em qualquer sociedade do mundo, nem os americanos agüentam mais. Eles gastam, aproximadamente, 14 a 15% do seu Produto Interno Bruto com saúde, é cerca US\$ 1,5 por ano. Ninguém agüenta esse ritmo, é impossível. Então, alguns países na Europa e o Canadá, por exemplo, que têm sistemas públicos de saúde, criaram organizações nacionais de avaliação tecnológica. Ou seja, nada entra no processo de trabalho deles sem ter sido tecnicamente avaliado. Pode ser pago pela sociedade? A vantagem que traz justifica o custo, do que teremos que abrir mão para ter isso? Porque quando não há recursos suficientes para tudo, tenho que comparar

se aquilo que vem compensa aquilo que vai sair ou que vai deixar de entrar.

É uma discussão extremamente complexa. Os HU têm que se propor a constituir uma rede de avaliação tecnológica que defina o padrão de utilização da tecnologia no Brasil e que faça trocas disso a nível internacional. Não para eliminar as inovações, que seria uma tolice sem fim, mas para estabelecer um contraponto, que leve em consideração o interesse e as necessidades da população e dos financiadores, que no fundo é a própria população mesmo, nessa relação com a indústria. Isso é a melhor justificativa social para a existência dos HU. Se não tivermos uma justificativa que tenha retorno para a sociedade, como iremos financiar estes hospitais tão caros no futuro?

Não existe nada semelhante a isso no Brasil?

Funcionando, não. Existe um setor de avaliação tecnológica dentro do Ministério da Saúde que não tem uma política nacional articulada. Não tinha no governo anterior e o atual tem a intenção de fazer isso de uma forma sistêmica, mas está numa fase inicial de montar a sua estrutura para isso. Dentro da área de gestão hospitalar e de programas assistenciais especializados, que estão cuidando dos HU no Ministério da Saúde, existe essa perspectiva. Vamos ter, em julho deste ano, um Seminário Nacional dos Hospitais Universitários, promovido pelos ministérios e pelas entidades ligadas a esta questão, exatamente para definir um plano de futuro. Eu diria que um dos grandes componentes desse futuro é criar estruturas tecnológicas. Isso deve ser feito nos HU porque é onde há pesquisa clínica.

A indústria farmacêutica foi, ao longo dos anos, induzindo a criação de grupos de pesquisas clínicas exatamente para desenvolver trabalhos para a divulgação de seus produtos. Mais recentemente, sur

giu uma outra necessidade, porque os setores que fazem pesquisa a nível internacional e de ponta passaram a precisar incorporar grupos populacionais de terceiro mundo. Por várias razões, primeiro por causa da saturação da pesquisa clínica e da participação das pessoas no primeiro mundo, segundo pelo nível de exigência em termos éticos e padrões críticos cada vez maiores nesses locais, pela organização dos usuários, em terceiro lugar, também porque, de um modo geral, pelo processo de integração global de culturas, de etnias, etc. É preciso ter amostras de vários grupos populacionais, para saber, por exemplo, como um medicamento vai atuar em cada subtipo de vírus da aids, porque o que hoje predomina no Brasil, pode amanhã estar nos EUA. O Brasil tem uma estrutura de pesquisa clínica relativamente extensa e bem estruturada, tem um Conselho Nacional de Ética em Pesquisa que faz o registro de todos os protocolos, tem os Conselhos de Ética em Pesquisa, que são mais de 400 no país inteiro, ligados ao CONEP. Se conseguirmos fazer com que esta estrutura, sob a liderança do Ministério da Saúde, comece a avaliar tecnologia, que isso seja institucionalizado e regulamentado legalmente, acho que em alguns anos poderemos ter um papel mundial. Porque mundialmente não vai avaliar só quem tem a capacidade de produzir tecnologia, talvez valha mais saber como usar a tecnologia e, paradoxalmente, talvez tenhamos melhores condições para isso que os próprios americanos. Porque os americanos estão em uma lógica de consumo desenfreado, a correlação de forças entre eles não permite que os setores que se preocupam com avaliação tecnológica e com a definição de custo/benefício tenham a força necessária para exercer sua atividade.

Quais seriam os indicadores mais adequados para a avaliação das ações do Hospital Universitário?

Para que ele cumpra sua missão, um HU precisa desenvolver atividades assistenciais de boa qualidade. Porque o ensino é o processo de reprodução crítica de um determinado saber, de uma atividade no caso, e a pesquisa é o processo de qualificação e melhoria deste processo de trabalho. Para reproduzir ou qualificar, a primeira coisa é que este processo precisa ser bem feito; então, é preciso ter os indicadores assistenciais. Precisamos saber qual é o tempo médio de permanência do paciente no hospital, qual é sua taxa de infecção hospitalar, se os recursos gastos com o paciente estão dentro daquilo que é razoável, em termos de gasto de energia, de insumos como alimentação, enfim, indicadores administrativos. Tem que se ter uma noção de custo, é um instrumento para saber se alguma coisa está sendo bem administrada, por comparação, de modo que se possa gerenciar esse processo todo. Só abrir as informações e torná-las conhecidas por todos já ajuda muito. Um bom exemplo é o custo do oxigênio, há alguns anos, tínhamos oxigênio custando, por m³, desde R\$ 0,90 até R\$ 20, dependendo do local no Brasil. Na medida em que se abriu uma planilha com estes dados e se passou a conhecer esta realidade, foi possível estabelecer negociações que estreitaram muito esta faixa.

Os indicadores de ensino são quantitativos – o número de alunos que efetivamente são treinados, de residentes formados, mestrands e pós-graduandos que têm a parte principal de seus projetos de pesquisa desenvolvidas no hospital, mas devem se somar aos indicadores qualitativos, por exemplo, os resultados que os alunos obtêm no Provão. E os indicadores relacionados à pesquisa, quais são as que se desenvolvem no ambiente do hospital, quantas pesquisas da área básica são feitas em seus laboratórios, quantas delas estão associadas a atividades

clínicas, qual o número de projetos cadastrados nas comissões de ética em pesquisa, quantos foram publicados.

Então, os indicadores que habitualmente são utilizados para pesquisa e para ensino têm que estar acoplados aos indicadores assistenciais e de natureza administrativa. Eu diria que, pelo menos nos hospitais federais, já avançamos no sentido de uma certa uniformidade de informação quanto a estes indicadores, mas é preciso ampliar este banco de dados e torná-lo inteiramente acessível, assim poderemos ter uma noção mais clara do que está sendo feito, poder comparar e estimular o processo de aprimoramento.

Considerando-se as Diretrizes Curriculares do Curso Médico, como deve ser inserido o Hospital Universitário como um dos Cenários de Aprendizagem? Qual o seu peso relativo em relação aos outros níveis de complexidade de assistência?

Existe um paradoxo no momento, a formação prática dos HU levou a que se tornassem muito especializados e voltados a atender pacientes graves, muito concentrados na alta complexidade. Há indicadores que mostram isso, por exemplo, os 154 hospitais de ensino respondem por metade das cirurgias cardíacas e neurocirurgias do país, por 70% dos transplantes, por 65% das cirurgias craniofaciais de maior porte. São hospitais que devem servir como centros de referência para o sistema de saúde, que não devem funcionar sob demanda espontânea dos pacientes. O paciente com uma dor de cabeça deve ir a um posto de saúde, a um outro ambiente qualquer de atenção primária e se ele achar que é mais grave e houver o diagnóstico que exige uma abordagem mais sofisticada, aí sim ele vai ser encaminhado ao hospital, é uma maneira mais racional de utilizar os recursos.

Essa diretriz já está definida pelo Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde aprovou um documento que define claramente isso. Estes hospitais não devem ter atendimento primário, só devem ter atenção a nível secundário necessária para complementar uma história de caráter terciário e quaternário. Ora, as diretrizes do ensino médico vão no caminho oposto, com muita razão. A necessidade de formação geral do médico, voltado para a capacidade de atendimento à família, de trabalhar com a promoção de saúde e a prevenção. O médico que se articula com indivíduos saudáveis e orienta a vida dessas pessoas no sentido de manter a saúde e intervem quando é necessário fazer um diagnóstico, um tratamento da forma adequada. Esta é a formação que precisamos para a maioria de nossos médicos. Mas em quase todas as faculdades de medicina a formação se faz, principalmente, dentro do HU. Se o ensino é feito em um local que faz atendimento especializado, que trabalha com inversão tecnológica, com instrumentos de invasão do paciente, em que a distância afetiva é maior e a capacidade de atuar no plano da promoção e da prevenção é menor, como o estudante vai ter a formação adequada?

Isso quer dizer que tem que haver uma grande mudança. Tanto para a medicina quanto para as outras profissões de saúde, o ensino tem que deixar de ser hospitalocêntrico. Ele não pode deixar de existir no hospital, em certos processos e momentos da aprendizagem a proteção do hospital é fundamental. Acho que quando o estudante começa a lidar com o paciente, manipular, mexer, examinar, conversar, fazer uma história e um exame físico é melhor fazer isso no hospital. Porque o paciente está lá por um tempo maior, o estudante pode visitá-lo várias vezes seguidas, pode discutir com o professor, voltar, coisas que ele não tem condição em um

ambulatório. Quando passa dessa fase de formação inicial, não tem muito sentido ficar o tempo todo no hospital, ele tem que ir para o ambulatório, para o posto de saúde, participar dos programas de prevenção, aprender a fazer o que vai ser fundamental na sua vida profissional futura. A não ser que ele queira ser um superespecialista, que é um caminho que está mais à frente na sua formação, na residência, etc.

Essa é uma dificuldade, temos um conflito. As faculdades de medicina frequentemente reclamam, porque os hospitais não oferecem todas as oportunidades de aprendizado, não têm ambulatórios gerais, porque seus pacientes são muito graves ou porque não têm emergência funcionando. Por outro lado, o hospital acaba lidando com situações que ele não tem condições de absorver. Se ele mistura atendimento e atenção ao nível primário e secundário, na situação confusa que o nosso sistema de saúde se encontra, acaba sendo inteiramente afogado por uma demanda, que a sua concentração e a qualidade do que ele deveria fazer que é a atenção terciária e quaternária.

É típico o exemplo do HU com emergência aberta. Ele não consegue desenvolver seus programas de atenção de especialidades, porque quando ele vai internar um paciente que ele acompanha com uma doença crônica, não tem vaga por conta do atendimento de emergência. Este processo está muito confuso, precisamos fazer uma reforma de maneira que a escola médica se integre ao sistema de saúde e tenha como *locus* de treinamento e formação do profissional todos os da estrutura. Seja o posto de saúde, o Programa de Saúde da Família, o hospital de emergência ou o grande hospital especializado. Este, que chamamos hoje de hospital universitário, tem que ter um papel que, no fundo, vai ser menor, diante de tudo que aí está e que hoje é absolutamente hegemônico.

É complicado resolver isso, mas houve um avanço, na medida em que o Conselho Nacional de Educação reformulou as diretrizes curriculares e deixou claro qual tipo de médico quer, as faculdades vão ser avaliadas segundo um novo padrão. Por exemplo, a nossa faculdade de medicina tem a melhor avaliação possível: muito bom em cada um dos itens, corpo docente, estrutura curricular e estrutura física. No entanto, se ela for avaliada do ponto de vista da formação do estudante na rede, não vai conseguir manter este nível, porque ela não oferece o suficiente neste sentido.

De nossa parte, chegamos ao fim da entrevista. Gostaria de acrescentar alguma coisa?

Só que acho fundamental a voz das escolas médicas e da ABEM no processo de reforma dos hospitais universitários, porque o que acaba acontecendo é que os diretores de hospitais... Gosto de fazer a comparação com um time de futebol, cujo objetivo é ganhar o jogo; então, não se pode exigir que o goleiro faça gol, alguns até fazem batendo falta, mas não é sua função primordial, assim, se o time está perdendo muitos gols, não é problema do goleiro, embora o desempenho do time tenha que ser avaliado como um todo. Os dirigentes dos HU têm uma responsabilidade imediata sobre custo, fornecimento, qualidade de material, atendimento, respeito às normas legais. Por mais que, quase sempre, sejam professores preocupados com a visão integrada, o cuidado principal deles acaba sendo ligado a estas questões de gestão administrativa e de assistência. Por isso, é muito importante que as pessoas que têm uma atenção maior para o processo acadêmico tenham uma influência real na reforma do sistema de funcionamento dos HU. É muito importante o interesse da ABEM pelo assunto e sua participação é decisiva neste processo de mudança.

Paulo Marcondes Carvalho Júnior

Publicado em maio-junho / 2003

O Prof. Paulo Marcondes é chefe da Disciplina de Informática em Saúde da Faculdade de Medicina de Marília e responsável pela área de informática da ABEM. Nesta entrevista, ele fala da Biblioteca Virtual de Educação em Ciências da Saúde (BVS-Educ), projeto que a ABEM desenvolve em parceria com a Bireme (Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), com a função de disponibilizar, através da internet, informações sobre educação em saúde, incluindo, além da carreira médica, outras profissões da área da saúde.

O que significa BVS-Educ?

É a sigla para Biblioteca Virtual de Educação em Ciências da Saúde. Atualmente a BVS-Educ é um produto da Rede de Apoio à Educação Médica (RAEM) em parceria com a Bireme. Está disponível a partir do site: <http://educ.bvs.br>.

Qual sua finalidade?

A BVS-Educ tem como finalidade disponibilizar toda a informação sobre educação em Ciências da Saúde. Isto inclui não só a carreira de medicina, mas também as outras profissões da área de saúde. Estamos reiniciando um processo de contato com estas outras associações, para retomada do projeto em conjunto. O importante é que a ABEM está neste momento tocando o projeto com a preocupação de demonstrar sua efetividade, mantendo as portas abertas para os interessados.

O que é exatamente uma Biblioteca Virtual em Saúde?

A BVS é um conjunto de programas de computador, instalados em um servidor da internet, produzidos pela Bireme. Sua função é disponibilizar informação através da internet,

portanto estes programas são usados como ferramentas padronizadas para a publicação eletrônica de informações. Atualmente a Bireme está incentivando a criação de BVS por áreas temáticas.

Isto quer dizer que existem outras bibliotecas?

Sim. A primeira BVS foi a Adolec (<http://www.adolec.br>), que trata do tema "Adolescência". Uma outra iniciativa importante é a BVS de Saúde Pública (<http://saudepublica.bvs.br>). Todas elas estão disponíveis a partir da página da Bireme (<http://www.bireme.br>).

Quais as vantagens na utilização da BVS-Educ?

A BVS permite a fácil recuperação e disseminação do conhecimento de uma determinada área. Outra vantagem é o acesso gratuito a um conjunto diferente de referências bibliográficas a partir de uma mesma interface. Isto permite uma equidade no acesso a informação científica frente às novas tecnologias. Temos uma liberdade na colocação de informações, podem ser colocadas não só informações de referências normalmente aceitas, mas



** Médico formado pela Universidade de Taubaté, mestre em Educação para Profissionais de Saúde pela Universidade de Illinois (Chicago), mestre e doutor em Engenharia Biomédica pela UNICAMP.*

qualquer uma que se deseje. Estas outras informações são conhecidas como "gray literature", eu estou propondo o nome LUNI, ou seja, literatura usualmente não indexada.

Como funciona a Biblioteca Virtual em Saúde?

A BVS possui um modo de utilização padronizado e comum em todos os temas e instituições onde ela é utilizada. Isto permite um acesso de forma semelhante à todas as bases de dados, às bases de especialistas, às instituições e principalmente às bases de textos completos. Uma importante implementação é a ferramenta de meta-busca, que permite a execução de buscas de informação em todas as bases da BVS, de forma simultânea, automaticamente. Também está sendo criada uma nova área de Temas dentro do conjunto de Descritores em Saúde (DeCS), abaixo do descritor "Educação Médica". Estes temas são agrupados em uma estrutura no formato de uma árvore.

Como é?

É uma forma de estruturar a informação. Suponha que “Educação Médica” seja o tronco de uma árvore. Dele partem galhos, tipo “Avaliação de Estudantes” ou “Cenários de Aprendizagem”. De cada um destes galhos podem aparecer galhos menores, como “Avaliação Formativa”, “Avaliação de Desempenho”, “Avaliação Cognitiva” e assim por diante. Este é um trabalho em construção, que necessita da participação efetiva de toda a comunidade e principalmente dos especialistas em cada uma das áreas de Educação Médica.

Como é a estrutura da BVS-Educ?

Atualmente existe um grupo coordenador da RAEM que trabalha em conjunto com as equipes da Bireme na instalação e adaptação das ferramentas às nossas necessidades. Estão sendo criadas Equipes Locais em cada instituição sócia da ABEM que adere ao projeto. Provavelmente as outras futuras parceiras, como a Associação Brasileira de Enfermagem ou a Associação Brasileira de Educação em Odontologia irão criar sua própria estrutura de alimentação das bases de dados. É um processo totalmente descentralizado.

E como se dá o processo de implantação das Equipes Locais?

Cada instituição deve assinar um Termo de Adesão ao projeto. Em seguida deve nomear uma equipe interna que será a responsável pela coleta, catalogação e digitação das informações através das ferramentas disponíveis na BVS.

E como são compostas as Equipes Locais?

Sugerimos que a Equipe Local seja composta por pelo menos um docente ou especialista em educação em saúde, um bibliotecário e um estudante ou estagiário. Existem manuais detalhados e muito bem escritos pela Luciana Danielli (bibliotecária da ABEM), disponíveis no site da RAEM (<http://www.abem-educmed.org.br/raem>).

Há vantagens para a instituição que aderir à RAEM?

Sim, várias! Procuramos realizar sempre projetos simbióticos, onde todos ganham. As instituições que aderirem serão consideradas Centros Cooperantes da BVS-Educ, inclusive perante a Bireme, tendo vantagens como preços diferenciados, treinamentos, acesso a tecnologia, entre outros.

Voltando à questão das informações, quais os tipos de bases de dados estarão disponíveis?

Inicialmente estarão disponíveis a base Educa que congrega referências bibliográficas tradicionais, indexadas até o momento pela biblioteca da ABEM, as bases de instituições e de pesquisadores. Esta é a principal base da BVS-Educ. As Equipes Locais irão alimentar a base Educ com a maior quantidade possível de referências sobre Educação em Saúde, não somente com referências bibliográficas tradicionais. Outra base disponibilizada é a do acervo da Biblioteca da ABEM. Os acervos das bibliotecas das outras instituições cooperantes também devem entrar no sistema. Estamos procurando criar um corpo editorial e uma metodologia de análise de trabalhos para facilitar a divulgação dos projetos e experiências desenvolvidas na área. Vamos incentivar a publicação de ensaios prelimina-

res destas experiências. Imaginamos que esta ferramenta será fundamental para a troca de experiências decorrentes dos processos de mudanças na formação e capacitação profissional.

Como os interessados no desenvolvimento da BVS-Educ podem colaborar?

Os interessados devem se informar no site da RAEM se sua instituição já aderiu ao projeto e quem são os componentes da sua Equipe Local. Caso sua instituição não tenha aderido ainda, podem incentivar os dirigentes a aderir ao processo. No último Congresso Brasileiro de Educação Médica, em Fortaleza-CE, foram distribuídos selos eletrônicos para serem colocados nos sites das bibliotecas que possuem Equipe Local. Verifique o site de sua instituição!

Existe algum custo financeiro envolvido?

Não. Somente o deslocamento das pessoas para os locais de treinamento das Equipes Locais.

Quais são as próximas ações?

Estamos planejando uma série de eventos a serem realizados no próximo congresso em Florianópolis-SC, incluindo um seminário para os bibliotecários e oficinas de capacitação. Em relação à Bireme, existem um plano de ações estabelecido, com sete conjuntos de ações. Estaremos publicando no site da BVS-Educ toda a informação disponível. Não deixe de acessar: <http://educ.bvs.br/>

Alguma outra consideração?

Somente agradecer pela oportunidade de divulgar esta importante iniciativa para a Educação Médica Brasileira e dizer que é um trabalho realizado em equipe, que está aberta a todos os interessados.

Marisa Palácios

Publicado em julho-agosto-setembro-outubro / 2003

Violência nos Ambientes de Trabalho em Saúde: "Somos vítimas e também algozes"

A Profª Marisa Palácios atua na área de saúde e trabalho da Faculdade de Medicina da UFRJ, é coordenadora da Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), e é responsável pelas disciplinas de Bioética, Saúde Mental e Trabalho e Ergonomia e Saúde no curso de mestrado. Há muitos anos se dedica ao estudo das repercussões sobre a saúde mental das atividades de trabalho, dos profissionais de saúde, particularmente, objeto de sua dissertação de mestrado e de trabalhos que orientou. Esta entrevista aborda resultados de uma pesquisa realizada a convite da Organização Internacional do Trabalho (OIT), da Internacional de Serviços Públicos, do Conselho Internacional de Enfermagem e da OMS, para integrar um grupo de pesquisa de um projeto multicêntrico internacional para estudar a violência nos ambientes de trabalho no setor saúde.



Professora Adjunto da Faculdade de Medicina da UFRJ, coordenadora da Pós-graduação do NESC/UFRJ, médica especialista em Pediatria, mestre em Saúde Coletiva e doutora em Ciência

Qual foi a motivação dessa pesquisa?

Nosso grupo no NESC vem estudando saúde mental e trabalho há muitos anos. Vinhamos discutindo as questões do assédio moral e outras violências no trabalho quando fomos convidados para participar da pesquisa. A proposta das organizações internacionais era que a pesquisa pudesse oferecer subsídios para a formulação de um guia internacional que pudesse contribuir para o desenvolvimento de medidas de controle da violência no setor saúde. Foram convidados sete países: África do Sul, Austrália, Brasil, Bulgária, Líbano, Moçambique e Portugal. O relatório consolidado da pesquisa nos diversos países serviu para a elaboração do guia que está disponível na página da OIT na internet e a versão em português estará, brevemente, também na página do NESC.

Quantas pessoas foram entrevistadas?

No Brasil, especificamente, no Rio de Janeiro, foram realizadas 1.569 entrevistas com profissionais de saúde de um modo geral. Esta amostra foi constituída a partir de dados do IBGE, utilizando como critérios de estratificação dos postos de trabalho os tipos de estabelecimento (com ou sem internação, especializados ou de atendimento geral, particulares ou públicos) e categoria profissional. Além do questionário foram feitos também grupos focais com trabalhadores da saúde de diversos níveis de escolaridade, com representantes de sindicatos e também algumas entrevistas com representantes do poder legislativo e judiciário.

Quais foram as questões apontadas nessas entrevistas, a que tipo de violência estão expostos os profissionais de saúde?

No desenvolvimento do trabalho de campo, diversas vezes, nossa equipe foi procurada por profissionais que vinham

relatar casos de assédio moral, situações de trabalho vividas e relatadas com grande emoção, situações que geravam muito sofrimento. Creio que no seu próprio desenvolvimento, a pesquisa cumpriu um papel importante de mostrar que o problema existe e, como no caso do mecanismo perverso do assédio moral inclui a atribuição de culpa à vítima, só o fato de saber que existe gente estudando e tem até nome, traz um alívio às vítimas e alento para trabalhar contra. As pessoas puderam ver que não é um problema só delas. E não eram só aqueles que supostamente estão em uma posição hierárquica inferior, é um fenômeno que atinge, na verdade, todos os profissionais da área. Vários desses casos relatados eram de médicos.

Adotamos a classificação da OMS em violência física e psicológica. A violência psicológica foi classificada em 4 tipos: agressão verbal, o xingamento; o assédio moral, a intimidação, o menosprezo, aquela coisa insidiosa que vai minando a identidade da pessoa; o assédio sexual,

que também não é um ataque único, são ataques freqüentes; e a discriminação racial, que também abordamos como uma forma de violência. Em cada um desses tipos de violência, diversas questões eram apresentadas. Quem eram os agressores? Houve algum tipo de investigação? Como as pessoas reagiram?

E quem são esses agressores e quais são as motivações?

A análise dos resultados da pesquisa nos levou a identificar dois grupos de agressores: o primeiro formado por chefes e colegas de trabalho, o segundo por pacientes e seus parentes. Esta vem de uma violência social disseminada, mas há uma parte que é reacional, apontada nos grupos focais de profissionais. Na medida em que o cidadão não consegue o atendimento desejado ou é maltratado pelo profissional, como ele não tem canais onde possa negociar sua necessidade acaba partindo para a violência, como única forma de fazer valer seus direitos.

Uma coisa que nos chamou atenção é a magnitude da violência que vem do primeiro grupo, que vem de dentro do trabalho, apesar de ser, estatisticamente, menor do que a que vem de fora. Também tem diversas razões. Em um dos grupos focais que fizemos com sindicalistas da área, uma das questões apontadas foi algo que eles chamaram de violência institucional, que chega às raias do assédio moral. É, por exemplo, o fato de um auxiliar de enfermagem ser obrigado a fazer procedimentos que estão fora de sua esfera de competência. Isso gera uma angústia muito grande. Ou quando o profissional não é rendido e é obrigado a dobrar o plantão, foram relatados casos de gente que fica literalmente presa no local de trabalho. Uma forma de violência que os sindicalistas disseram ser muito mais intensa no setor público do que no privado, onde há o medo de ser denunci-

ado. Isso não significa que o serviço público seja pior, mas é preciso criar mecanismos de controle, de gestão participativa, para que esse tipo de violência possa ser efetivamente coibida.

A pesquisa se preocupou também com o reverso da moeda, a posição do paciente como vítima de agressão dos profissionais de saúde? E, por outro lado, como esses profissionais, aos quais comumente se atribui uma posição privilegiada em relação aos pacientes, acabam se transformando em vítimas?

Não investigamos especificamente a violência sofrida pelos pacientes, mas aparece como hipótese a partir dos resultados, sobretudo pelo aspecto reacional que citei anteriormente. E também porque os profissionais de saúde estão numa posição bastante diferenciada daqueles que os procuram, particularmente no serviço público. Embora os profissionais de saúde não estejam, de modo geral, tendo sua dignidade profissional, e as vezes pessoal, respeitada, a população está completamente massacrada. Há uma recessão muito grande, não há empregos, as condições de vida da população são muito precárias. Isso é claro, faz com que as pessoas, no mínimo, tenham pouca paciência com a falta de atendimento, com as longas filas e mesmo com o maltrato dos profissionais.

Quais as diferenças entre as agressões sofridas por homens e mulheres, entre brancos e negros?

Se tomarmos a amostra como um todo, não há grandes diferenças entre homens e mulheres, mas se pegarmos os médicos há. As mulheres médicas sofrem mais violência do que os homens. Se tomarmos, por exemplo, os auxilia-

res de enfermagem ou enfermeiros, vamos encontrar mais violência contra os homens do que as mulheres. Temos relatos de discriminação racial, tanto de colegas e chefes quanto de pacientes, aliás, mais de pacientes. Isso aparece com certa freqüência, cerca de 7% de toda amostra informou ter sofrido discriminação racial no último ano.

Vocês chegaram a fazer uma comparação com outros grupos de profissionais ou com a exposição à violência no mundo do trabalho em geral? Já foi feita uma comparação com o resultado das pesquisas nos outros países?

A pesquisa foi só com profissionais de saúde, não temos dados de outras categorias. Essa foi a primeira pesquisa que tivemos notícia no Brasil a focalizar a violência no ambiente de trabalho. O que aparece é a violência registrada nas estatísticas de saúde. São as causas externas, ferimento a bala, etc. ou a violência contra mulheres, crianças e adolescentes.

A comparação com os resultados de outros países foi feita e não há grandes diferenças. A grande maioria dos países pesquisados são periféricos, com exceção talvez de Austrália e Portugal, mas, mesmo aí, os resultados são semelhantes. A violência nos ambientes de trabalho envolvendo profissionais de saúde é um fenômeno mundial.

O papel da relação existente nas próprias salas de aula das faculdades foi objeto de análise na pesquisa, sobretudo na situação encontrada entre os profissionais?

O que pudemos observar é que as pessoas, em geral, são extremamente tolerantes com a violência. Há uma certa banalização da violência. Parece haver uma

tendência a minimizar, a negar no sentido de não reconhecer situações de violência com expressões do tipo “você entendeu mal, não foi bem isso que fulano quis dizer” e, novamente a vítima é culpada do “mal entendido”. Acaba que não há um limite, não há discussão sobre isso, sobre os motivos e formas de se evitar que aconteça. Eu acredito que seja nosso papel de professores de medicina, independente da área de especialidade na qual atuemos, conhecer e promover a discussão desse tema. O fato é que estamos agredindo e não estamos nos dando conta disso. Um dos fatores por exemplo que contribuem para o aumento da violência é a competição no trabalho. Se, por um lado, sabemos que hoje o mundo é competitivo e, no nosso caso, essa competição se expressa no funil do vestibular de medicina, na disputa por emprego e nos esforços para sua manutenção, por outro, nós, na escola médica, podemos e devemos estimular atitudes de solidariedade e respeito no lidar com os outros, sejam pacientes, colegas médicos ou o trabalhador da limpeza do hospital, atitudes essas que são incompatíveis com a lógica da competição. Entretanto, o que temos observado é que as escolas acabam estimulando a competição entre alunos e entre professores. Por isso, é preciso refletir sobre a formação que estamos oferecendo aos alunos de medicina e incluir conteúdos de outras áreas do conhecimento para que possamos refletir sobre a violência e uma série de outras questões que podem resultar no desenvolvimento de habilidades afetivas e comunicacionais indispensáveis ao trabalho médico. Aliás, é interessante que pudemos constatar que as pessoas andam ávidas por essas discussões, mas não se toma iniciativa. Não existem registros das agressões, no máximo, as pessoas põem no livro de ocorrências uma anotação qualquer. Raríssimos são

os casos em que há uma investigação, em geral, não tem nenhuma consequência, não se leva a sério.

Existe alguma intenção de se fazer alguma coisa em termos práticos, sobretudo na formação dos profissionais de saúde, para preparar terreno para uma realidade diferente da que foi encontrada na pesquisa?

Eu entendo que a escola médica possa dar uma contribuição efetiva para a diminuição da violência. Primeiro dando exemplo mesmo, abrindo essa discussão nos seus campos de prática, nos hospitais universitários e escolas. Isso é fundamental, por isso essa entrevista no Boletim da ABEM é bastante oportuna. Quando vemos o gráfico de tipos de agressão por categorias profissionais, os médicos são os que sofrem menos agressões por colegas e chefes. Isso é interessante, porque os médicos estão no topo da hierarquia de poder dentro do hospital, portanto são colocados numa posição em que acabam sendo perpetradores de violência. Então, vale a pena investir numa discussão da relação de equipe, de trabalho cooperativo na formação do médico. Ele precisa se sentir mais integrante de uma equipe com a qual vai trabalhar as questões de saúde de uma comunidade e de uma pessoa. As relações no interior dessa equipe têm que ser trabalhadas desde a faculdade, coisa que pouco se faz. Não é nem só através de nosso exemplo como professores, é colocando isso em discussão mesmo, ser tema de reflexão de professores e alunos. Trabalhar em equipe é uma habilidade que deve ser desenvolvida, parte-se do pressuposto que as pessoas sabem fazer isso, ou que é assim mesmo.

Com relação aos pacientes se dá o mesmo, essa habilidade de relacionar-se com o paciente também tem que ser de-

envolvida durante a formação. O doente ainda é visto como o sujeito que vai receber os conhecimentos e a ajuda do médico que detém esse saber. Ao paciente, nesta visão ultrapassada, cabe apenas o reconhecimento e a obediência. A relação médico-paciente tem que ser pensada como uma relação entre seres autônomos. É preciso que o profissional médico se dê conta disso: o paciente é um indivíduo que tem que ser tão respeitado quanto o próprio profissional gosta de ser. Reconhecer o outro como sujeito de sua própria história não é algo que se atinge apenas ouvindo falar disso. Há que se desenvolver esta habilidade adquirindo conhecimentos, discutindo com seus colegas e isso irá se refletir sobre a prática.

Surgiram outros projetos a partir da pesquisa?

O grande fruto dessa pesquisa foi nos estimular a pensar: Agora é com a gente, é preciso encontrar os caminhos para desenvolvê-la. Temos o projeto de elaborar uma cartilha para estimular a discussão de forma mais lúdica, mais simples. Queremos sensibilizar as secretarias de saúde, os órgãos do legislativo e do judiciário ligados ao setor saúde, para pensar coletivamente em caminhos para minimizar a violência. Queremos também sensibilizar as instituições formadoras dos profissionais de saúde. Minha convicção é que este é um tema muito grave, que reflète diretamente na qualidade do atendimento que o setor saúde presta à população. É claro que não se limita a isso, envolve uma série de outros setores, não se consegue uma solução definitiva, é claro, sem pensar na situação de miséria que vive a população, sem pensar na educação. Não é uma questão que se resolve no âmbito da saúde, mas também não tenho dúvida de que mesmo aí muito há que se fazer.

José Paranaguá Santana - OPAS

Publicado em novembro-dezembro / 2003

Repertório de Educação à Distância como um dos Instrumentos da Educação Permanente em Saúde – Experiências Acumuladas e Perspectivas



Consultor em Desenvolvimento de RH em Saúde OPAS/MS.

Qual a sua inserção institucional e quais são as atividades que vem desenvolvendo?

Estou no cargo de profissional nacional da Representação da Opas no Brasil, onde exerço a função de coordenador do programa de cooperação técnica em desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

Como tem sido executada a Educação à Distância na Área da Saúde? Qual o seu repertório?

A experiência da Opas com programas de educação à distância ainda é pequena, embora se esteja trabalhando com mais afinco nesse campo nos últimos anos. No Brasil, as primeiras iniciativas foram tomadas há cerca de três anos, como parte do processo de cooperação via Internet. Nossa proposta é colaborar com o desenvolvimento de redes de conhecimento cujos atores adotam a web como meio pre-

ferencial de comunicação, atuantes em áreas específicas de aplicação para a educação permanente de pessoal de saúde. Nesse sentido, estamos apoiando o desenvolvimento e estimulando a aplicação de tecnologias, mediante a consolidação de “redes colaborativas”, constituídas em associação com instituições nacionais. Essa é a linha de cooperação central do programa que estou coordenando atualmente na Opas. Todas as informações sobre esse trabalho constam em nossa página eletrônica (www.opas.org.br/rh), de onde podem ser acessadas as páginas eletrônicas das redes colaborativas que já estão operando via Internet. O desenvolvimento de cada uma dessas redes obedece a um ritmo próprio, reservando-se a Opas à função de promover, consolidar e disseminar essas experiências. Desse modo, a oferta regular de cursos e outras iniciativas de educação permanente via Internet é um objetivo das próprias instituições nacionais, para o

qual a Opas contribui diretamente apenas no desenvolvimento de projetos piloto. Contudo, essa participação poderá ocorrer no contexto de programas de cooperação financiados pelo governo, como é o caso dos que estão em curso promovidos em conjunto com o Ministério da Saúde.

Quais as vantagens e desvantagens da Educação à Distância?

Atualmente, quando se fala em educação à distância fica implícita a referência à Internet, embora não seja esse o único meio de praticá-la. As vantagens dessa nova abordagem relacionam-se ao próprio meio de comunicação, que apresenta, a cada momento, novas possibilidades e facilidades antes sequer sonhadas. Entretanto, é preciso que recordemos uma vez mais as limitações das tecnologias de comunicação no desenvolvimento de processos cognitivos. Numa entrevista publicada num livro editado pela

UNICAMP em 2002 (Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho – organizado por Barjas Negri, Regina Faria e Ana Luiza d'Ávila Viana), eu disse que o desafio da educação à distância continua residindo no campo pedagógico e não no campo da tecnologia de comunicação, seja a Internet ou outras hoje alcunhadas de convencionais como o rádio, a televisão ou as modalidades ainda mais tradicionais onde se inclui o livro didático. A educação à distância via Internet já está contribuindo e trará benefícios cada vez mais importantes para a formação e a educação permanente de pessoal de saúde no Brasil. Mas temos ainda enormes carências e dificuldades a serem superadas no campo pedagógico, desenvolvendo metodologias e capacitando docentes e instrutores. Essa é a principal preocupação e nessa direção estamos orientando os recursos da cooperação técnica da Opas.

Como podemos inserir a Educação à Distância como uma das ferramentas de Educação Permanente na Área de Saúde? Existe alguma iniciativa a respeito?

Como já disse anteriormente, a experiência da Opas nesse campo ainda é

pequena, até por ser uma organização intergovernamental e como tal apenas reflete as preocupações e procura dar curso às prioridades estabelecidas pelos seus estados membros. Além da experiência já citada promovida pela Representação do Brasil, há uma iniciativa de âmbito regional que está sendo coordenada pelo área de recursos humanos do escritório central em Washington (EUA), que é o Campus Virtual em Saúde Pública, em cuja página eletrônica - www.campusvirtuaisp.org - podem ser consultados seus propósitos bem como os produtos já disponíveis. Desse modo, a Opas pretende contribuir de forma cada vez mais intensa e efetiva para o desenvolvimento da educação à distância como ferramenta para a educação permanente em saúde.

Quem tiver interesse na Educação à Distância seja como aluno de curso outra atividade ou que busque o domínio do método, como pode buscar sua inserção? Que orientação você daria nos dois casos?

Há hoje uma oferta enorme de serviços e produtos de educação em saúde à distância via Internet, como, aliás, acontece em tantos outros campos por onde corre a onda avassaladora

desse meio de comunicação. Prefiro manter-me na seara da própria cooperação da Opas. As orientações para a participação, tanto de alunos como de outros interessados no processo de educação permanente via Internet, nas redes colaborativas associadas ao programa de cooperação da Opas no Brasil, bem como no Campus Virtual de Saúde Pública, constam nas respectivas páginas eletrônicas. No caso daqueles interessados em conhecer ou aprofundar-se no domínio de tecnologias cognitivas no campo da educação à distância via Internet, o centro de referência com o qual estamos atuando no Brasil é o Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUTES/UFRJ), que apóia as redes colaborativas na capacitação de docentes ou instrutores para seus processos educacionais. Um exemplo desse trabalho cooperativo é o curso oferecido pela Rede IEPE (Iniciativa de Educação Permanente em Enfermagem – www.abennacional.org.br/IEPE) para docentes das escolas de enfermagem que pretendem participar dessa rede.

** Perguntas elaboradas pelo Prof. João José N. Marins – Diretor Executivo da ABEM.*

Gilberto Perez Cardoso

Publicado em janeiro-fevereiro-março-abril / 2004

PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

Qual a importância para a formação profissional, a participação de alunos de graduação em atividades de pesquisa?

As pesquisas em educação médica mostram que o médico se ressentido de uma formação científica mais sólida. O grande volume de conhecimentos e a necessidade de atualização constante faz com que o médico se defronte com um verdadeiro "bombardeio" de informações em congressos, revistas, na própria internet. Como "filtrar" o que é válido cientificamente para utilização na prática profissional? Penso que o **juízo crítico**, desenvolvido no estudante de medicina ao trabalhar durante a graduação com projetos de pesquisa e em contato estreito com o **método científico** lhe poderá ser valioso para enfrentar essa heterogênea avalanche de informações. Não se trata de tornar todos os estudantes de medicina cientistas, mas de lhes fornecer uma formação científica mais sólida, o que não tem acontecido em boa parte dos médicos formados até aqui.

Como está organizado o Programa de Iniciação Científica no Curso de Graduação de Medicina em que você participa?

O Programa de Iniciação Científica do Curso de Medicina da UFF (Universidade Federal Fluminense) teve início em 1995, logo após a implantação de seu novo currículo de gradua-

ção. Ele se estrutura em disciplinas optativas, denominadas de Iniciação Científica, que vão de I a VII e que podem ser cursadas sequencialmente pelo aluno interessado a partir do segundo período do curso médico. O aluno que optar pelo programa cursa a disciplina de Iniciação Científica I, que dura um período letivo e consiste em seminários com um professor em que são abordados o método científico, pesquisa bibliográfica em medicina, códigos éticos para pesquisa em seres humanos e em animais, noções de bioestatística, tipos de estudos clínicos, comunicação do fato científico, construção do projeto de pesquisa e mais alguns itens relevantes para o aluno que pretende se inserir num projeto de pesquisa. Ainda nessa disciplina ele procura um orientador e elabora, com as noções teóricas aprendidas e com a orientação do último, um projeto de pesquisa, a ser desenvolvido no próximo semestre. A seguir ele é avaliado na disciplina e, caso aprovado, no próximo período se inscreve na Iniciação Científica II, quando passa a ter sua carga horária semanal toda com o orientador do projeto. Nesse semestre, sua tarefa será desenvolver o projeto de pesquisa elaborado. Ao fim do período, costumamos, na UFF, realizar uma grande jornada científica com os alunos e professores. Os alunos apresentam o projeto, em que fase de andamento ele estiver, sob forma de pôster e este sofre a avaliação de um



*Doutor em Medicina pela UFRJ;
Professor Titular de Clínica
Médica da Universidade Federal
Fluminense (UFF); Coordenador
da Disciplina de Iniciação
Científica e da Pós-graduação em
Medicina da UFF*

outro professor. Assim, continuando a ser aprovado, ele segue se matriculando na disciplina de Iniciação Científica, III, IV, ..., e assim sucessivamente, até a VII. Sempre executando um projeto de pesquisa sob orientação de um professor e sendo avaliado periodicamente. Nos dois últimos anos do curso não há a disciplina de Iniciação Científica, mas há o Trabalho de Conclusão de Curso, obrigatório, que consiste na apresentação de um trabalho de pesquisa ou monografia e que é pré-requisito para a colação de grau. Os alunos que cursaram a Iniciação Científica têm grande facilidade na elaboração desse Trabalho.

Qual o processo de avaliação e divulgação da participação dos alunos nas atividades de pesquisa que são utilizados no referido Programa?

Conforme comentamos, a avaliação dos alunos é eminentemente prática

e a apresentação dos pôsteres é precedida de ampla divulgação. Os dois dias reservados para tal, ao fim de cada período, são altamente estimulantes para os alunos e professores e são uma grande oportunidade de todos conhecerem o que outros executam em termos de pesquisa, na própria universidade.

Quais as diferenças entre o Programa de Iniciação Científica curricular da UFF e o PIBIC ?

Eu diria que a principal diferença é que no PIBIC o aluno faz pesquisa e ganha uma bolsa; na disciplina de Iniciação Científica ele faz a mesma pesquisa, mas ganha créditos acadêmicos, que somados aos créditos obrigatórios completam o exigido para se graduar. No curso de Medicina da UFF, embora seja

uma disciplina optativa, a Iniciação Científica conta permanentemente com 1/3 dos alunos do Curso de Medicina envolvidos nas atividades da disciplina, o que considero muito bom. Acho que estamos atingindo o objetivo de proporcionar uma melhor formação científica aos médicos que estamos formando.

Que sugestões podem ser feitas para as adequações e as inserções dos programas de iniciação científica nos currículos de graduação em medicina ?

Acredito que, em primeiro lugar, contar com elementos do corpo docente motivados para pesquisa científica em medicina. Isso me parece primordial. Em segundo lugar, infra-estrutura mínima. Não quero dizer com isso

apenas laboratórios, já que pesquisa em medicina não necessita ser feita somente nos laboratórios. Minha linha de pesquisa no Programa de Iniciação Científica, por exemplo, embora eu seja clínico e endocrinologista, é em Educação Médica e tenho vários alunos entusiasmados conduzindo nossas investigações, que já geraram um livro, alguns trabalhos publicados e apresentações em congressos. O método científico pode ser ensinado e aprendido também fora de laboratórios. Por último, é necessário estudantes motivados para se matricularem numa disciplina optativa e bastante flexibilidade no currículo, para deixar tempo para tais atividades. Tempo para pesquisa, por sinal, é indispensável. É bom sempre lembrar que "pesquisa é 1% de inspiração e 99% de transpiração..."