
Nas duas últimas décadas, muitos estudiosos têm focalizado sob novos ângulos instituições, eventos, crenças e personagens envolvidos com as artes de curar, remediar ou prevenir enfermidades ao longo da história do Brasil. Uma nova imagem sobre o passado médico nacional vai substituindo a antiga idéia de evolução progressiva de suas instituições, por agregação cumulativa de conhecimentos e aperfeiçoamento contínuo de suas práticas. O que era ciência ou científico, mesmo para os adeptos da medicina acadêmica, sempre foi objeto de polêmicas e disputas que se vinculavam diretamente com privilégios corporativos e prestígio profissional. Este artigo inaugura, para os leitores do Boletim da ABEM, um espaço de informação e reflexão sobre a formação médica em diferentes momentos e contextos sócio-culturais da nossa história. Começaremos abordando as relações que se estabeleceram entre as diferentes práticas de cura, no período colonial, isto é, antes da organização formal do ensino médico. Deixaremos para o próximo número a análise da formação e atribuições dos agentes oficiais de cura – os físicos, boticários, cirurgiões, barbeiros e algebristas. Sem ousar apresentar uma visão unívoca e totalizante, nos deteremos aqui no intercâmbio e diálogos entre as práticas de cura professadas pelas diferentes etnias formadoras da sociedade colonial.

SABER ERUDITO E SABER POPULAR NA MEDICINA COLONIAL

Flávio Edler e Maria Raquel Fróes da Fonseca *

Durante os três primeiros séculos da colonização brasileira, a sociedade branca recorreu indiferentemente às formas de cura trazidas da Europa ou àquelas a que diversas etnias, com as quais se manteve em constante contato, utilizavam para lutar contra os males que as acometiam. Mesmo os portugueses, muito embora se tratassem com seus médicos, cirurgiões e barbeiros vindos de Portugal, não hesitavam, quando precisavam de curar suas feridas, em se servir do azeite de copaíba utilizado pelos indígenas para esse fim. Depois, com a vinda dos escravos africanos, aderiram igualmente a certas curas relacionadas com a magia, como podemos ver pelas visitas inquisitoriais.

Nas correspondências avulsas encetadas entre metrópole e colônia enfatizava-se com frequência a falta de médicos, remédios e hospitais. Mas, ao contrário da avaliação apressada realizada por alguns historiadores que afirmavam ser a falta de médicos o fator responsável pelo grande número de curandeiros e charlatães, é preciso que se pergunte: quais os setores da população ressentiam-se da escassez desses profissionais? Ora, o florescimento das demais artes de cura esteve intrinsecamente ligado às diferentes raízes culturais das populações aqui residentes. Além disso, os missionários jesuítas – principais suportes da educação colonial – que toma-

ram para si o papel de curadores aproveitaram muito da medicina indígena, tornando as plantas medicinais brasileiras famosas em todo o mundo. Pelas mãos dos jesuítas, a *Triaga Brasília*, uma panacéia composta de elementos da flora nativa, que chegou a ser a segunda fonte de renda da ordem jesuítica na Bahia, ganhou fama internacional. Aos jesuítas deve-se imputar a iniciativa de intercâmbio entre esses universos da medicina, já que eles também absorviam o saber dos físicos, cirurgiões e boticários, aplicando-os nos precários hospitais da Santa-Casa da Misericórdia.

Mas que relações mantinham os físicos, cirurgiões e boticários portugueses com os demais agentes de cura? Embora geralmente preconceituosos em relação a outros elementos pagãos e “selvagens” da cultura indígena, os colonizadores se interessaram em recolher informações sobre como os indígenas e seus pajés faziam para combater as doenças que grassavam no lugar. Observavam, imitavam, experimentavam e descreviam as propriedades terapêuticas das novas espécies e seus usos, e divulgavam-nas na metrópole, ampliando os saberes sobre a Matéria Médica. Mais tarde, tal saber retornava à colônia em compêndios de farmacopéia, informando a atividade de boticários profissionais, religiosos ou leigos.

Tal roteiro não foi tão linear, entretanto, como possa parecer. Bernardino Antônio Gomes, médico português que veio para a colônia em fins do século XVIII, observou em certa ocasião, o pouco uso feito pelos médicos portugueses das plantas medicinais do país, entendendo que isso ocorria porque tendo aprendido medicina das universidades europeias, eles curavam tudo “à européia, bem ao contrário do que fez [Wilhelm] Piso - o famoso médico e naturalista trazido por Nassau, no século XVII -, *desprezam miudamente a medicina indígena*”.

De todas as práticas terapêuticas, o uso das ervas medicinais era a que maior legitimidade popular possuía, como atesta o famoso comentário do naturalista Von Martius - “*a mata é a farmácia deste povo*”. Mezinheiros, curandeiros africanos e pajés utilizavam folhas, frutos, sementes, raízes, essências, bálsamos e resinas, partes lenhosas e brancas que esmagavam entre as pedras, pulverizavam, carbonizavam, dissolviam, maceravam. Coziam, para ingerir, aspirar, friccionar, ou aplicar em cataplasma numa extensa série de doenças. Não se pode esquecer que o emprego dessas plantas tinha um sentido mágico ou místico. Determinados minerais, bem como partes do corpo de animais, eram usados como medicamentos ou amuletos. Se a antropofagia ritual era encarada com horror pelos europeus, a utilização da saliva, da urina e das fezes, humana ou animal, eram compartilhadas como recurso terapêutico, embora possuindo um significado distinto para ambas as culturas. Enquanto a sucção ou sopro dos espíritos malignos, a fumigação pelo tabaco, os banhos, fricções com cinzas e ervas aromáticas, o jejum ritualístico, eram desprezados como elementos bárbaros, a teoria das assinaturas, que supunha existir, radicado em cada região, o antídoto das doenças do lugar, autorizava a assimilação da farmacopéia empírica popular.

Se em ampla variedade de aspectos o saber erudito e o popular eram indissociáveis na experiência dos distintos extratos sociais, os representantes da arte oficial lutavam ferrenhamente contra os que praticavam as curas na informalidade. Reivindicando para si o controle do corpo, a medicina oficial esvaziava o sentido dos conhecimentos terapêuticos populares e reinterpretava-os à luz do saber erudito. A fluidez entre o domínio da medicina e aquele da feitiçaria, com o emprego de

cadáveres humanos e de animais associados ao universo demoníaco, como o sapo, o cão negro, o morcego e o bode na produção de remédios, impunha aos portadores de diploma a tarefa de distinguir o procedimento “científico”, das crenças populares “supersticiosas”. Nesta tarefa encontravam o apoio da Igreja e das ordenações do Reino. No imaginário popular, os santos, vistos mais como especialistas do que como clínicos gerais, seriam responsáveis por um grande número de curas. Fazendo restrições no que respeitava à intervenção dos santos e das palavras sagradas, a não ser quando praticados ou recomendados pelo clero, a Igreja e os médicos reforçavam a idéia de que Deus distribuíra com parcimônia o acesso ao domínio do sagrado, vetando-o aos indivíduos rústicos. Tal como as confrarias iriam amolecer a rigidez da fé oficial da Igreja, quebrando a unidade da religião luso-brasileira e tornando-a mais humana e consoladora para os distintos grupos sociais, os curandeiros leigos seriam até certo ponto bem tolerados.



Índios brasileiros realizando cerimônia tribal. Ilustração publicada na Alemanha, 1590

Bibliografia:

- DEL PRIORI, M. *Ao sul do Corpo. Condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil colônia*, Rio de Janeiro, José Olympio, 1995.
- MARQUES, V. R. B. *Natureza em Boiões: medicina e boticários no Brasil setecentista*, Campinas, Ed. Unicamp, 1999.
- RIBEIRO, L. *Medicina no Brasil Colonial*, Rio de Janeiro, s.e., 1971
- RIBEIRO, M. M. *A ciência dos trópicos. A arte médica no Brasil do século XVIII*, São Paulo, Hucitec, 1997.

O exercício da medicina no Brasil, até as primeiras décadas do século XIX, era facultado somente a físicos e cirurgiões portadores de um atestado de habilitação, e licenciados pelos comissários das duas autoridades médicas reinóis, o cirurgião-mor e o físico-mor. Estes representantes diretos do poder real residiam, inicialmente, somente nas povoações maiores, mas a partir do século XVIII, os regimentos sanitários passam a ser mais observados com a presença de comissários em um número maior de cidades e vilas.

A atuação dos cirurgiões estava restrita às sangrias, à aplicação de ventosas, à cura de feridas e de fraturas, sendo-lhes vetada a administração de remédios internos, privilégio dos médicos formados em Coimbra. A criação das escolas de medicina, em 1808, vem romper com esta prática de cerceamento, feita pela metrópole, possibilitando a formação de médicos no país. Apenas em 1826 o corpo docente das Escolas médicas passou a controlar a emissão de diplomas para o exercício da medicina.

OS AGENTES OFICIAIS DA ARTE DE CURAR NO BRASIL COLONIAL

Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca *

Os físicos atuavam como médicos da Coroa, da Câmara e das tropas nas principais cidades e vilas, sendo numerosamente pouco expressivos no século XVIII, existindo em cidades como Recife e o Rio de Janeiro somente 3 ou 4 físicos. Eles eram responsáveis pelo exame, diagnóstico e o receituário para os pacientes, e aos cirurgiões cabia os ofícios manuais, considerados socialmente inferiores, que exigiam o uso de ferros de lancetas, de tesouras, de escalpelos, de cautérios e de agulhas.

Os físicos e cirurgiões, em sua maioria cristãos-novos, não ocupavam uma posição de relevo na sociedade até a metade do século XVIII, quando já formados em universidades européias e membros de academias literárias e científicas, alcançam uma posição mais privilegiada. Trabalhavam muitas vezes gratuitamente e seus ganhos financeiros não eram igualmente vantajosos, fazendo com que muitos destes profissionais saíssem em busca de clientes em outras localidades. Adotavam para orientar suas receitas as farmacopéias, destacando-se os tratados de plantas medicinais e as coleções de receitas de Garcia da Orta e de João Curvo Semedo.

Os boticários eram oriundos geralmente de famílias humildes e obtinham seus conhecimentos nas boticas. Para obtenção da Carta de Exame, que lhes possibilitaria o exercício do ofício, submetiam-se a um exame junto aos comissários do Físico-mor do Reino. Alcançavam bons re-

sultados financeiros pois conseguiam constituir uma grande clientela, tendo em vista o fato de serem numericamente insuficientes para o atendimento da população.



BARBEIROS AMBULANTES, de DEBRET, em “Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil”

Os barbeiros, além dos cortes de cabelos e das barbas, praticavam sangrias, aplicavam ventosas, sanguessugas e clísteres, faziam curativos, arrancavam dentes, etc. Da mesma forma que os boticários, os barbeiros necessitavam da Carta de Exame para habilitá-los ao exercício de seu ofício. Os barbeiros geralmente eram portugueses e castelhanos, muitos deles cristãos-novos, sendo que a partir do século XVIII já incluíam-se negros e mestiços neste ofício.

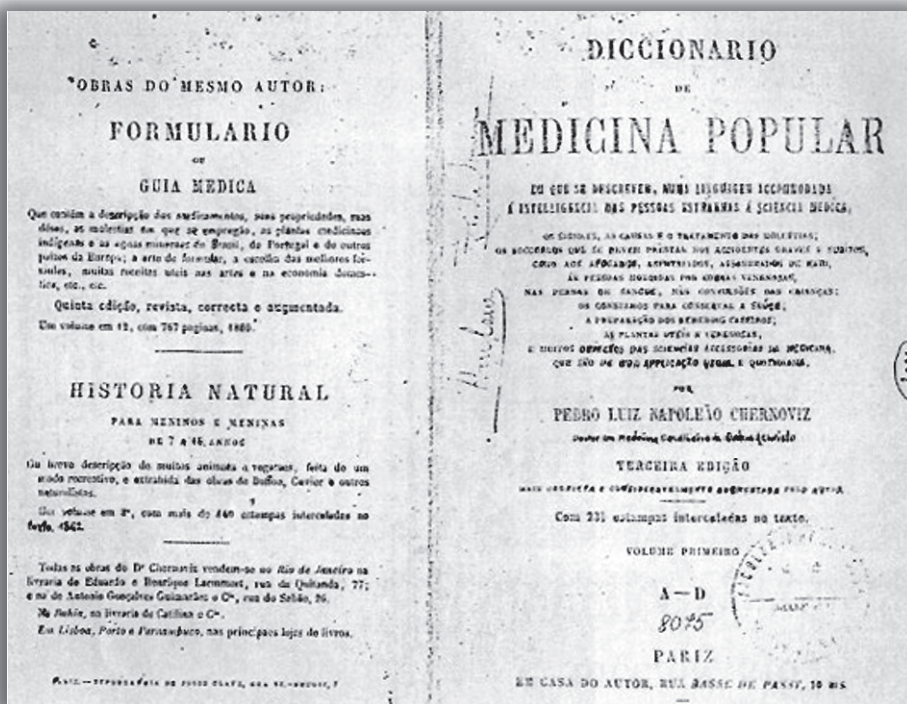
Neste artigo, discutiremos um aspecto da formação médica no século XIX pouco óbvio e, no entanto, tão significativo quanto a educação médica regular para a institucionalização da cultura médica acadêmica. Trata-se dos compêndios de medicina popular, os quais tiveram grande penetração naquela sociedade senhorial de base agrária.

Para se compreender o alcance deste tipo de educação médica informal é preciso levar em conta a carência de médicos nas vastas regiões rurais por onde se dispersava o grosso da população brasileira. É sabido que a reduzida corporação médica se concentrava na Corte e em Salvador. Os livros de medicina auto-instrutivos satisfaziam também os interesses dos donos de escravos, que pretendiam manter a saúde de sua força de trabalho com o mínimo de despesas. Ao contrário do ocorrido nos Estados Unidos, onde esses manuais eram expressão de um movimento de afirmação da medicina popular, contra os privilégios reivindicados pela profissão médica, no Brasil esse tipo de literatura era produzida por médicos com a chancela da Academia Imperial de Medicina.

A MEDICINA DE CABECEIRA

Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca *

Lembremos que a organização profissional e regulamentação do ensino médico no Brasil, como atividade diversa da praticada por barbeiros, sangradores, práticos e curandeiros, começou apenas no século XIX, motivada pela súbita fuga da Corte portuguesa, ameaçada pelas tropas de Junot, para a cidade do Rio de Janeiro. Nessa ocasião, o Príncipe Regente D. João, transformado em refém de sua própria trincheira, inicia uma série de reformas de cunho liberal, criando os primeiros estabelecimentos de caráter cultural. No tocante à medicina, instalou dois cursos de cirurgia e anatomia nos hospitais militares de Salvador e Rio de Janeiro (1808), pondo término à era dos físicos e cirurgiões formados na Europa. Iniciava-se, assim, uma forte tradição clínica marcada pela figura do médico-de-família que atuava, ora como clínico, ora como cirurgião, ora como conselheiro higienista. A influência francesa marcou amplamente o saber e as instituições médicas da época, como veremos no próximo boletim.



Contra-capas do *Dicionário de Medicina Popular*, 6ª edição, com propaganda do *Formulário do Guia Médico* - Paris/1890

Circunscrita aos centros urbanos de apenas algumas províncias, e relativamente cara, a assistência médica oficial era inacessível para quem se encontrava à margem das confrarias religiosas ou das redes de clientelismo promovidas pelos membros da classe senhorial. Até 1841, ano em

que foi publicada a primeira edição do **Formulário e Guia Médico** de Pedro Luis Napoleão Chernoviz (1812-1881), que obteve imediatamente imensa popularidade, os brasileiros pobres recorriam ao livro de William Buchanan, **Domestic Medicine**, de 1769, traduzido por Henrique de Paiva. Não se sabe a repercussão dos livros de Jean-Baptista-Alban Imbert, médico de Montpellier e membro titular da AIM, **Manual do Fazendeiro ou tratado doméstico sobre as doenças dos negros** (1834) e **Guia Médico para as Mães de Família** (1843), nem do sucesso alcançado pelo **O Médico e o Cirurgião das Fazendas ou tratado completo de medicina e cirurgia domésticas, adaptado à inteligência de todas as classes do povo** (1875) de Louis-Francois Bonjean (1808 – 1892), nascido em Chamberry, formado em Turim e membro honorário da AIM.

O certo é que o **Chernoviz**, com ficou conhecido, tornou-se um best seller, (sendo vendidos 300 exemplares nos três primeiros dias), com 19 edições até 1924. O **Formulário e Guia Médico** continha a descrição dos medicamentos, suas propriedades, suas doses, as moléstias em que se empregam; as plantas medicinais indígenas, e as águas minerais do Brasil; a arte de formular, a escolha das melhores fórmulas, muitas receitas úteis nas artes e na economia doméstica. Em 1851, aparecia outro livro desse polonês formado em Montpellier, que aqui viera, a exem-

plo de outros médicos estrangeiros, para tentar a sorte: o **Dicionário de Medicina Popular**. Este manual, também editado pela livraria Laemmert, situada na rua da Quitanda, era destinado a “difundir os bons preceitos de saúde, precaver o público contra o charlatanismo, a destruir os erros populares a respeito da medicina, a inculcar o que se deve fazer nos acidentes súbitos, e a ensinar o tratamento de várias moléstias que podiam ser realizados na ausência de um médico”.

Alguns estudiosos da medicina imperial têm apresentado o saber médico oficial e seus porta-vozes, em especial a Higiene e os higienistas, como um poderoso instrumento de afirmação do poder centralizador do Estado, em oposição às regras de sociabilidade vigentes no mundo rural, onde imperava o patriarca no comando de grandes famílias, seus agregados e dependentes. Entretanto, face ao êxito editorial dessa medicina de cabeceira parece-nos necessário assumirmos uma posição mais dialética. Afinal, o sinhozinho que retorna à fazenda após anos de ausência, com seu anel de rubi e o título de doutor teria mesmo - como quer Gilberto Freire - afrontado o saber secular de sua mãe, usurpando-lhe seu amplo domínio sobre a arte de curar? Não teria ele encontrado certa receptividade, com seu saber parcialmente legitimado e reinterpretado à luz de uma medicina doméstica contaminada de noções acadêmicas?



A FORMAÇÃO MÉDICA E O NASCIMENTO DA ANATOMOCLÍNICA

Quadro de Araújo Porto Alegre que representa D. Pedro I entregando o Decreto que concedia aos diretores das faculdades de medicina a autorização para outorgar diplomas

*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

A medicina acadêmica do século XIX tem uma história mais rica e complexa do que geralmente se pensa. Algumas de suas crenças e instituições moldam, ainda hoje, a formação e a prática médicas. A França e, em seguida, a Alemanha conformaram os principais cenários catalisadores das duas inovações que iriam revolucionar o saber acadêmico : a Medicina Anatomoclínica e a Medicina Experimental. Neste artigo, vamos examinar o nascimento da chamada Medicina Hospitalar, como também ficou conhecida a primeira dessas duas importantes inflexões.

O empiricismo sensualista, que caracterizou o movimento dos médicos reformadores na França pós-revolucionária, imprimiu uma retórica anti-racionalista que atribuía todas as mazelas da prática médica aos sistemas médicos racionalistas do século XVIII. Forjou-se, nessa ocasião, uma dicotomia entre racionalismo e empiricismo, que teria longa tradição no pensamento médico dos séculos XIX e XX. O primeiro seria assimilado às hipóteses aprioristas e aos grandes sistemas unificados de patologia e te-

rapêutica. O segundo, associado à observação, pressuporia uma concepção mais limitada de verdade que compreendia uma atitude cética em relação ao conhecimento já estabelecido e uma hostilidade face à teoria. O sensualismo clínico, que se espalhou mundo a fora a partir da prática hospitalar francesa, enraizava-se na crença de que a observação direta dos sintomas nos pacientes, vinculada à observação da lesão patológica nos cadáveres, seria a instância cognitiva que transformaria a medicina. As discus-

sões sobre a etiologia das doenças seriam eclipsadas nessa ocasião, já que dava margens a especulações insondáveis.

Os historiadores da medicina catalogaram os elementos da medicina francesa que se impuseram tanto no cenário acadêmico, quanto no exercício profissional: auscultação, percussão, patologia tissular, instrução clínica sistemática e autópsia, ceticismo clínico e estatística.

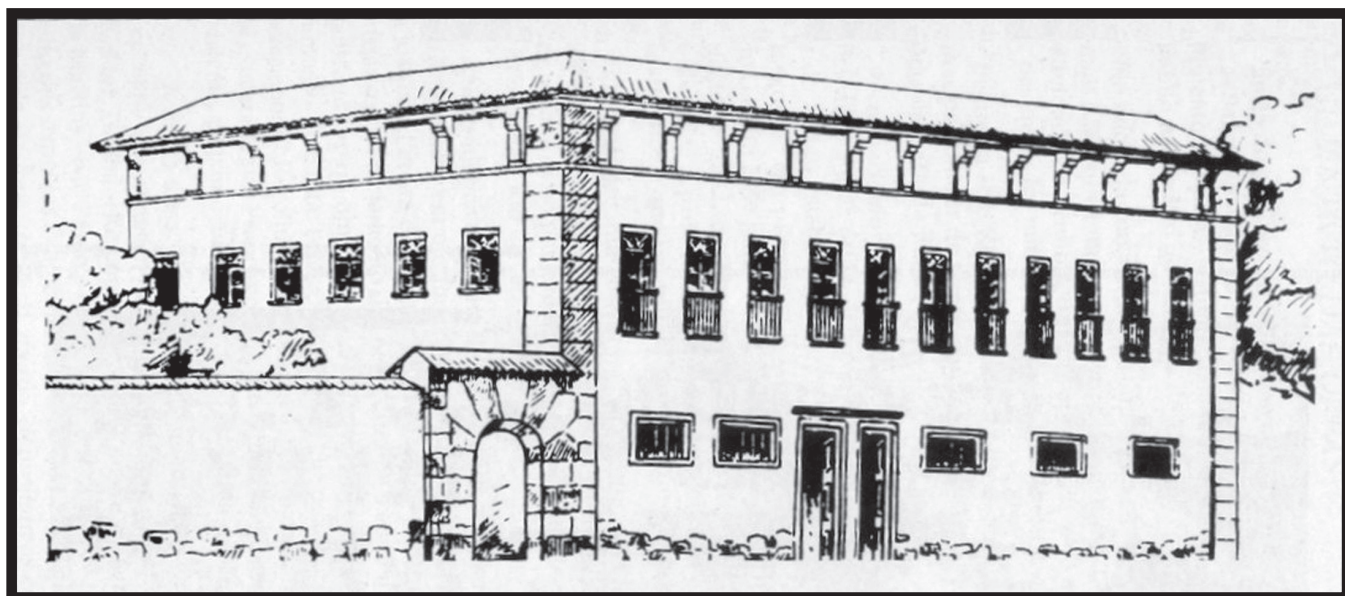
Foi a aplicação do estetoscópio, mais do que qualquer outra coisa, que tornou a Medicina Interna uma disciplina separada. A necessidade de aprender os métodos de diagnósticos clínicos, particularmente o uso do estetoscópio, tornou necessário o ensino individualizado junto ao leito do paciente, ao mesmo tempo em que revelou a inadequação do método de leitura anteriormente dominante. Uma vez que a proficiência no manejo de certos instrumentos tornou-se essencial, o método de transmitir ensinamentos clínicos perdeu a antiga passividade. Para proporcionar tal treinamento foi necessário não só a medicalização do hospital como uma série de mudanças sociais e técnicas que levariam à convergência entre os saberes cirúrgico e clínico, em fins do século XVIII. Os hospitais, onde um grande número de pacientes poderia ser examinado sob supervisão, passaram a ser vistos como a principal fonte de conhecimentos em diagnóstico e terapêutica.

Nesse período, as faculdades de medicina eram vistas como local de reprodução do conhecimento certificado. Apenas as academias e sociedades de medicina teriam o privilégio da inovação, arbitragem e validação do conhecimento. A dicotomia entre ensino e pesquisa só seria superada pelo modelo germânico que também introduziria a noção de evolução progressiva de seus saberes e de suas técnicas. Carentes de tal noção e dispondo de um volume relativamente modesto de informações, os médicos setecentistas citavam textos, aproveitavam casos clínicos e dados epidemiológicos, polemizavam com doutrinas de autores que, em certos casos haviam vivido muitos séculos antes, situando-os no mesmo plano de seus contemporâneos. A informação médica do passado era medicina viva.

Tal concepção perene do saber médico é constatável nas disposições regimentais das academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia, que antecederam as faculdades de medicina. O estudante interessado em obter um diploma de Cirurgião Formado (diferenciando-se do simples Cirurgião), podendo nesse caso exercer a medicina onde não houvesse médicos, teria que repetir as cadeiras do quarto ano.

No Brasil, a Academia Imperial de Medicina (1829-1889) foi não apenas o principal fórum de debates sobre o ensino médico e a saúde pública imperial como também a principal trincheira voltada a defender a necessidade de implantação do modelo anatomoclínico francês. A transformação das Academias Médico-Cirúrgicas em Faculdades de Medicina, em 1832, foi obra sua. Para se compreender o significado das instituições médicas erigidas aqui, naquele contexto, é mister ter em mente não só o modelo anatomoclínico, como também a prevalência do paradigma ambientalista ou climatológico da patologia. A etiologia e a terapêutica, percebidas como um saber contínuo, porque dependente das mutáveis circunstâncias climático-telúricas, implicava em que as instituições envolvidas com a produção, formação e aplicação do conhecimento médico – jornais, faculdades e academias – teriam sua jurisdição inextricavelmente circunscrita a um meio ambiente. O conhecimento médico não poderia ser livremente transferido de uma região para outra. Assim, um manual de patologia europeu teria que ser revalidado para ser usado em outro contexto distinto daquele em que foi originalmente produzido. A universalidade dessa premissa é que, contraditoriamente, conduziu à idéia da particularidade dos conhecimentos sobre diagnóstico, prognóstico, etiologia e terapêutica.

Se a base desse sistema era o hospital, seu ápice era constituído pela congregação das faculdades de medicina e pela AIM. Não à toa o núcleo que a criou era formado por médicos que exerciam seu tirocínio no hospital da Santa Casa da Misericórdia, que foi também o principal responsável pelo aprendizado clínico dos médicos naquele período.



ENSINO MÉDICO NAS CONFERÊNCIAS POPULARES DA GLÓRIA (1873-1880)

Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca *

As Conferências Populares da Glória, assim denominadas por se realizarem em escolas públicas localizadas na antiga freguesia da Glória, no Município da Corte, iniciaram-se em 23/11/1873 sob a iniciativa do Conselheiro Manuel Francisco Correia, senador do Império. As indicações sugerem que a atual Escola Amaro Cavalcanti, no Largo do Machado, construída entre 1874 e 1875, serviu de sede para as conferências. Transcorriam, inicialmente, nas manhãs de domingo (posteriormente estendidas para 2 dias semanais), e eram anunciadas antecipadamente em importantes jornais da época (*Jornal do Commercio*, *Gazeta de Notícias* e *Diário do Rio de Janeiro*).

Seu objetivo primordial era o de despertar o espírito para os mais diversos assuntos, excetuando-se as chamadas paixões políticas, crenças e princípios. Acreditavam que por meio da ilustração da sociedade, da divulgação da ciência e da cultura, o país poderia se transformado. Segundo o Cons. Correia, as Conferências deveriam ser franqueadas a todos, tendo em vista o seu principal objetivo, isto é, a instrução do povo. No entanto, através de relatos da época, constatamos que a sua platéia era constituída por um seletto público, com a presença da Família Imperial, da aristocracia da Corte, de profissionais liberais e estudantes.

As conferências abordavam temas culturais (literatura, teatro, história das civilizações, educação) e temáticas científicas (matemática, biologia, medicina, botânica, farmácia, física, astronomia). As epidemias, as enfermidades, as terapêuticas, o contágio, eram temas amplamente debatidos nas conferências.

A tribuna da Glória, como ficou conhecida, destacou-se como o fórum das polêmicas sobre a liberdade do ensino, a criação de universidades, e as doutrinas médicas (contagionistas versus anticontagionista...). Em 1880 professores e alunos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, liderados pelo Prof. Francisco Praxedes de Andrade

Pertence, expuseram em suas conferências a precariedade do ensino médico no país. Denunciaram o estado de penúria (desaparelhamento dos gabinetes, falta de laboratórios, inexistência de uma sede, dificuldades do relacionamento com a Santa Casa da Misericórdia) das instituições de ensino médico e a inadequação do ensino (excessivamente teórico): “Ensino superior” (Francisco Praxedes de Andrade Pertence); “Ensino superior, faculdades de medicina” (Nuno de Andrade); “Ensino superior, ciência prática e experimental e laboratórios” (João Paulo de Carvalho); “Ensino superior. Organização do ensino médico na Alemanha” (Hilário Soares de Gouveia); “Ensino superior. Vícios de organização da faculdade de medicina” (João Batista Kossuth Vinelli); “Ensino superior. Fisiologia e patologia experimentais” (Cypriano de Sousa Freitas); “Faculdades de medicina. Discípulos e mestres” (João Martins Teixeira); “Ciências físicas e naturais nas faculdades de medicina” (Benjamin Franklin Ramiz Galvão); “Meios práticos e econômicos para a reforma do ensino médico” (Joaquim Monteiro Caminhoá); “Ensino superior, microscopia prática” (Antonio José Pereira da Silva Araújo); “Ensino superior” (José de Saldanha da Gama); “Condições de reforma e desenvolvimento do ensino superior” (Luiz Joaquim Duque-Estrada Teixeira).

Andrade Pertence destacou o estado decadente da escola de medicina, embora tivesse professores dignos de competir com os sábios. A decadência decorria de fatores de outra ordem, os quais os obrigava, naquele momento, a esmolar dos particulares recursos pecuniários para a escola. Nuno de Andrade apontava a disparidade de instalações e de recursos orçamentários existente entre a Escola Politécnica e a Faculdade de Medicina, sinalizando que, a despeito da escola médica possuir um número maior de alunos, a instituição politécnica detinha recursos mais vultosos (quase três vezes mais) e melhores instalações. Ressaltava o fato de que a faculdade de medicina funcionava numa casa que antigamente fora um Recolhimento de Órfãos. O anfiteatro de anatomia na realidade estava instalado no espaço que era a cozinha, abrigando ainda o fogão. A sala de aula de anatomia era um corredor escuro, sem luz e sem ar. A sala de autópsias era um verdadeiro vestíbulo das latrinas, por onde circulavam miasmas em grande quantidade. O antigo horto botânico fora transformado em serventia do porteiro. O anfiteatro de operações era um telheiro, cercado por

duas paredes, com janelas amplamente rasgadas. A fisiologia, que vinha renovando a face da medicina, achava-se representada na faculdade pela ausência dos aparelhos necessários. João Paulo de Carvalho referia-se à Reforma Leôncio de Carvalho (decreto nº 7.247 de 19/04/1879) que, embora pouco aplicável ao país, merecia respeito porque estabelecia o ensino experimental. O ensino na faculdade de medicina era incompleto porque não havia laboratório de química analítica, nem sala de microscopia, e nem gabinete de medicina legal. Formava-se um médico, naquela faculdade, em cirurgia e partos, sem ter nunca assistido a um parto. Os alunos da faculdade eram, segundo João Paulo de Carvalho, “*verdadeiros astrônomos da medicina*”¹, que deveriam olhar para o céu da Europa.

Estas reivindicações já haviam sido formuladas anteriormente em outras instâncias como a Congregação e a Direção da Faculdade, porém sem resultados. Entretanto irão conseguir na tribuna da Glória a repercussão necessária, a ponto de influir positivamente no processo de reforma daquela instituição. Foi somente na gestão do Conselheiro Vicente Cândido Figueira de Sabóia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que as propostas do decreto de 1879 começaram a ser implantadas, quando foram criados inúmeros laboratórios e gabinetes, promovidos cursos livres (ministrados por catedráticos, opositores e médicos destacados), e instaladas novas cadeiras. As Conferências da Glória não foram os únicos fatores que determinaram a implantação das reformas, mas não podemos deixar de considerá-las como impulsionadoras deste processo, como responsáveis pela “*cruzada valente em prol da sua querida escola*”².

Segundo os registros existentes as Conferências da Glória ocorreram até 1889, quando foram interrompidas, sendo retomadas em 1891, sob a direção do Cons. João Manuel Pereira da Silva, por ocasião do 4º Centenário do Descobrimento da América.

1 Carvalho, João Paulo de. **Ensino Superior, ciência prática e experimental e laboratórios**. Conferência nº 329, 15/08/1880.

2 Figueiredo, Affonso Celso de Assis. **Discursos sobre a reforma das faculdades de medicina proferidos do Senado em diversas sessões de 1882 pelos conselheiros Affonso Celso e Pedro Leão Velloso**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1883.



O SURGIMENTO DA MEDICINA EXPERIMENTAL E REFORMA CURRICULAR

*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

O ingresso das disciplinas médicas experimentais no cenário acadêmico brasileiro foi marcado por fortes controvérsias, até fins do século XIX. A exemplo do que ocorreu então, na França, Inglaterra e Estados Unidos, a aceitação da sinergia entre a bancada e o leito, isto é, entre os estudos laboratoriais em fisiologia e patologia experimental, por um lado, e a clínica hospitalar, por outro, foi um produto tardio da consciência médica. A forte influência da filosofia sensualista, que endossara a revolução anatomoclínica contra os sistemas médicos do século XVIII, com seu apego à observação metódica e enorme desconfiança face à especulação teórica, às explicações causais, aos estudos microscópicos e à experimentação animal, tornou-se um obstáculo à ascensão da autoridade científica das disciplinas experimentais.

Entretanto, é preciso assinalar o equívoco que boa parte da historiografia médica brasileira incorreu ao admitir a retórica forjada pelos médicos sanitaristas e reformadores do período republicano, os quais acusaram o corpo docente das faculdades médicas do Império de assumir uma pos-

tura livresca e mesmo anti-científica. Estudos mais recentes têm demonstrado que a pesquisa experimental foi se insinuando gradativamente na esfera educacional, não apenas pela propaganda desencadeada pelos periódicos médicos não oficiais, mas também pela inserção ativa de alguns

poucos grupos de médicos brasileiros em programas de pesquisa voltados para o conhecimento da patologia tropical e de profilaxia e terapêutica das graves doenças epidêmicas, que começaram a varrer as cidades litorâneas brasileira a partir da segunda metade do século XIX.

A tese de que qualquer inovação no ensino médico teria que vir de fora do ambiente acadêmico, supostamente avesso a mudanças, explica a interpretação consagrada de que a via exclusiva da modernização do currículo médico foi obra da geração pós Oswaldo Cruz e se deu pelo impacto do Relatório Flexner (1910).

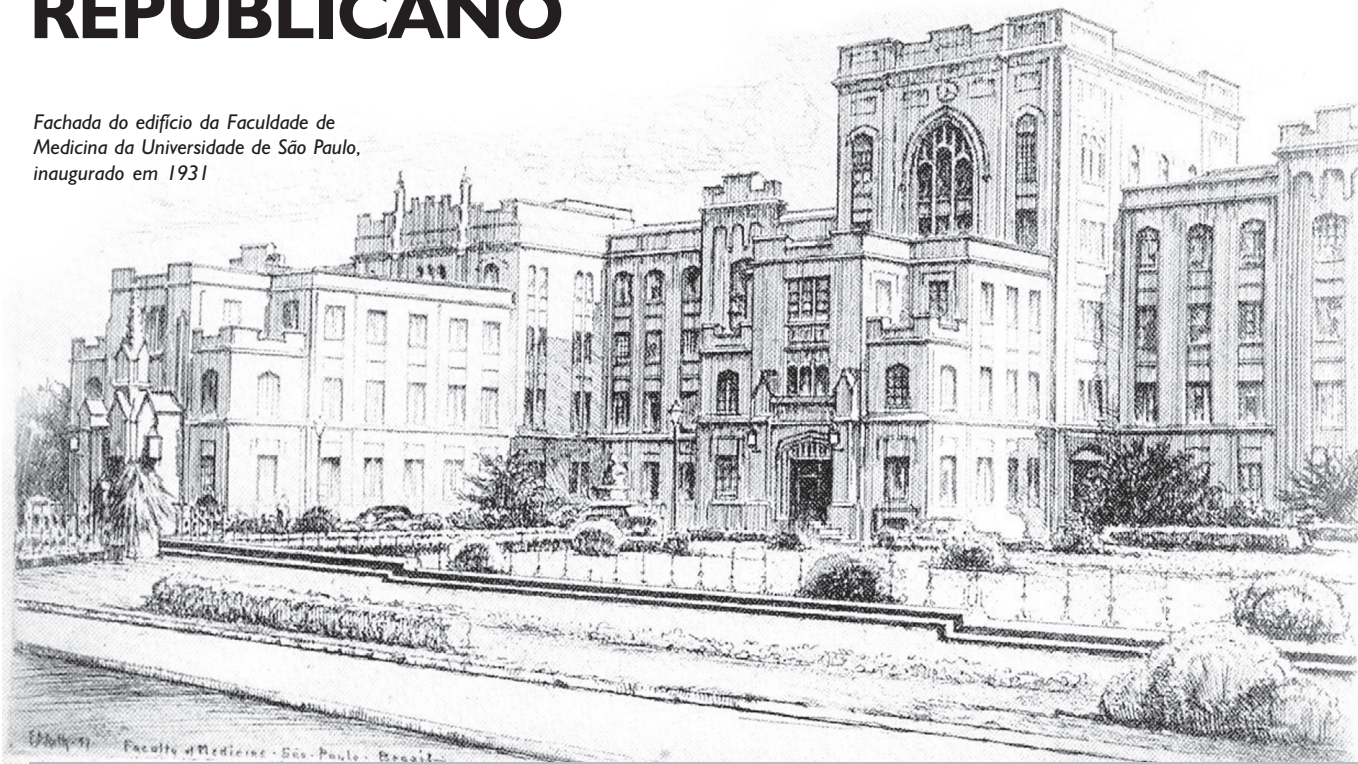
Como vimos no Boletim passado, o “partido da Glória” arregimentou forças sociais suficientes para produzir uma reforma que deu novos estatutos às faculdades médicas do Império. No Rio de Janeiro, a Reforma Sabóia (1882), resultou na construção de 11 laboratórios e na transformação completa do currículo médico, segundo o inovador figurino germânico que pregava o ensino prático e livre. Na Bahia, Pacífico Pereira, representante do núcleo de pesquisadores em parasitologia médica, implementaria reforma semelhante, quando assumiu a direção da Faculdade.

Muito antes, portanto, da tardia reforma médica norte-americana, a elite médica brasileira, organizada em torno de periódicos como a *Revista Médica do Rio de Janeiro* (1873-1879), a *Gazeta Médica da Bahia* (1864-1915), o *Progresso Médico* (1876-1880) e *União Médica* (1881-1889), já aderira à crítica ao modelo institucional francês que, além de centralizador, separava a atividade de pesquisa prática do processo de formação médica. A Lei do Ensino Livre (1879), ainda que mantivesse a concessão do diploma como prerrogativa das duas únicas faculdades médicas oficiais, abriu espaço para que o grupo médico organizado em torno da União Médica criasse, na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, o mais importante núcleo de ensino e pesquisa da época, rompendo de fato com o monopólio oficial.

A Constituição republicana de 1891 referendou a autonomia das províncias. No mesmo ano a Reforma do ensino superior, conhecida como Reforma Benjamim Constant, concedeu autonomia para que os constituintes provinciais definissem sobre sua organização. Tal liberdade ensejou a criação de faculdades médicas no Rio Grande do sul (1897) e São Paulo (1901), exemplo seguido paulatinamente por outras regiões.

O ENSINO MÉDICO NO CENÁRIO REPUBLICANO

Fachada do edifício da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, inaugurado em 1931



*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

A simbiose entre o laboratório e a clínica, que caracteriza ainda hoje a biomedicina, resultou, já em fins do século XIX, nas conquistas em diagnóstico, terapêutica e profilaxia, demarcando uma profunda ruptura com a medicina ambientalista da era pré-pastoriana. No tocante ao ensino médico, o século XX inicia-se com uma clara sinalização. Uma escola médica requeria: filiação universitária, teatros anatômicos, salas de leitura, mesas de autópsias, laboratórios e bancadas, pesquisa ligada ao ensino, instrutores clínicos em tempo integral, uso de tecnologias atualizadas e hospital-escola com grande quantidade de doenças interessantes. Este ideal, perseguido pioneiramente pela estrutura educacional germânica, seria aperfeiçoado nos EUA, onde Simon Flexner, tendo em mente o modelo vigente na Johns Hopkins University, e contando com os fundos privados das fundações Rockefeller e Carnegie, se tornaria o símbolo da cruzada pela reforma da profissão médica, inaugurada pela American Medical Association meio século antes.

Como vimos no artigo precedente, o ensino médico imperial vinha adotando o figurino germânico desde 1880. A Lei Leônicio de Carvalho (1879) foi a brecha institucional que permitira a implantação do ensino livre e experimental, antes da queda da monarquia. Com a Constituição Republicana (1891), que delegava aos estados a responsabilidade pela organização do ensino superior, teve

início toda uma série de experiências regionais de institucionalização do ensino médico, ainda mal conhecida. Os casos de São Paulo e do Rio Grande do Sul são ilustrativos dessa diversidade.

Os gaúchos adotaram uma perspectiva positivista em sua Constituição Estadual (1891), garantindo ampla liberdade de ensino, como queriam os seguidores de Augusto

Comte. Desta forma, até 1930, curandeiros, mezinheiros, pajés, espíritas, feiticeiras e membros de ordens religiosas, concorriam livremente com os médicos alopatas e homeopatas, oferecendo seus serviços aos doentes. Sem o resguardo legal, o exercício do poder profissional no hospital da Santa Casa da Misericórdia pela Faculdade de Medicina (1897), crucial conforme o modelo biomédico que se queria implantar, teve que ser compartilhado, negociado e mitigado, num espaço dominado pelas irmãs religiosas e permissivo face às outras práticas de cura. Sua medicalização, isto é, sua transformação em local de ensino e pesquisa clínica e laboratorial, só ocorreria lentamente, ao longo da República Velha.

Já os médicos paulistas, organizados desde 1895 na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, encontraram um quadro institucional mais favorável. O primeiro instrumento legal, criando uma escola de medicina data de 1891. Contudo, a criação efetiva da escola só ocorreria 21 anos mais tarde, em 1912, sob a denominação de Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, depois Faculdade de Medicina de São Paulo (1925) e, finalmente, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1934). Seu primeiro diretor, Arnaldo Vieira de Carvalho era, também, diretor clínico da Santa Casa de Misericórdia, desde 1894 e diretor do Instituto Vacinogênico, desde sua criação em 1892. As relações entre a Faculdade e a Santa Casa se mantiveram até a criação do Hospital das Clínicas, em 1945.

A estrutura curricular da Faculdade buscava dosar aulas teóricas e práticas de laboratório, abrindo a possibilidade de uma formação mais científica e não meramente clínica. O curso, que tinha a duração de seis anos, contava, em seu quadro docente original, com 6 professores estrangeiros nos cursos de Anatomia Experimental e Descritiva, Parasitologia, Fisiologia, Microbiologia e Patologia Geral.

A partir de 1918, um acordo com a Fundação Rockefeller permitiu a criação do Departamento de Higiene da Faculdade de Medicina, a cargo do Norte Americano Samuel Taylor Darling. A mesma Fundação custeou as viagens de estudos de Horácio de Paula e Souza e Francisco Borges Vieira para permanecerem por dois anos na Escola de Saúde Pública da Johns Hopkins University. Entre 1918 e 1925, especialistas da Rockefeller atuaram diretamente na vida acadêmica, implantando disciplinas, departamentos e institutos. A partir de 1926, o modelo flexneriano se afirmou, com a criação do tempo integral para as disciplinas clínicas e pré-clínicas (estruturadas em departamentos) e a redução do número de vagas (50) para a escola. A figura do pesquisador em dedicação exclusiva à pesquisa e docência, somada à criação do hospital-escola (Hospital das Clínicas) constituíram o cerne do modelo introduzido pela Fundação Rockefeller, que em contrapartida forneceu recursos na ordem de 1 milhão de dólares.

A trajetória do ensino médico em São Paulo é expressiva da tendência que a formação médica brasileira sofreria no século XX. A liderança da tradição clínica, identificada com o modelo francês, seria gradativamente ofuscada pela ascensão das disciplinas básicas e pelas especialidades clínicas, agora associadas ao figurino Norte-americano.

BIBLIOGRAFIA

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. **Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)**, São Paulo, Universidade de São Francisco - Editora Autores Associados, 2001.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928**, Santa Maria/Bauru, Editora da UFSM, EDUSC, 1999.

Com este artigo, procuramos delinear alguns dos fatores que têm contribuído para singularizar o processo de ensino, seu dinamismo bem como suas crises sucessivas, nas últimas décadas. No Brasil, os projetos de reformas, que levaram à implantação dos modelos de Medicina Preventiva, Comunitária e Familiar, foram precedidos de diagnósticos que identificavam a inadequação do perfil do profissional recém formado. Estas avaliações têm sido compartilhadas pelos governos de diversos países, nos quatro cantos do mundo. Nos restringiremos, portanto, a sublinhar os vínculos determinantes e universais, constituídos entre a medicina, o sistema econômico, a ordem política e os movimentos sociais contemporâneos.

A CRISE DA EDUCAÇÃO MÉDICA NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XX

*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

A crise onipresente na educação médica, derivada, em parte, da expansão exponencial do conhecimento médico, tem levado a sucessivas mudanças no currículo médico. A crescente especialização (e sub-especialização), outra consequência da expansão de conjuntos diferenciados de informações, terapias e tecnologias médicas, fez aumentar o período e os programas de treinamento nas pós-graduações existentes. A especialização comprometeu inicialmente a educação e o papel do médico generalista, além de propiciar o aparecimento das profissões para-médicas.

Vários movimentos sociais e políticos têm interpelado as escolas médicas, cobrando-lhes uma nova postura diante de questões ético-políticas. Dilemas morais, postos por novas tecnologias médicas, e apelos ao seu engajamento na luta pela qualidade dos serviços prestados tornaram-se endêmicos.

Em função dos custos crescentes dos serviços de saúde nos orçamentos dos países e da reivindicação pela universalidade, integralidade e equidade do cuidado médico, o Estado incorporou a educação médica no rol das políticas



públicas inerentes aos sistemas nacionais de saúde. Recapitulemos alguns cenários.

A partir da década de 1920, a maioria das escolas médicas requeria de 4 a 5 anos de estudos, focalizados nas ciências biomédicas e nas especialidades clínicas. Aos poucos aumentou a pressão para a inclusão das ciências básicas na formação secundária, gerando a separação entre formação clássica, isto é, humanista, e científica. Na outra ponta, a especialização criou uma tensão entre o licenciado em medicina e o especialista, reconhe-

cido como tal pelas sociedades médicas e, em pouco tempo, pelo Estado.

Com a universalização do modelo flexneriano de ensino médico, após a IIª G.M., consolidam-se as especialidades: Higiene, Saúde Pública, Bioquímica, Epidemiologia, Pediatria, Hematologia. A Urologia, a Neuropsiquiatria e a Dermatologia e Sifilografia, estão entre os primeiros campos que estabeleceram certificados formais para seus pares.

Uma questão que vem sendo reposta desde então, refere-se ao conhecimento que deve ser exigido do estudante de medicina, antes de se tornar um especialista. As soluções dependem da interação entre o médico generalista e o especialista, em cada sistema nacional de saúde.

Na Europa, onde os governos gerenciam sistemas nacionais de saúde, desde 1940, o médico generalista tornou-se o coordenador dos cuidados primários e o responsável pelo encaminhamento aos especialistas. Nos EUA, onde existe um sistema privado altamente competitivo, os pacientes buscam os especialistas diretamente, o que levou ao gradativo abandono do interesse pela formação generalista. Em ambos os sistemas, o especialista recebe maior remuneração e prestígio, alcança os lugares mais proeminentes na hierarquia profissional e possuem, geralmente, maior liderança política; em ambos os sistemas, os especialistas controlam o acesso e limitam a oferta de profissionais.

É preciso salientar ainda, que desde a década de 1960, o ideal de uma formação médica universitária que preencha os requisitos de um patamar comum em todas as especialidades e um aprendizado prático suficiente, tornou-se crescentemente ilusório. Nessa mesma década, a afirmação dos direitos civis nos EUA e na Europa ocidental (mulheres, negros, minorias religiosas e étnicas) ampliou o acesso desses grupos à educação médica universitária. Da mesma forma, grupos sociais e estudantes se mobilizaram para reivindicar a inclusão de novos temas, como *pobreza* (causalidade social da doença), *acesso universal ao cuidado médico* (crítica da inadequação do currículo à realidade epidemiológica da população), *deterioração da relação médico-paciente* (significado ético da introdução de novas tecnologias e dos constrangimentos institucionais que a assistência médica é prestada).

As respostas curriculares têm sido muito diversas, dependendo das realidades nacionais. Maior atenção foi dada à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária, ao modelo de aprendizagem baseado em problemas e capaz de interagir globalmente com o paciente, tendo em conta sua condição social.



Do mesmo modo, a crise da educação médica é também a crise do modelo liberal de medicina. Os movimentos de promoção da saúde, intimamente ligados aos valores da democracia, da cidadania e do multiculturalismo são outras tantas ameaças ao antigo padrão de formação médica. Médicos e pacientes têm sido encorajados a desenvolver uma relação mais igualitária. Dentre os objetivos postos pelas sociedades médicas e pelos planejadores em saúde, estão a difusão de informações sobre saúde e programas de capacitação orientados para determinados perfis de pacientes. Ambos os programas visam à cooperação e negociação entre médicos e seus clientes. Nos países desenvolvidos, o clima cultural anti-autoritário tem ajudado a diluir a supremacia do poder das profissões em geral e dos médicos em particular. Determinantes demográficos, políticos e econômicos do mundo globalizado têm nos levado a reconsiderar, assim, os processos familiares do exercício e da formação profissional.

A questão dos custos, a importância do laboratório e da ciência clínica, o acesso a novas tecnologias e aos especialistas, a medicina preventiva, a formação humanista e os direitos dos pacientes têm sido alguns dos ingredientes do amplo debate atual sobre os rumos da educação médica.

TENDÊNCIAS DA EDUCAÇÃO MÉDICA NAS DÉCADAS DE 1950-1960



Aula de Histologia para alunos de medicina na Faculdade de Medicina da UFRJ, na década de 1960.

*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

A partir da década de 1950, os debates em torno da formação médica, em especial aqueles que questionavam o conteúdo curricular e o processo de ensino, perdem definitivamente seu viés informal e paroquial. Na América Latina, organismos internacionais, destacadamente a Organização Pan-Americana de Saúde, as fundações Rockefeller e Kellog, a Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina (Fepafem) - criada em 1962 - e a Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (Alafem) - criada em 1984 e ideologicamente alinhada à esquerda do espectro político -, promovem a crítica da separação entre a medicina curativa e a preventiva, a partir de diferentes marcos teóricos. Paralelamente, o afluxo de médicos residentes, que foram se especializar principalmente nos EUA, conforma um movimento cuja influência “silenciosa” não pode ser desprezada. Como nota um estudioso do tema, estes últimos estabeleceram vínculos culturais que potencializaram a apropriação indiscriminada de tecnologias e de seu incremento nos ambientes de ensino e de serviços médicos¹.

Os questionamentos ao modelo de ensino Norte-Americano, que aqui chegou sob a etiqueta de “modelo flexneriano” - o qual discutimos em suas linhas gerais no artigo

anterior - parece ter sido contemporâneo à sua introdução. Assim, já num seminário ocorrido em Cali (Colômbia), realizado em 1955 sob os auspícios da OPS, é possí-

vel constatar ecos da conferência de Colorado Springs, onde foram lançadas as bases de uma “medicina integral”. Desde esse seminário precursor, bem como dos que ocorreram em Viña del Mar (Chile) e Tehuacán (México), em 1956, consolidam-se os esforços para o desenvolvimento das disciplinas básicas, para a introdução do ensino dos aspectos preventivos, sociais e para a criação de departamentos de medicina preventivas nas escolas médicas Latino-Americanas.

O que ocorria no Brasil, nesse contexto? De um modo geral, o fenômeno mais saliente das mudanças que estão ocorrendo no ambiente médico acadêmico, desde o início dos anos 60 é a explosão da oferta de vagas para estudantes. Das 26 escolas médicas que existiam até 1960, passamos para 73 em 1973. Enquanto a média de formandos, em 1960, era de 1200 alunos, essa cifra alcançaria 3000, em 1970. Estes dados acompanham o processo de urbanização e expansão da economia, intensificado desde a década de 1960. No contexto Latino-Americano, o Brasil destoa, porque a expansão se fez com base nas escolas privadas e isoladas (44% dos estabelecimentos em 1972). Esta tendência reforçou a concentração regional, no Sudeste, e se deu sem um compromisso com a qualidade ou com as propostas curriculares inovadoras. A Comissão do Ensino Médico do MEC, instituída em 1971 apontou em diversos documentos as mazelas sofridas pelo ensino: corpo docente desqualificado, com pouca ou nenhuma experiência em pesquisa; falta de infra-estrutura para a pesqui-

sa; professores convidados itinerantes; falta de campo para a prática de estudantes, na fase clínica ou de internato; isto é, cursos eminentemente teóricos sem a realização de estágios práticos. As experiências inovadoras ocorreram, em sua maioria, nas escolas públicas, seja nas escolas de maior tradição e prestígio – Curso Experimental de Medicina da USP, reforma curricular na Faculdade de Medicina da UFMG - ou em escolas novas - a experiência curricular da Faculdade de Medicina da UNB, das faculdades de Medicina de Botucatu, Unicamp, e Ribeirão Preto.

Em geral estas experiências foram efêmeras. Segundo Laura Feuerwerker “praticamente todas sucumbiram ao modelo hegemônico da educação médica (prática baseada fundamentalmente no hospital-escola, currículo marcado pela fragmentação do conhecimento em função do processo de especialização, metodologias de ensino tradicionais, centradas no professor)”².

BIBLIOGRAFIA

- 1 – ALMEIDA, Márcio José. “A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos, *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v.25, nº 2, maio/ago 2001, p. 42-52.
- 2 – FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**, São Paulo, Hucitec/Rede Unida, 1998.

INOVAÇÃO CURRICULAR NO PLANALTO CENTRAL



*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

Como discutimos no artigo anterior, a década de 1960 assinalou uma forte expansão da oferta de médicos no Brasil, com a correspondente ampliação do número de instituições formadoras: em 1960, 1.528 médicos se graduaram nas 28 faculdades médicas existentes; dez anos mais tarde, 3.293 médicos se formavam em 48 escolas de medicina. Entre 1966 e 1970, foram criadas mais escolas (39) do que em todo o período anterior. Esse formidável crescimento foi, em grande parte, custeado pelo Estado – em 1972, os recursos federais, estaduais e municipais representavam 62% das fontes de custeio do ensino médico público e privado.

Nesse contexto, a criação da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB ilustra uma das poucas iniciativas inovadoras, que incorporavam uma reflexão crítica ao modelo fictício de departamentos, onde o sistema de cátedras minava as possibilidades reais de integração. Em sua concepção inicial, propunha-se um modelo de ensino que rompesse com a separação do corpo docente entre aqueles voltados à investigação fundamental e os demais, ocupados com sua aplicação clínica. No tocante ao processo de ensino, o inviável aprendizado dos detalhes sobre os últimos conhecimentos gerados em cada especialidade deveria ser abolido, pondo-se ênfase numa formação básica que incutisse uma atitude voltada à aprendizagem permanente. Era a bandeira da formação integral, em que o conhecimento das matérias clínicas deveria se articular aos aspectos sociais e ecológicos postos pela clientela da região circunvizinha. O hospital comunitário de Sobradinho tornou-se coordenador das ações integradas de prevenção e cura.

Os aspirantes à carreira médica ingressavam, primeiramente, no Instituto Central de Biologia, onde seguiam um curso de um ano, comum a todas as carreiras biomédicas. Além das disciplinas comuns – bioquímica, biofísica, genética, citologia e matemática aplicada –, os estudantes de medicina estudavam antropologia e psicologia social. O ciclo profissional, iniciado em 1966, tinha como propósito formar

médicos generalistas que compreendessem os múltiplos fatores que causam os processos mórbidos e, ao mesmo tempo, considerassem a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social. A intenção era a capacitação de médicos voltados a fomentar, manter e restabelecer a saúde do indivíduo, da família e da comunidade.

O pessoal docente da Faculdade desempenhava suas funções em regime de tempo integral e dedicação exclusiva. No ciclo básico, onde se concentrava a fase principal do ensino formal, o ensino da biologia humana e patológica integrava-se, na análise de ambos os aspectos. Os projetos de experimentação, que contavam com a participação de quase todos os professores, se baseavam, principalmente, nos estudos fisiológicos, através dos quais eram apresentados aspectos específicos de outras disciplinas. Isto permitia uma integração melhor entre os professores de clínica e ciências básicas e melhor orientação do ensino para a aplicação clínica.

Apesar do apoio da Organização Pan-Americana da Saúde, já no início da década de 1970, a experiência inovadora de Brasília foi inviabilizada pelo ambiente de asfixia política que se formou em torno da Universidade e pela tendência à especialização fragmentada, impulsionada pela dinâmica do mercado de trabalho médico, que se refletia no descompromisso crescente de vários docentes com o projeto integrador.

PROLIFERAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS - AUMENTO DO NÚMERO DE MÉDICOS FORMADOS



*Manifestação de residentes na Cinelândia/
Rio de Janeiro, na década de 80*

*Flávio Edler e Maria Rachel Fróes da Fonseca **

Nos últimos artigos desta série, temos discutido, em termos gerais, as trajetórias que o ensino médico brasileiro percorreu nas décadas de 1960 e 1970, salientando suas principais tendências. Um aspecto não trivial naquele movimento foi a proliferação vertiginosa de escolas médicas, situadas, em geral, na periferia dos centros médicos tradicionais. Convém entender a política que gerou tal resultado.

Entre 1965 e 1972, as matrículas no 1º ano dos cursos de medicina cresceram de 3.800 para 9 mil alunos. Como resultado desse incremento de vagas, o número estimado de médicos diplomados no Brasil em 1978 era de 100.000 – o dobro da totalidade dos médicos que exerciam a profissão em 1972. A simples menção do número de escolas médicas criadas naquele mesmo período (37), que contribuíram para gerar cifras tão expressivas, levanta uma suspeita sobre a qualidade dos

médicos que ingressaram no mercado de trabalho nesses seis anos. Ao analisar esta tendência, a Comissão do Ensino Médico do MEC advertia: “Por motivos óbvios o ensino médico não pode, em hipótese alguma, limitar-se a preparo doutrinário dos alunos. Requer aprendizado rigoroso de habilidades psicomotoras e adoção de determinadas atitudes em situações complexas, o que exige instrução individualizada por pessoal docente altamente qualificado e equipamento abundante”.

Os estudos empreendidos por aquela comissão revelavam que, a serem seguidos os regulamentos do currículo mínimo, as 37 faculdades criadas desde 1965 deveriam ter mobilizado mais de 3 mil professores. Não houve a menor possibilidade de treinar pessoal para esse desempenho e muito menos de encontrá-lo, já formado, fora dos grandes centros urbanos, onde se localizavam muitas das novas escolas. Nos estados onde já havia concentração de médicos, proliferou o sistema no qual professores com títulos acadêmicos, residentes em outras cidades, passaram a lecionar durante um ou dois dias na semana em cada Faculdade, emprestando prestígio, mas inviabilizando a continuidade na orientação da assistência aos pacientes ou dos experimentos nos laboratórios. As cifras ajudam a estimar o descalabro. No Estado de São Paulo, onde havia 4 faculdades de medicina até 1963, foram criadas, entre aquela data e 1971, mais 14 escolas. No Rio de Janeiro, das 4 faculdades existentes até 1965, passamos para 12 em 1971: 8 a mais. Em Minas Gerais, 5 cursos foram criados entre 1968 e 1971, contra 4 existentes até então. No Rio Grande do Sul, das 2 faculdades de medicina em funcionamento até 1961, passamos para 9 em 1970, isto é, 7 novos cursos em apenas 9 anos. Enquanto as instalações e os equipamentos necessários ao funcionamento do ciclo básico eram itens relativamente fáceis de cumprir, não é preciso insistir sobre a precariedade das bibliotecas e dos recursos hospitalares (leitos, instrumentos, administração e pessoal de apoio).

Se a Comissão do Ensino Médico do MEC mostrou-se tão crítica à situação do ensino à época, quem foram os responsáveis por aquela política de expansão indiscriminada? A resposta não é simples, ela deve ser buscada ao mesmo tempo na elite profissional, na burocracia estatal e na fisionomia da sociedade que emergiu como produto do desenvolvimentismo dos anos JK.

Pressionado pela corporação médica, pelos movimentos sociais urbanos e pelo aumento dos gastos que a assistência hospitalar e a saúde pública impunham ao orçamen-

to, o Estado incluiu o ensino médico na pauta das políticas públicas já em meados da década de 1950. Alguns dados foram mobilizados politicamente: milhares de municípios sem médicos; reduzida proporção médico/habitantes; baixíssimos índices de saúde (mortalidade infantil, sobrevida média, etc.). Por outro lado, as novas camadas médias urbanas viam na medicina a possibilidade de ascensão social para seus filhos.

É um truísmo dos estudiosos dos fenômenos sociais a constatação de que a história atua na contramão das políticas de planejamento. Nosso tema ilustra bem a discrepância entre os objetivos almejados pelos organismos que formularam e ajudaram a implementar a política de expansão de escolas médicas e os resultados não esperados de suas ações. Apesar do consenso sobre os padrões mínimos de eficiência do processo ensino-aprendizagem – os quais, conforme expresso na *1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica no Brasil* (1961), deveriam voltar-se à formação de clínicos gerais e combater a especialização precoce –, o que se verificou foi o incremento de um grupo de escolas com as seguintes características: isoladas, não associadas a universidades; privadas, mas dependentes de verbas federais; com corpo docente sem interesse pela atividade de pesquisa e, em geral, em regime de tempo parcial e não residente na localidade onde se situava a escola; com recursos bibliográficos insuficientes; com currículo e metodologia de ensino desatualizados.

Não é difícil, entretanto, identificar as camadas médias emergentes como os principais agentes desse processo. Geralmente situadas fora ou na periferia dos grandes centros urbanos, originadas a partir de hospitais comunitários precariamente instalados, ou por vezes bem equipados, mas não adaptados ao ensino e dispendo de corpo clínico sem títulos acadêmicos ou experiência docente, essas escolas médicas atendiam aos anseios de estudantes muitas vezes já integrados à força de trabalho, que exerciam atividades não médicas ou provinham de regiões diversas daquelas em que se situava a escola.

O MOVIMENTO MUNDIAL DE EDUCAÇÃO MÉDICA: AS CONFERÊNCIAS DE EDINBURGH

Laura C. M. Feuerwerker *

Num processo de resgate da educação médica, vale a pena revisitar as Conferências de Edinburgh, ocorridas em 1988 e 1993, pois elas marcam a intensificação do debate e das iniciativas de apoio à mudança da educação médica em nível internacional.

Examinando os documentos preparatórios das Conferências e suas resoluções, é possível identificar movimentos “de virada” nas formulações acerca da educação médica e também revelar as origens de algumas idéias que até hoje circulam entre nós.

A Federação Mundial de Educação Médica, tomando como perspectiva o lema “Saúde para Todos no ano 2000”, considerava necessárias fortes mudanças nos sistemas de saúde e propunha que as escolas médicas de todo o mundo se ocupassem de definir “como preparar os profissionais de saúde para o papel que desempenharão em um sistema de cuidados de saúde em transformação”. Esse foi o tema central da 1ª Conferência Mundial e das reuniões regionais e nacionais que se fizeram para prepará-la (ASSOCIAÇÃO, 1986b).

Os documentos preparatórios para as discussões regionais foram elaborados por uma Comissão de Planejamento, organizada pela Federação Mundial, composta por membros de várias regiões. No Brasil, os documentos preparatórios foram traduzidos pela ABEM e publicados em sua revista no início de 1986.

Um primeiro bloco de debates estava dedicado ao perfil dos futuros profissionais, às prioridades da formação. O ponto de partida sugerido para o debate era a “terminalidade” da



graduação, que deveria destinar-se a: “preparar um médico que, ao se graduar, já esteja qualificado para o exercício independente da profissão, ou que, simplesmente esteja preparado para a educação adicional de pós-graduação?” (ASSOCIAÇÃO, 1986a).

Os documentos explicitavam uma clara distinção de projetos para países desenvolvidos e para os em desenvolvimento. Para os primeiros, a formação de graduandos com perfil científico, o “que levaria à preponderância de determinadas disciplinas biomédicas nos programas educacionais, cada uma preocupada em cobrir sua especialidade e em expor os estudantes aos progressos recentes e à alta tecnologia” (ASSOCIAÇÃO, 1986b).

Para os países em desenvolvimento, preconizava-se o compromisso “da medicina como serviço”, sendo indispensável destacar na formação as necessidades das populações em risco e as patologias epidemiologicamente signi-

ficativas. Propunha-se que as disciplinas biomédicas tradicionais fossem pensadas desde sua contribuição à formação de um médico apto a trabalhar nos serviços de saúde (e não a ser um cientista). “Também significaria dar maior atenção às questões de eficiência, de maneira que os estudantes de medicina aprendessem a sentir-se bem como parte de um sistema de serviços de saúde, que inclui outros profissionais, trabalhando em equipe ou exercendo funções independentes.”

Já nesse momento evidenciava-se a preocupação com os custos crescentes do setor saúde e, para futuros médicos de todo o mundo, considerava-se necessário oferecer elementos que possibilitassem o compromisso com a contenção de custos, sobretudo levando em o custo-benefício dos processos de diagnóstico e tratamento.

Os documentos preparatórios discutiam a oportunidade de se dedicar maior atenção na graduação à promoção à saúde, à prevenção e reabilitação das doenças. Curiosamente, chegou-se a levantar a hipótese de que o trabalho de promoção à saúde e prevenção de doenças pudesse ser realizado por outros profissionais de saúde, reservando-se aos médicos o papel de prestar atenção de nível secundário e terciário e de contribuir para o progresso da ciência!!!

Em relação ao perfil dos médicos a serem formados, foram propostas às reuniões regionais as seguintes questões:

- a formação proporcionada pela escola médica deveria dar atenção prioritária à ciência da medicina ou aos serviços que os médicos graduados devem prestar?
- quais seriam as competências mínimas aceitáveis a serem demonstradas por ocasião da graduação na escola médica
 - na preparação na aprendizagem adicional?
 - no diagnóstico individual e tratamento da doença?
 - na promoção da saúde e na prevenção de doença em nível da comunidade?

O segundo bloco temático estava dirigido às estratégias educacionais. Reconhecia-se, claramente, a necessidade de organização curricular e metodologias de ensino-aprendizagem compatíveis com os progressos e conhecimentos da pedagogia e com as necessidades do futuro profissional em relação à utilização e aplicação de conhecimentos e à educação continuada/permanente.

Já nesse momento se indicava a necessidade de transformar as metodologias e o foco da avaliação da aprendizagem, considerando que a responsabilidade da escola médica na formação do estudante tinha que ir além da transmissão de informações atualizadas. Reconhecia-se também que o corpo docente das faculdades não estava

habilitado para realizar todas essas transformações e que deveria ser capacitado para tanto.

Nesse bloco, foram propostas as seguintes questões para as reuniões regionais:

- a formação profissional proporcionada pela escola médica deveria ser dominada pelo esforço de transmitir conteúdo biomédico, ou a mesma atenção deveria ser dispensada à aquisição de habilidades, atitudes e valores profissionais?
- o processo de ensino deveria estar baseado na aprendizagem ativa, ou orientado pelas metodologias que não exigem tanto a iniciativa autônoma por parte do estudante?
- a avaliação dos estudantes deveria analisar sua capacidade em verificar a aquisição de conhecimentos ou analisar uma série mais ampla de competências profissionais?
- as escolas médicas precisariam exigir, encorajar ou recompensar os membros do corpo docente para que se tornassem mais familiarizados ou habilitados no uso de uma ampla série de táticas e estratégias educacionais?
- que mecanismos precisariam ser instituídos para assegurar e acompanhar no futuro a implementação pelas escolas médicas das estratégias escolhidas?

O terceiro bloco discutia a integração da escola médica com os sistemas de saúde. Nesse momento já se reconhecia a necessidade de diversificar os cenários de aprendizagem, com o objetivo de proporcionar aos estudantes a oportunidade de conhecer a ampla gama de serviços existentes e também as diferentes formas de abordar os problemas de saúde e de doença (promoção, prevenção, diagnóstico/tratamento e reabilitação nos diferentes modos de apresentação das doenças).

Haveria vários níveis possíveis de interação entre as faculdades/ universidades e os serviços de saúde. Desde um simples acordo para a utilização dos espaços dos serviços como cenário de aprendizagem para os estudantes, até a coordenação do trabalho entre os dois sistemas, exemplificada como a faculdade assumir a responsabilidade de proporcionar a atenção integral à saúde de uma população determinada. A articulação possibilitaria a participação ativa dos estudantes em uma ampla gama de ações de saúde (desde a promoção até a reabilitação, a interação com outros profissionais, nas condições concretas dos serviços de saúde e da realidade social existente).

Já havia experiências de integração serviços-universidade em curso e o documento apresentava a sugestão de que deveriam ser ampliadas, aprofundadas e examinadas com cuidado.

Com relação a esse tema, indicavam-se as seguintes questões para discussão nas reuniões regionais:

- a escola médica deveria preocupar-se em proporcionar maiores oportunidades de aprendizagem em ambulatorios não hospitalares e na comunidade?
- deveriam ser estabelecidos vínculos mais estreitos entre escola médica e os serviços de saúde?
- as escolas médicas deveriam responsabilizar-se por um sistema de saúde abrangente (promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento das doenças agudas, cuidado de doenças crônicas e reabilitação)?
- as escolas médicas deveriam assumir responsabilidades por algum grupo populacional definido?
- as escolas médicas deveriam estabelecer vínculos mais estreitos com outras profissões de saúde, tanto em educação, como em serviço?

A I Conferência Mundial de Edinburgh contou com participantes selecionados em todo o mundo pela Federação Mundial a partir dos processos preparatórios. Na Europa, África, Sudeste Asiático, Pacífico Ocidental e Mediterrâneo Oriental foram realizadas conferências regionais no processo de construção dos documentos regionais. Na América, um grupo de coordenação central processou os relatórios produzidos nacional e sub-regionalmente. No Brasil os pontos indicados para debate pela Comissão Organizadora da Conferência foram transformados em tema da Reunião Anual da ABEM.

Destacarei a seguir alguns dos fragmentos mais significativos das respostas consolidadas das Américas, publicadas no livro *Educação Médica nas Américas* (CHAVES & ROSA, 1990). “Nos dias atuais, entre as tarefas prioritárias das escolas de medicina, ressalta a de redefinir os programas de formação médica. Os progressos científicos e tecnológicos, assim como as mudanças sociais e institucionais, estão modificando as condições da prática da medicina. Do mesmo modo, as necessidades da população, em matéria de assistência à saúde, e os avanços no campo do diagnóstico e do tratamento das doenças estão exigindo reformas na educação médica.”

Registravam a influência que a definição da atenção primária à saúde como base da estratégia para alcançar Saúde para Todos no Ano 2000 exercera em vários países, levando a que existissem reformulações políticas e técnicas para reorganizar a prestação de serviços de saúde e reorientar a educação médica.

Considerava-se que “para conduzir a formação dos médicos no sentido do trabalho efetivo nos serviços de

saúde, valorizando adequadamente a assistência primária” seria fundamental promover mudanças curriculares. Muitos professores consideraram o enfoque que enfatizava a formação para o trabalho na atenção primária “contrário à qualidade científica da educação médica”; outros, entretanto, “julgaram complementares e inseparáveis o ensino da medicina como ciência e como instrumento para preparar profissionais capazes de atender as necessidades de saúde da população.”

Apontavam a necessidade de a educação médica “desenvolver-se de modo a relacionar as necessidades de saúde da população, o perfil de morbi-mortalidade e o perfil profissional com o conteúdo e a metodologia de ensino. O perfil educacional deve coincidir com o perfil profissional do médico formado. Nesse sentido, recomendavam alguns que as ciências básicas sejam ensinadas com vistas à sua aplicação na prática médica, e não apenas como exercício intelectual ou base para a especialização. Tal enfoque é muito nítido em Cuba, onde os programas de ensino do curso de graduação versam os aspectos teóricos e práticos relativos a 283 problemas de saúde.” Todos esses conceitos e preocupações se aplicavam, sobretudo, aos países em desenvolvimento.

Nos países desenvolvidos, a graduação já não haveria mais a preocupação de formar médicos para o exercício imediato da profissão. Nos Estados Unidos, haveria escolas priorizando a formação de pesquisadores, enquanto outras preparariam médicos para a assistência primária. Diziam que “nas duas situações valorizam-se os fundamentos científicos da medicina e, atualmente, 95% dos egressos prosseguem sua formação em programas de residência médica com 3 a 7 anos de duração; entretanto as escolas mantêm como um de seus propósitos promover a aquisição das habilidades necessárias a que o futuro médico possa assumir, sob supervisão, em programas de pós-graduação, responsabilidades limitadas na assistência aos pacientes.”

Nas Américas, portanto, existia acordo quanto à importância da formação científica dos médicos. Seria necessário atender igualmente a essa exigência e à preparação para a prestação de serviços. Caso contrário, os médicos teriam limitações quanto ao campo de ação, à capacidade de realizar estudos de pós-graduação e ao rigor metodológico na prática profissional. O desafio estaria em como ensinar as ciências básicas e alcançar equilíbrio entre formação científica e as destrezas indispensáveis ao uso correto dos recursos habituais de diagnóstico e tratamento.

Prosseguiam dizendo que “nos países em desenvolvimento, o curso de graduação não deve corresponder ao preparo para a especialização. Deve capacitar o médico para diagnosticar e tratar com eficiência as doenças prevalentes e para encaminhar oportunamente os pacientes cujos problemas ultrapassem sua competência profissional. Por isso o estudante deve adquirir um conjunto de conhecimentos próprios das ciências básicas, incluídos aí os progressos biotecnológicos recentes, e ser suficientemente treinado nas áreas clínicas, de modo a estar apto para ações de assistência médica primária. Entretanto, não se pode desconsiderar a existência de problemas de saúde mais complexos, para cuja solução os futuros médicos também devem ser preparados, com base em dados epidemiológicos.” Já nos países desenvolvidos, as competências profissionais dos egressos poderiam ser mais restritas, porque o tratamento das doenças poderia ser estudado principalmente na pós-graduação.

Em relação ao que chamavam estratégias educacionais vale também destacar alguns trechos do consolidado das Américas:

“Entre os problemas com que se defrontam as escolas médicas, distingue-se o que diz respeito à seleção de um conjunto de princípios, diretrizes e procedimentos que lhes permitam formar profissionais capazes de exercer funções numa sociedade e em um sistema de saúde em transformação. Tal escolha depende da definição das prioridades educacionais dessas escolas, pressionadas, de um lado, pelas conquistas da ciência e da técnica, e, por outro, pela demanda de serviços.”

Reconhecendo-se o compromisso da escola com a assistência à saúde, apontavam como imperativa a mudança da metodologia de ensino-aprendizagem da Medicina. Indicavam que no ensino tradicional, baseado na transmissão de conhecimentos, haviam sido “minimizados o desenvolvimento de habilidades, valores e atitudes, essenciais a uma profissão de serviço”.

Diziam que cada escola deveria buscar o equilíbrio entre as diferentes disciplinas que integram a estrutura curricular - tanto biomédicas, humanísticas ou relativas à epidemiologia e administração - com o objetivo de relacionar o conhecimento às habilidades, às atitudes e aos valores a serem desenvolvidos durante a graduação. O ensino de graduação deveria estar orientado para o aprendizado de competências básicas, que possibilitassem a resolução de problemas. O conteúdo das disciplinas deveria ser o necessário à aquisição dessas competências, assim como à preparação para a educação continuada.

Diziam também que “a pesquisa educacional mostra que a maneira mais eficiente e duradoura de adquirir conhecimento, habilidade ou atitude é exercitar ações que exijam tal conhecimento, tal habilidade ou tal atitude. Aprender fazendo é mais eficiente que receber informações passivamente. Assim, a estratégia educacional deve ser o treinamento em serviço, que possibilita a prática de ações de complexidade crescente, conforme as exigências do serviço e do programa de ensino.”

Outro ponto destacado era que a exposição precoce do estudante à vida profissional por meio da prática em unidades de saúde era comprovadamente um dos meios mais eficazes para promoção da aprendizagem. Portanto as escolas médicas deveriam empenhar-se para assegurar oportunidades de aprendizagem ativa, que permitissem experiências pessoais significativas e mobilizadoras. Esse tipo de metodologia deveria ser implementada desde os primeiros momentos do curso.

Indicavam também que “nos últimos anos, em vários países, as escolas médicas se puseram de acordo quanto ao equilíbrio que deve existir entre as atividades de ensino-aprendizagem dentro e fora de hospitais, para que os estudantes possam adquirir conhecimentos, habilidades, valores e atitudes apropriados à resolução dos problemas nos diferentes níveis do sistema de saúde. O referido equilíbrio deve ser decorrência da consideração do perfil de morbi-mortalidade e do perfil ocupacional como norteadores do processo ensino-aprendizagem. Assim é necessário que as escolas disponham de um campo de treinamento com unidades de saúde hierarquizadas, que permitam o ensino clínico nos níveis de assistência primária, secundária e terciária.”

Indicavam a existência de uma tendência crescente a considerar que os serviços de atenção primária e secundária seriam os mais indicados para a formação dos futuros médicos, já que possibilitavam prepará-los para a resolução dos problemas de saúde mais comuns na prática profissional.

A Declaração da 1ª Conferência de Edinburgh, em agosto de 1988 (CHAVES & ROSA, 1990), foi a seguinte:

“O objetivo da educação médica é formar profissionais para promover a saúde de todas as pessoas e esse objetivo não está sendo atingido em muitos lugares, apesar do enorme progresso havido nas ciências biomédicas neste século. Cada paciente deve poder encontrar no médico o ouvinte atento, o observador cuidadoso, o interlocutor sensível e o clínico competente; mas não é mais admissível que o atendimento médico se restrinja a alguns pacientes (...).”

Indicavam que esses problemas vinham sendo identificados há muito tempo, mas “os esforços para dotar a escola médica de maior consciência social” não haviam sido bem sucedidos.

Reconhecia-se que a pesquisa científica trazia contribuições importantes ao mundo, mas ressaltavam o fato de que “o homem têm necessidades que vão além das respostas que a ciência isoladamente pode trazer”. Diziam que os educadores médicos deveriam responder “às necessidades de saúde da raça humana como um todo e de cada pessoa vista como um todo”.

Consideravam que as escolas médicas teriam governabilidade e autonomia para efetivar uma série de transformações, entre as quais:

- diversificar os cenários de ensino-aprendizagem, utilizando todos os recursos de saúde da comunidade e não somente os hospitais;
- assegurar que os programas de ensino refletissem as prioridades nacionais de saúde e a disponibilidade de recursos ;
- assegurar a continuidade da aprendizagem ao longo do exercício profissional, deslocando o predomínio da utilização dos métodos passivos de ensino-aprendizagem para métodos de aprendizagem ativa;
- construir currículos e sistemas de avaliação que assegurassem a aquisição de competência profissional e de valores sociais e não simplesmente a memorização de informações;
- preparar professores como educadores e não apenas como profissionais competentes e recompensar igualmente a formação pedagógica e o desempenho na pesquisa biomédica e na prática clínica;
- complementar a preparação para o diagnóstico e o tratamento das doenças com maior aprendizagem dos conteúdos relacionados à promoção da saúde e à prevenção de doenças;
- promover a integração entre educação científica e treinamento prático, também utilizando como base para a aprendizagem a metodologia da solução de problemas, tanto nos locais de prática clínica como na comunidade.
- utilizar métodos de seleção dos estudantes de medicina que possibilitassem não somente a avaliação de habilidades intelectuais e rendimento acadêmico, mas também a avaliação de qualidades pessoais.

Indicavam também existir a necessidade de compromissos e articulações mais amplos para que outras mudanças pudessem ocorrer:

- estimular e facilitar a cooperação entre Ministérios da Saúde e da Educação, serviços de saúde comunitária e outros órgãos importantes, com o objetivo de desenvolver o conjunto de políticas, bem como o planejamento, a implementação e a revisão de programas.
- assegurar políticas de admissão às escolas médicas que harmonizassem o número de estudantes com a necessidade nacional de médicos.
- ampliar as oportunidades para a aprendizagem, a pesquisa e a prestação de serviços em conjunto com outros profissionais da saúde, como parte da preparação para o trabalho em equipe.
- definir as responsabilidades quanto à educação médica continuada e assegurar a destinação dos recursos necessários para esse fim

A única questão em torno da qual foram registradas divergências dignas de nota refere-se às prioridades educacionais, em relação à ênfase “na ciência ou nos serviços”.

Os países em desenvolvimento destacaram as necessidades de serviço “porque os graduandos em medicina precisam ingressar imediatamente no mercado de trabalho”, enquanto os países desenvolvidos destacaram a importância de manter um componente científico importante. Todas as regiões concordaram ser necessário encontrar um equilíbrio entre os dois componentes. A recomendação foi no sentido de que “o componente científico da educação médica precisa ser revisto com o objetivo de melhorar sua aplicabilidade aos serviços de saúde e à prática clínica” (WORLD, 1988).

A Declaração de Edinburgh teve impacto sobre os debates da educação médica por representar um esforço de sistematização e articulação de um projeto de mudança para a educação médica. A amplitude das forças envolvidas na iniciativa levou a que existisse maior permeabilidade às propostas de mudança em círculos mais amplos dentro das escolas médicas.

Cinco anos depois, em 1993, realizou-se a II Conferência e seu processo de preparação na América Latina envolveu um espectro mais amplo de participantes do que ocorrera para a conferência de 88. Houve vários artigos publicados na revista *Educación Médica y Salud* (da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS), encontros nacionais e regionais e a produção de um documento oficial de posicionamento da América Latina.

Esse processo marcou o retorno da OPAS a um papel mais ativo no cenário da educação médica. O posicionamento latino-americano, em consequência, expressou a

retomada dos conceitos desenvolvidos por essa entidade em períodos anteriores (ORGANIZACIÓN, 1976), (ORGANIZACIÓN, 1994a),

O documento iniciava-se com uma caracterização do contexto político e econômico de crise e de obstáculos ao desenvolvimento, marcado pelos processos de contenção de gastos públicos e de diminuição da intervenção do Estado nas áreas sociais. Indicava, além disso, a existência de uma crise específica no âmbito das universidades, em consequência a essas políticas de ajustes estruturais, que levaria à necessidade de redefinição de sua inserção e de suas relações com a sociedade. Baixos salários e pressão por geração de recursos para assegurar a sobrevivência institucional seriam condicionantes negativos impostos pelo contexto econômico.

Apontava-se a forte influência que a proposta de Atenção Primária à Saúde havia tido “na prática médica na América Latina, seja pela busca sincera de maior equidade no acesso aos serviços, seja pelo desejo de reencontrar uma síntese no conhecimento fragmentado, uma tentativa de reduzir os crescentes custos da atenção ou por combinações destes objetivos”, já que haviam se multiplicado as experiências com essa orientação.

Destacava-se existir, no entanto, os fortes efeitos da grande mobilização de recursos financeiros no setor saúde nos países desenvolvidos sobre a prática médica da região, resultando numa “influência crescente da lógica e do pensamento econômicos sobre as constantes redefinições do modelo prestador”.

Considerava-se que os modelos de medicina geral ou integral contrariavam os princípios de segmentação de mercado, de diversificação de produto e de especialização, “muito mais funcionais ao mercado”. Assim como a prevenção não conseguia se tornar uma prática competitiva quando comparada à prestação de serviços de tratamento e cura, de demanda inelástica e de alta rentabilidade.

“Num balanço dos últimos quinze anos, observa-se que enquanto a APS e o direito à saúde foram bem-sucedidos na construção do discurso sanitário e produziram alguns avanços na situação de saúde, o Complexo Médico-Industrial, sem discursos, teve um êxito muito maior em suas realizações, entre outras coisas, na reconfiguração da prática médica.”

Registravam-se também as mudanças sofridas pela prática médica, em função do processo de desenvolvimento científico e tecnológico. Mudanças na relação médico-paciente, as influências de terceiros nas decisões sobre

processos de tratamento e diagnóstico e o risco de ruptura da unicidade profissional dos médicos foram também apontados, ao lado do registro de que “a modalidade liberal de prática médica continua emulando e sendo ponto de referência para a maioria desses profissionais, que não percebem a rápida perda de graus de autonomia em sua prática”.

A necessidade de haver uma reconsideração a respeito da base científica da medicina foi também indicada, considerando que “o objeto de estudo das faculdades de medicina é o ser humano em sua integralidade biológica social indivisível, motivo pelo qual deve-se superar a concepção estreita que atribui o caráter científico em saúde unicamente ao clínico-biológico. Essa visão cria um falso dilema entre ciências naturais e sociais e impede a articulação de saberes distintos, restringindo a compreensão e a ação coordenada e interdisciplinar frente à problemática de saúde da população”.

“As ciências sociais devem constituir um dos eixos articuladores do processo educativo, incorporando-se em cada um dos níveis da carreira para apoiar a explicação integral dos fenômenos e determinantes do processo saúde-doença, individual e coletivo.”

Considerava-se que o eixo articulador fundamental da educação médica deveria ser a interdisciplinaridade, pois “a formação interdisciplinar permite uma explicação científico-técnica integral e profunda da problemática da saúde, já que se desenvolvem as distintas perspectivas das diferentes disciplinas e se apresentam as possíveis alternativas de solução e de intervenção em conjunto, enquanto se abre espaço para a investigação e a produção coletiva de conhecimentos”.

Sugeria-se a problematização como a metodologia pedagógica mais adequada para ser utilizada no contexto da saúde, já que possibilitava enfatizar a reflexão e a análise dos problemas de saúde desde muitas perspectivas e em toda sua complexidade.

Dizia também que “a superação da contradição entre a formação de especialistas e generalistas no contexto da medicina moderna obrigará a educação médica a enfrentar criticamente a determinação tecnológica do critério médico de qualidade, que afeta tanto a ética como a equidade. (...) Será necessário continuar formando melhores especialistas ao mesmo tempo em que se resgata e fortalece a formação geral ao nível da graduação, reposicionando o generalista na equipe de saúde e promovendo seu papel e estima sociais”.

Finalmente foi destacado o fato de que “os problemas que conformam os objetos de estudo, a forma e o lugar em que os alunos são expostos a eles e as abordagens desenvolvidas devem ser repensados para valorizar o caráter científico, a utilidade prática do saber e das intervenções sociais e contextualizar a utilidade do trabalho médico clínico individual frente ao trabalho da saúde pública e de outras ciências”. Esta integração se daria no trabalho e na prática frente a problemas reais, através da participação em atividades de investigação/docência/assistência interdisciplinares.

Apesar da intensa preparação que houve na América Latina para a participação em Edinburgh, não há registro de que tenha existido durante a Conferência uma intervenção clara na defesa das idéias contidas no documento de posicionamento latino-americano.

O documento final da II Conferência de Edinburgh (ORGANIZACIÓN, 1994b) apontava como importantes os seguintes problemas: “as expectativas públicas a respeito da medicina são muito altas. A demanda por serviços de saúde aumentará a partir do processo democrático que se está implantando em muitas partes do mundo. O papel tradicional do médico como um curador, associado a avanços drásticos na ciência biomédica, tem criado uma demanda maior dos serviços.”

Indicava que o contexto em que o médico trabalha vem sofrendo um processo de transformação com dinâmica própria e que envolve problemas complexos tais como:

- alteração de padrões de demografia, morbidade e mortalidade;
- incapacidade dos médicos de monitorar as implicações de custo de suas decisões clínicas;
- incapacidade dos serviços de saúde de atender aos mais necessitados;
- elevação infinita dos custos;
- a medicina sendo tratada como mero comércio pelas forças de mercado na área da saúde;
- formação de especialistas além do necessário, enquanto clínicos gerais não estão disponíveis;
- a prevenção mínima das doenças;
- abalo da visão do médico como guardião da saúde e companheiro durante as horas de sofrimento.

“Diante destas mudanças e críticas, onde fica a educação médica e qual é a posição de seus guardiões, as universidades? O paradoxo é que apesar destas críticas, tem havido importantes mudanças tanto na ciência quanto na qualidade da medicina e da educação médica. Novos con-

ceitos essenciais para a promoção da saúde e do tratamento das doenças têm sido incorporados aos currículos. Métodos mais efetivos de ensino têm surgido. A educação médica tem ido além dos grupos acadêmicos e chegado às realidades sociais onde as necessidades de saúde são maiores. Porém este grande progresso tem sido excessivamente fragmentado, tem deixado muitas escolas médicas de lado e não tem conseguido desenvolver a massa crítica necessária para consolidar essas mudanças.”

Identificavam-se os seguintes desafios: “entre os maiores desafios da profissão médica está a transição da saúde (...). As populações estão envelhecendo. (...) O câncer, doenças cardiovasculares e diabetes são as doenças que mais matam tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. O custo do tratamento e controle persistente das doenças crônicas é maior do que o custo do tratamento e cura das infecções agudas. O conhecimento sobre infecções e desnutrição tem avançado além de sua aplicação.”

Indicava-se também que os sistemas de atenção à saúde seriam imperfeitos e que “o descontentamento da sociedade com os altos custos, a baixa qualidade real ou percebida e a falta de acesso aos serviços é gritante e impõe aos governos que tomem medidas a respeito.”

Haveria um desequilíbrio na formação e distribuição de especialistas e clínicos gerais. Nos países desenvolvidos, em particular, “o público prefere consultar especialistas, mesmo com queixas corriqueiras”. A sociedade não pode sustentar essa situação - e nem deveria. Ao mesmo tempo, indicou-se que “os clínicos gerais permanecem subempregados em busca de qualificação em nível de pós-graduação ou então emigram. Os especialistas provavelmente não se estabelecerão em áreas deprimidas. Um médico de família bem treinado frequentemente não é visto como alguém que tenha feito um treinamento “especial”, mesmo que tenha os mais relevantes certificados de pós-graduação.(...)”

Indicava-se que a sociedade sabidamente havia investido maciçamente na pesquisa médica, em função de seus resultados surpreendentes e de grande impacto, mas que seria importante naquele momento começar a dar mais atenção aos seus custos, à aplicação das descobertas e aos fatores éticos envolvidos .

Propuseram-se as seguintes respostas da educação médica em relação a todos os problemas indicados: “Os médicos devem promover a saúde, evitar e tratar a doença e reabilitar o doente de maneira ética e amorosa. Cada

vez mais eles devem fazer isso sem restrição de recursos. Os médicos devem também ser melhores fornecedores de cuidados básicos de saúde; comunicadores, pensadores críticos, motivados para aprender durante toda a vida, especialistas da informação, praticantes da economia aplicada, da sociologia, da antropologia, epidemiologia e medicina comportamental, administradores de uma equipe de saúde e advogados da comunidade.”

As recomendações da Conferência foram as seguintes:

- os ministérios da saúde e da educação, as instituições de formação deveriam unir suas forças para assegurar coerência entre formação e utilização de pessoal; necessidade de planejamento de recursos humanos;
- necessidade de haver formulação de políticas que promovessem o equilíbrio e a correta distribuição de especialistas e generalistas;
- estabelecer uma política institucional em apoio à escola médica;
- estabelecer critérios claros, socialmente justos para a admissão nas escolas médicas;
- as escolas de medicina deveriam se envolver mais com os sistemas de saúde, assim como com a educação permanente dos profissionais dos serviços;
- deveriam propiciar aos estudantes modelos alternativos de cuidados à saúde e criar mecanismos para haver participação da comunidade no processo de educação médica;
- preparar melhor os estudantes para o processo de comunicação com os pacientes e com o público;
- criar maior espaço para a participação dos pacientes em seu processo de tratamento; democratizar a relação médico-paciente;
- criar compromisso das escolas médicas com a saúde de populações específicas, de modo que o processo de formação estivesse articulado com o contexto social e a realidade epidemiológica;
- necessidade de promover pesquisas relevantes e preparar os profissionais para enfrentar a transição epidemiológica;
- ampliar a educação médica no sentido de ela ser integral, holística e envolver um espectro mais amplo de conhecimentos;
- diversificar os cenários de aprendizagem;
- melhorar a capacitação pedagógica dos professores de medicina e estabelecer novas estratégias e métodos de aprendizagem;
- possibilitar a participação dos estudantes no planejamento e avaliação da educação médica;
- articular mais claramente o método científico na formação clínica durante a graduação;
- reforçar a base ética da educação médica;
- criar novas opções curriculares para resolver o problema da sobrecarga de informações;
- articular mais claramente o ensino de pós-graduação médica com o contexto social e as necessidades dos sistemas de saúde;
- estabelecer mecanismos para viabilizar a educação médica continuada e a aprendizagem duradoura;
- introduzir processos de educação multiprofissional.

Nas páginas anteriores foi possível observar que vários dos temas relevantes para a mudança da educação médica já estavam anunciados, de maneira preliminar na I Conferência e de maneira mais elaborada na segunda reunião de Edinburgh. Articulação das escolas com o sistema de saúde, diversificação dos cenários de prática, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, transformação da avaliação, identificação dos temas relevantes para a formação geral, investimento na formação docente, valorização da docência, políticas de educação permanente dos profissionais, políticas de regulação em relação à abertura de cursos de graduação e de oportunidades de especialização, valorização das especialidades generalistas entre outras.

Importante ressaltar que a compreensão e a elaboração em torno desses temas e da complexidade envolvida em sua implementação avançaram muito nesses quase 20 anos de experimentação e reflexão. Além do mais, mesmo sendo produto de debates amplos e de consensos internacionais, sua concretização não tem sido fácil, nem tranquila. O resgate destes documentos históricos talvez até possa ser útil no trabalho infinito de convencimento que se tem que fazer dentro das escolas.

Mais importante, no entanto, é destacar e discutir algumas questões polêmicas presentes nos debates preparatórios e nas próprias conferências. A primeira que vale destacar porque continua marcante em diversas políticas e iniciativas governamentais é o caráter racionalizador e, em certos casos, discriminatório envolvido na decisão de indicar a necessidade de mudanças.

Racionalizador porque é eminentemente econômica a preocupação com a lógica de organização dos serviços, da atenção à saúde e com a lógica que preside a formação dos médicos. Excludente porque indicam claramente para os países em desenvolvimento a formação de médicos “menos científicos”, “mais voltados para o exercício da profissão nos cenários de maior carência”. Muito embora

se diga necessária maior valorização dos médicos generalistas, é evidente que se considera que a prática geral e atenção primária como práticas simplificadas, que poderiam até não ser exercidas pelos médicos!!

Médicos menos sofisticados para exercer medicina simplificada para a população com escassos recursos. – um precursor da “cesta básica” de anos mais recentes. Idéia que segue presente no debate acerca da necessidade ou não de oferecer a oportunidade de Residência Médica para o conjunto dos estudantes de medicina.

Ora, atenção integral e de qualidade à saúde na atenção básica, com efetividade para resolver problemas de saúde, requer qualificação para além da graduação médica, requer equipe multiprofissional e requer equipe matricial de apoio. Aliás, em todos os países desenvolvidos que adotaram estratégias universais de atenção primária à saúde como principal porta de entrada para o sistema de saúde, a medicina geral ou de família requer especialização específica. Já os arranjos em relação ao apoio especializado e à equipe multiprofissional são mais variados.

Interessante notar que a formulação da época da I Conferência vinculava o caráter científico da formação e a tendência à especialização à orientação e ênfase das disciplinas básicas. Havia, então, não somente uma dicotomia entre ciências biológicas e ciências sociais (com a desvalorização das segundas), mas também um questionamento sobre o caráter científico da própria formação clínica.

Ressalte-se que a integralidade da atenção à saúde não fazia parte dos supostos que iluminavam as propostas de Edinburgh e da própria OPAS em sua argumentação. Integralidade, ampliação da capacidade de cuidado, novas tecnologias (relacionais) para o trabalho em saúde não faziam parte do repertório nem mesmo quando da segunda conferência. Tratava-se, efetivamente, de ampliar a racionalidade (científica e econômica) das práticas, ampliando o peso da epidemiologia (e da economia) na tomada das decisões clínicas.

Finalmente, para concluir, destacar que se as mudanças na formação estavam anunciadas e houve dificuldade para fazê-las avançar, o mesmo ocorreu em relação à organização da atenção e às práticas de saúde.

A proposta de racionalizar a utilização de recursos para aproximar-se de algum grau de equidade em saúde não teve potência “para além do discurso” – como menciona o documento da OPAS. Somente em anos mais recentes, com a entrada em cena do capital financeiro, em franca disputa com o capital industrial pela hegemonia da acumu-

lação capitalista no setor, é que as práticas de promoção e prevenção (e algum grau de integralidade) entraram para o repertório oficial por meio da Atenção Gerenciada.

Vivemos novamente, portanto, momentos de disputa. Há os que não querem mudar a formação (pois estão vinculados aos interesses privilegiados pela maneira de fazer saúde com base nos equipamentos e nos procedimentos) e há os que querem mudar – uns buscando a integralidade e a equidade e outros buscando uma nova racionalidade econômica.

Vale aprofundar o debate!

Bibliografia

- Associação Brasileira de Educação Médica. **Preparação do Médico Geral**. Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, no. 11, 1986a.
- Associação Brasileira de Educação Médica. Conferência Mundial de Educação Médica: 6 temas principais para as reuniões nacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 10(3): 157-69, 1986b.
- Chaves, M & Rosa, A.R (org). **Educação Médica nas Américas: o desafio dos anos 90**. São Paulo: Cortez Editora, 1990.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Princípios básicos para o desenvolvimento da educação médica na América Latina e no Caribe, **Educación Médica y Salud**, 10(2): 109-39, 1976.
- Organização Pan-Americana da Saúde. As recomendações da II Conferência Mundial de Educação Médica. In: **Contribuições sobre a gestão de qualidade em educação médica**. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, no. 7, p.17-32, 1994b.
- Organização Pan-Americana da Saúde. As transformações da profissão médica e a sua influência sobre a educação médica. In: **Contribuições sobre a gestão de qualidade em educação médica**. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, no. 7, p.1-15, 1994a.
- World Federation of Medical Education. **World Conference on Medical Education Report**, Edinburgh, 1988.

* Médica, especialista em Clínica Médica e Administração de Serviços de Saúde, mestre e doutora em Saúde Pública, pesquisadora da área de formação de profissionais de saúde, professor adjunto da Universidade Federal Fluminense, Departamento de Planejamento em Saúde, professora colaboradora da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Pós-Graduação de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A FORMAÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA - CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

José Roberto Ferreira *

INTRODUÇÃO

A ação médica caracterizou-se em toda a sua existência – e até relativamente pouco tempo (final do século 19) – por uma abordagem geral, vista, na realidade, como de baixa efetividade e na qual o médico gozava menos prestígio na sociedade que nos dias de hoje.

A diferenciação desse padrão tradicional ocorreu a partir do desenvolvimento da pesquisa biomédica, com a incorporação crescente de tecnologias. Esse esforço se consolidou a partir dos primeiros anos do século 20, quando o famoso relatório Flexner¹, ao criticar a medicina de então, obteve grande repercussão e favoreceu o processo que levou à expansão da medicina especializada. Exageram, entretanto, os que condenam o relatório, por não levarem em conta o contexto em que foi escrito. Na época, havia grande deficiência na medicina, e o relatório promoveu seu aperfeiçoamento e o reforço das especialidades, que eram e continuam a ser necessárias. A distorção que pode ter resultado das propostas de Flexner se deveu em grande parte à progressão descontrolada das mudanças propostas, resultantes da expansão do complexo médico-hospitalar e do interesse dos próprios médicos em auferir as vantagens que o novo modelo oferecia. Concomitantemente, difundiu-se o uso dos hospitais e, neles, a criação das residências, inicialmente propostas como forma de assegurar o cuidado continuado, mesmo fora das horas de expediente regular, porém logo adotadas como estágio ideal para a formação de especialistas.

Com as duas grandes guerras, mais especificamente com a segunda, acelerou-se o desenvolvimento de uma medicina mais intervencionista, e surgiram recursos técnicos sofisticados, com grande ampliação do arsenal terapêutico.

No pós-guerra imediato, essa situação, já solidamente implantada na maioria dos países centrais, foi transferida a outras regiões, inclusive a países menos desenvolvidos. E tudo isto a um custo crescente, superior ao que a sociedade e o próprio Estado podiam suportar, em países nos quais o cuidado de saúde da população era exercido predominantemente pelo Estado. Uma exceção foi observada na Inglaterra, onde a criação do Serviço Nacional de Saúde (NHS), em 1948, reforçou a utilização do *general practitioner* (GP) e serviu de estímulo a uma cobertura mais ampla dos serviços de saúde, com os médicos atendendo a grande maioria das doenças e cobrindo, provavelmente, mais de 95% dos casos.

Entretanto, na maioria das situações, ocorreu uma progressiva redução da procura pela medicina geral, tanto por parte da população, que depositava maior confiança na capacidade técnica do especialista, como por parte dos próprios profissionais, que viam na especialização uma possibilidade maior de solução de problemas de saúde e, com isto, o logro de maior prestígio social e melhores ganhos. Os médicos, agora especialistas, cobriam um campo de conhecimento e prática mais delimitado, se concentravam no atendimento hospitalar, contavam com o apoio da infra-estrutura institucional, se liberavam do atendimento a qualquer hora, resguardando o tempo destinado à clínica privada e a seus momentos de lazer, e, além disso, auferiam melhores proventos. Thomas Hall, que orientou estudos de recursos humanos realizados no Chile² e no Peru³, sublinhava que “o ingresso econômico era provavelmente o fator mais importante na escolha, por parte do médico, entre se dedicar a uma especialidade ou à prática geral”.

UM SÉCULO DE QUEDA E RESSURGIMENTO DO GENERALISTA

Não tardou, entretanto, para que também surgissem os aspectos negativos desse tipo de prática, à custa de uma segmentação maior do processo assistencial, quando – e cada vez com maior frequência – era necessário mais de um especialista para tratar mais de uma patologia apresentada pelo mesmo paciente ou se observava uma perda relativa da relação médico-paciente, a falta de uma visão de conjunto da situação do paciente e de seu entorno social, a priorização da doença e não do doente, e certo grau de mercantilismo, com uma progressiva exclusão da população mais carente, que não conseguia ser atendida nos serviços públicos e não podia pagar os honorários da clínica privada. Nos tempos de Flexner, o público valorizava pouco a medicina, por sua baixa capacidade resolutive. Porém, algumas décadas depois, passou a se preocupar por não poder usufruir, em função do alto custo, de algo que passou a reconhecer como de grande valor para a solução de seus problemas de saúde – às vezes até supervalorizando esse recurso médico, que, em determinadas situações, podia parecer quase milagroso.

A reação a este estado de coisas, registrada em um número crescente de estudos na segunda metade do século 20 – primeiramente no mundo desenvolvido e depois com maior ênfase na América Latina – levou a várias tentativas de recuperação de uma prática mais geral, evitando-se, contudo, aplicar este nome. Assim, em 1952, promoveu-se nos Estados Unidos uma reunião em Colorado Springs, seguida de outras em Tehuacan (México, 1955) e Viña del Mar (Chile, 1956), para tratar de ampliar a formação em medicina preventiva e estimular uma abordagem mais integral. Em 1961, Kerr White⁴, um médico canadense, professor da Universidade de John's Hopkins, publicou um estudo sobre a utilização de serviços médicos, no qual mostrou, com seu famoso “cubo”, que, num grupo de mil pessoas, no período de um mês, 250 procuraram cuidado médico; destas, nove chegaram a ser hospitalizadas, mas somente uma necessitava atenção de alta especialização num hospital universitário. A partir dessa demonstração, chamava a atenção para o fato de que só este tipo de caso isolado, que demandava cuidados de maior complexidade, chegaria ao conhecimento do estudante de medicina, encerrado entre as quatro paredes de um hospital “**quaternário**” [ênfase nossa], perdendo, assim, uma visão de conjunto do binômio saúde-doença na sociedade.

Pouco antes, em 1950, a Associação Médica Americana (AMA) promoveu um estudo sobre a prática geral, que resultou na publicação em 1955 do Relatório Sawyer, que propôs a expansão do treinamento do *general practitioner* (GP) e levou à criação da primeira residência para formação desse tipo de profissional (1960). Paralelamente, a Associação Americana de Colégios Médicos (AAMC) convocava grupos de consulta de alto nível para estudarem o assunto, o que levou à produção dos relatórios de Millis (1966) e Willard (1966), que enfatizaram a necessidade de reviver, definir e valorizar a formação e prática do médico generalista, orientado ao atendimento de famílias⁵. Esta prática foi, finalmente, consolidada após a criação do Conselho de Prática de Família^{**} (1969), que levou à transformação definitiva do GP em médico de família (de pós-graduação), com a criação da Academia Americana de Médicos de Família em 1971.

É, também, dessa época a proposta do paradigma conhecido como de Leavell Clark⁶, que, na prevenção primária, secundária e terciária, cobria toda a história natural da enfermidade e foi adotado amplamente, sobretudo na área da medicina preventiva, de certa forma representando o interesse “não explicitado” do médico de manter sua hegemonia sobre toda a saúde ou – como dizia Sergio Arouca⁷, em sua magnífica tese sobre o dilema preventivista – era “uma leitura liberal do custo crescente da atenção médica, mantendo o poder médico”. É interessante destacar que a medicina preventiva, embora não tenha alcançado induzir a prática da atenção básica, pelo menos teve o mérito, na América Latina, de promover a pesquisa nessa área, o que não ocorria nas escolas de Saúde Pública, as quais, dependendo dos Ministérios de Saúde, não tinham tradição acadêmica.

Introduziu-se depois a prática dos programas extramuros, primeiro nos Estados Unidos (Western Reserve e Cornell) e depois na América Latina, onde se difundiu rapidamente. Juan César Garcia⁸, em seu estudo sobre a educação médica na América Latina realizado entre 1966 e 1969, indicava que 45% das escolas já haviam adotado algum tipo de programa extramuro, que se realizava fora do ambiente hospitalar com os objetivos de estudar e participar de práticas assistenciais em nível da comunidade. Em nosso meio, os dois primeiros desses programas foram os de Ribeirão Preto (Pedreira de Freitas) e Cáli, na Colômbia (Santiago Renjifo). A partir deles, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) promoveu uma série de seminários itinerantes com professores de outras

escolas, o que contribuiu para a adoção de programas semelhantes em toda a região.

O Serviço Social, implantado na maioria dos países da América Latina há vários anos, foi outra das estratégias pensadas como indutora de uma prática geral. Por meio dela, médicos recém-formados realizavam estágios de seis meses a um ano em zonas carentes do interior dos países, proporcionando atenção primária e estendendo a cobertura a comunidades carentes. O resultado destas experiências é hoje questionado, tendo em vista a falta de supervisão e apoio tanto por parte das universidades como dos Serviços de Saúde e, ainda, porque não se logrou fixar esses médicos com uma dedicação de longo prazo à causa da prática geral. O excesso de médicos também vem distorcendo o propósito original do programa, por não ser possível contar com postos de trabalho para todos os egressos, cujo número vem crescendo continuamente.

Em 1957, a Primeira Conferência de Faculdades de Medicina Latino-Americanas, realizada no México, indicava que “o objetivo imediato do ensino médico era formar médicos de preparação básica integral”. A Universidade do Chile, em sua declaração de princípios, adotou como objetivo fundamental: “Contribuir para a formação de médicos básicos, indiferenciados, não especializados, de acordo com as necessidades do país”. Desde então, esta idéia prevaleceu em todas as reuniões sobre Educação Médica, em nível nacional e internacional, promovendo a formação do médico. A criação das Associações de Escolas Médicas nos países de toda a América Latina e a integração de todas elas na Federação Pan-Americana de Faculdades de Medicina (Fepafem), constituída em 1966, resultaram numa nova força em apoio da proposta de retomada da formação geral dos médicos, em nível de graduação.

Na América Latina, uma variante dos programas extramuros consistiu na introdução da “integração docente-assistencial”, que representava a oportunidade de exposição dos alunos de Medicina aos vários níveis de atuação dos Serviços de Saúde, tratando de superar o inconveniente demonstrado por Kerr White, de se restringir o aprendizado a patologias de grande complexidade. Várias instituições da região adotaram tal estratégia, embora nem todas da forma mais adequada. Em alguns casos, essa integração se dava numa disciplina isolada (pediatria, medicina preventiva, por exemplo) e em outros se desenvolvia com maior amplitude, porém predominantemente em ambiente hospitalar, perdendo, assim, os componentes ambulatoriais e comunitários da atenção.

É importante observar, também, na avaliação das dificuldades encontradas:

o fato de que os professores eram especialistas, e seu ensino entrava em conflito com as metas traçadas, ao mesmo tempo em que os estudantes, pressionados pelo mercado de trabalho, se inclinavam, prematuramente, a uma especialidade, num contexto em que as de maior prestígio atraíam um número maior de postulantes e, sobretudo, os mais bem preparados. Esta situação tornou-se mais complexa quando o Seguro Social tratava de expandir a cobertura aos grupos menos privilegiados, surgindo com isto uma demanda de maior quantidade de médicos gerais⁸.

No México, talvez pela proximidade com os Estados Unidos, que já vinham promovendo esta prática, o Sistema de Seguro Social se decidiu pela criação da residência em Medicina Familiar. Em Cuba, introduziu-se na década de 1970 a idéia do médico geral-integral, com uma orientação distinta da do médico de família anglo-saxão, e este modelo chegou a ter alguma influência em outros países latino-americanos (Equador, Brasil).

Em 1978, a OMS e o Unicef promoveram a famosa Conferência de Alma-Ata⁹, cuja Declaração, que propugnava pela “Saúde para Todos até o Ano 2000”, foi aprovada por 134 governos e estabeleceu que a Atenção Primária de Saúde é “a assistência sanitária ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, por meios que lhes sejam aceitáveis, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar”. Indicou, ainda, que esta atenção se baseia na utilização de “pessoal de saúde, com inclusão, segundo proceda, de médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e trabalhadores da comunidade, à medida que se necessitem, com a capacitação devida nos aspectos sociais e técnicos, para trabalhar com a equipe de saúde e atender as necessidades expressas da comunidade”.

No ano seguinte, por iniciativa conjunta da Opas e da Organização Mundial da Saúde (OMS), criou-se o Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health (NCEIH), inicialmente com a participação de 12 escolas médicas selecionadas, tendo em vista a promoção nessas instituições – que hoje já somam mais de 50 – da relevância da educação de pessoal de saúde para as necessidades da comunidade. Por sua vez, a Federação Mundial de Educação Médica (WFME) realizou duas Cúpulas Mundiais, respectivamente em 1988 e 1993¹⁰, nas quais se questionou a desproporção entre especialistas e genera-

listas, outra vez enfatizando a formação destes últimos. Para dar uma idéia da evolução dessa desproporção, pode-se tomar um dos poucos dados estatísticos disponíveis, referentes aos Estados Unidos, que contavam com cerca de 50% de seus médicos em prática geral em 1960 e tiveram esta proporção reduzida para 14,6% em 1991. Na América Latina, em 1972 havia uma média de 33,8% de médicos gerais, variando de cerca de 9%, na Argentina, a 70%, no México.

A maior ênfase no resgate do médico dedicado à atenção primária ocorre nas décadas de 1980 e 1990, quando se intensifica o debate público sobre os gastos excessivos (e em crescimento continuado) e a iniquidade do sistema de serviços de saúde, desencadeando-se os movimentos de reforma setorial. A escalada dos custos médicos e a existência de importantes contingentes populacionais não segurados, associadas a índices de saúde inferiores aos de outros países desenvolvidos, resultaram na expansão dos debates nesse campo, nos Estados Unidos. Daí o estabelecimento de uma força-tarefa presidencial para estudar a Reforma da Atenção de Saúde, que ressaltou a importância do cuidado primário como base para o uso mais eficiente dos recursos nessa área. A partir de então, ampliou-se o mercado de trabalho para o médico generalista e passou-se a considerar a possibilidade de reconversão dos especialistas, que já enfrentavam menor demanda de empregos.

UMA TENTATIVA BRASILEIRA DE RESGATE DA MEDICINA GERAL

Entre nós, no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária e a Constituição de 1988, por ele influenciada no que se refere à saúde, levaram à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que introduziu uma ampla descentralização e participação social, numa proposta que talvez seja a que mais se aproximou da Declaração de Alma-Ata em todo o mundo (embora o Brasil tenha sido um dos poucos países que não participou daquela Conferência). Nesse contexto, a partir de 1994, introduziu-se o Programa de Saúde da Família (PSF), que contava com uma equipe inicialmente formada por médico, enfermeiras e agente de saúde. Para a capacitação desses médicos, foram estabelecidos pólos de treinamento em faculdades de Medicina selecionadas, que oferecem cursos curtos de orientação antes da incorporação desses profissionais à equipe de Saúde da Família. O número dessas equipes já integradas à prática dos serviços de saúde se expandiu com relativa rapidez e alcançou cerca de 30 mil equipes. A grande divulgação desse programa nos exime de analisá-lo aqui em maior detalhe.

Apesar de toda a promoção descrita e das ações que foi possível implementar, pode-se dizer que ainda não foi superado o conflito de interesses gerado pela grande ambivalência da Educação Médica, que se propõe formar generalistas e termina produzindo especialistas, fato que vem retardando a possibilidade de capacitação dos médicos que integram as equipes do PSF ainda no nível de graduação. Após mais de três décadas dedicadas ao tema, confesso ter assumido que, em definitivo, não seria possível lograr uma mudança do currículo médico que levasse à transformação almejada.

Entretanto, nos primeiros anos deste novo século, uma nova iniciativa de que participamos parece permitir um movimento mais sólido em favor da transformação do ensino médico, com vistas a formar um médico generalista. Trata-se do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed)¹¹, estabelecido pelo Ministério da Saúde para fazer frente à necessidade de um novo profissional que possa se ajustar mais facilmente às equipes de Saúde da Família. Desde logo, uma premissa já estava estabelecida: a prática médica vigente (PSF) estava preparada para justificar uma formação médica orientada à atenção primária, oferecendo um mercado de trabalho para a imediata absorção dos graduandos. Faltava encontrar os elementos táticos que permitissem ajustar o processo de ensino-aprendizagem a este novo objetivo final.

Tomando elementos de uma iniciativa que havíamos divulgado em 1988¹², primariamente destinada à avaliação institucional, aproveitamos de sua estrutura apenas uma das quatro categorias propostas no modelo original – a função –, deixando de lado as demais (contexto, estrutura e integralidade); na categoria escolhida, utilizamos seus três atributos: conteúdo programático, cenários de prática e orientação pedagógica¹³.

Na análise desses elementos, podemos dar-nos conta da ambigüidade que cerca a própria concepção de atenção primária da saúde, principal foco do médico generalista. Certamente, a aclaração desse conceito é fundamental para poder-se avançar na reorientação da Educação Médica. O cuidado primário apresenta distintas acepções, que podem estar relacionadas a um tipo de profissional (médico de família, por exemplo); ao domínio de um campo de atuação (primeiros socorros ou porta de entrada do sistema); a uma filosofia de cuidado (promoção da saúde); ou a um instrumento de mudança (reorientação do modelo social de práticas de saúde). Ainda, para o paciente, a atenção primária pode significar a entrega de serviços por quem o conheça bem, com um cuidado integral por tempo prolongado. Neste caso, o importante é lograr um equilíbrio entre a prática

social e a prática médica, procurando, no contexto da atenção primária, enfatizar os determinantes da saúde, analisando em toda a sua amplitude o binômio saúde-enfermidade sem se preocupar com a exaustividade temática, mas, sim, com uma abordagem interdisciplinar, que articule promoção, prevenção e tratamento, enfatizando mais a relevância do que somente a excelência técnica e procurando assegurar a equidade e a efetividade das ações.

Na segunda categoria, relativa aos cenários de práticas, a ênfase seria na utilização de espaços diversificados, que, na medida do possível, exponham os alunos à realidade que os serviços enfrentam em toda a sua extensão. Como já destacamos, o hospital universitário, que recebe por mês não mais que um enfermo entre cada mil pessoas de determinada comunidade, seria mais apropriado à formação de especialistas do que a formar o tipo de médico generalista que se está buscando. Obviamente, esta exposição a cenários representativos da realidade não pode estar limitada a algum setor de vanguarda da escola ou do curso médico, mas deve estar relacionada a toda a etapa clínica do aprendizado, utilizando a atenção no nível da comunidade, incluindo toda a amplitude de uma Região ou Distrito Sanitário, com os serviços ambulatoriais e os hospitais comunitários, desenvolvendo-se por progressão nos vários níveis de atenção.

Finalmente, a orientação pedagógica, embora com menos potencial para influenciar a mudança, pode também apoiá-la ao centrar o processo de aprendizagem na prática corrente, numa progressão de complexidade crescente, utilizando amplamente a metodologia de aprendizagem baseada em problemas (captados na rotina das ações de atenção primária). Esta orientação pode ser reforçada com uma interação básico-clínica maior, que permite compreender mais facilmente a base científica que explica os fenômenos observados na clínica, ao mesmo tempo em que assegura maior familiarização com o método científico, mesmo no contexto da atenção primária.

Com a combinação destes três ingredientes, um número significativo de faculdades brasileiras (praticamente 50% das existentes), em resposta a uma chamada do Ministério da Saúde, elaborou projetos de reorientação de seus programas de formação médica. Das propostas apresentadas, de excelente qualidade, foi possível selecionar as 20 melhores e admitir, *a priori*, que os enfoques adotados têm grande chance de promover a formação de médicos generalistas que possam, de imediato, após a graduação, integrar-se às equipes do PSF, liderando as ações de atenção primária da saúde. Entretanto, o alcance dessa primeira ação não é suficiente para avaliar o potencial dessa estratégia para

reorientar o tipo de prática dos novos médicos. Somente uma observação de longo prazo poderá demonstrar a real capacidade do método para formar médicos decididos a se dedicarem à atenção primária de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York (US): The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
2. Chile. Ministerio de Salud Publica. *Recursos Humanos de Salud*. Santiago (CL): Servicio Nacional de Salud; 1970.
3. Peru. Ministerio de Salud Publica. *Recursos Humanos de Salud*. Lima (PE): Ministerio de Salud Publica; 1967.
4. White KL, Willians TF, Greenberg BG. *The Ecology of Medical care*. *N England J Med*. 1961; 265: 885.
5. Fitzhugh M. *Big Doctoring in America – Profiles in Primary Care*. California (US): Milbank Books on Health and the Public; [s.d.].
6. Leavell HR, Clark E. *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*. New York (US): McGraw-Hill Book; 1965.
7. Arouca, S. *O Dilema Preventivista – Editora FIOCRUZ*, 2005.
8. Garcia JC. *La Educación Médica en la América Latina*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 1972. (Publicación científica, 255).
9. OMS, UNICEF. *Alma-Ata 1978 – Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS; 1978.
10. World Federation of Medical Education. *The Medical profession on Evolution – World Summit on Medical Education*, Edinburgh, 1993.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Organização Panamericana da Saúde. PROMED – Programa de Incentivo à Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina*. Edital de Convocação. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2002.
12. Ferreira JR e cols. *El Analisis Prospectivo de la Educación Médica en América Latina*. *Educ Med Salud*. Jul.-sept.1988; 22(3).
13. Campos FE, Ferreira JR, Feuerweker L, Sena RP, Campos JJB, Cordeiro H, Cordoni Junior L. *Caminhos para aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica*. *Rev. Bras. Educ. Méd*. 2001; 25(2)53-59.

* Coordenação de Cooperação Internacional, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

** American Board of Family Practice, posteriormente denominada American Board of Family Physicians.

ENSINO BASEADO EM PESSOAS - A EXPERIÊNCIA DA MUDANÇA CURRICULAR DE 1974 REALIZADA PELA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG

Geraldo Cunha Cury * Elza Machado de Melo **

INTRODUÇÃO

Em 1974, a Faculdade de Medicina da UFMG inicia uma mudança histórica na Educação Médica no Brasil. Foi instituído o ensino ambulatorial da semiologia, em que estudantes do sexto período do curso médico iniciam o aprendizado da semiologia nos ambulatórios do Hospital das Clínicas da UFMG e nos ambulatórios periféricos da prefeitura de Belo Horizonte. As atividades escolares são ministradas em pequenos grupos de 10 a 12 estudantes por docente. Os grupos de discussão constituem instrumentos fundamentais do aprendizado, em que pessoas com problemas de saúde são tema de problematização. Os estudantes preparam as discussões, e estas se desenvolvem com os colegas e o docente.

O aprender fazendo é a questão pedagógica que impulsiona toda a engrenagem do aprendizado.

O uso do manequim já era proposto e adotado, porém dentro dos limites necessários e precisos, evitando-se que seu uso excessivo distorcesse a visão do aluno. Isto porque se entendeu que manequim não é pessoa e, se usado em demasia, levaria à desumanização da prática discente, pois ocorreria muito mais facilmente a confusão do doente com a doença.

Em 1978, tem início o Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG, experiência fundamental para que o estudante inserido num Sistema Municipal de Saúde pudesse vivenciar a experiência do Sistema de Saúde real, morando e atuando em pequenas cidades da região de Montes Claros, no norte mineiro. A Universidade Federal de Minas Gerais torna-se a partir daí um importante irradiador da integração docente-assistencial. Para entender tamanhas mudanças no ensino médico, é preciso compreender um pouco esta questão.

INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL (IDA)

No plano nacional, a integração docente-assistencial aparece, pela primeira vez, no Documento nº 2 da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura, em 1974. A isto vêm se somar: a XII Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas (Abem), que admite o ensino do internato realizado fora da escola médica, e a grande expansão da assistência médica previdenciária, que tem como consequência o crescimento da rede ambulatorial de assistência¹.

Segundo Campos², o surgimento do modelo de Integração Docente-Assistencial deu-se pela implementação da medicina estatizada no País, que surgiu em consequência da crise do modelo liberal da prática médica:

*Este modelo, o da IDA, nascido de uma idéia racionalizadora que reatualiza a Escola Médica ciclando-a com o serviço, assume por outro lado a perspectiva de colocar em um contato coletivo os estudantes – já não como aprendizes mas como **trabalhadores** em contato com uma população constituída basicamente por trabalhadores. Isto evidentemente longe do rígido controle laboratorial das escolas médicas. [grifo nosso]*

Estranha sina a da medicina preventiva, que, nascendo como fortalecedora do setor privado, contra a intervenção estatal, ao chegar a um país onde encontra um Estado já fortemente interventor, se reformula inteiramente, terminando como proposta que viabiliza esta intervenção estatal².

Chaves³ divide os fundamentos da Integração Docente-Assistencial em dois aspectos:

- assistenciais: princípios epidemiológicos, tecnológicos e organizacionais, chamando a atenção para a possibilidade de maior extensão de cobertura, a custos menores;



Faculdade de Medicina da UFMG



- educacionais: substituição do binômio flexneriano ensino-pesquisa pelo binômio ensino-trabalho, possibilitando “que o estudante viva a realidade do sistema de saúde, percorrendo, no aprendizado, seus diversos níveis.

Em 1976, outros fatores viriam contribuir para o avanço da proposta e de suas idéias: o documento nº 3 do Ministério da Educação e Cultura, que reconhece as dificuldades e distorções existentes na educação médica brasileira, e dois projetos do Ministério da Saúde: o Programa Estratégico de Preparação de Pessoal (PREPPS), que previa a implantação e o funcionamento de dez regiões docente-assistenciais, e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento¹.

No plano internacional, alguns eventos também marcaram a trajetória da Integração Docente-Assistencial.

Em 1977, a Trigesima Assembléia Mundial de Saúde aprovou a resolução WHA 30, 43, que estabeleceu como meta principal para os países participantes o alcance, até o ano 2000, de um grau de saúde para todos os habitantes que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.

Em 1977, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata, Cazaquistão, URSS) reafirmou o proposto na Assembléia Mundial de Saúde do ano anterior.

No Brasil, ao mesmo tempo, ocorreram certos fatos que culminaram com o Programa de Integração Docente-Assistencial, em 1979. No ano anterior, havia sido criada uma Portaria Interministerial que instituiu um grupo de trabalho para estudar a situação dos recursos humanos na área mé-

dica. “O grupo recomendou a tomada de várias medidas estratégicas a fim de promover condições para iniciar, em plano nacional, a criação de distritos docente-assistenciais”.

Em 1982, foi criado o Conselho Consultivo de Reforma Administrativa da Previdência Social (Conasp), por meio do qual foram assentadas as bases para o desenvolvimento dos Sistemas Estaduais de Saúde, voltados para a prestação de serviços básicos, integrando recursos, hierarquizando-os e regionalizando-os, e representados pelo Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS). A área acadêmica poderia se integrar ao programa, mas sua principal função era assistencial, em torno da qual a docência e a investigação poderiam se desenvolver.

Em 1983, a Integração Docente-Assistencial passa a contar com o Programa de Apoio Pedagógico aos Profissionais de Saúde (Papps), desenvolvido pela Fundação W. K. Kellogg e pela Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes).

Para Rodriguez Neto⁴, “é irreal pretender a transformação ou correção das distorções dos serviços de saúde através de reformas pedagógicas como a Integração Docente-Assistencial”.

Mas é o mesmo autor quem nos diz:

(...) não se deve negar à Integração Docente-Assistencial a possibilidade de constituir-se em estratégia, com possibilidades progressistas, no sentido de aproximar a formação dos profissionais de saúde de uma realidade sanitária mais objetiva que a evidenciada desde os hos-

pitais de clínicas (...) sendo necessário, para isso, imprimir um caráter mais politizado à proposta (...) estabelecendo uma integração docência-trabalho⁴.

A implantação do modelo de integração docente-assistencial pressupõe profundas mudanças no currículo médico, que deverá ser estruturado por níveis de atenção médica, constituindo, assim, módulos de ensino, e não por disciplinas especializadas, conforme o modelo flexneriano.

A organização do currículo passa também a ser definida pela organização do sistema de saúde do País, uma vez que a proposta de integração docente-assistencial passa pela integração com o sistema prestador de serviços de saúde.

Dessa forma, a descentralização da atenção médica passa ser a tônica do modelo educacional no contexto de desconcentração de recursos das áreas urbanas e hospitalares, privilegiando-se a universalização da atenção primária como estratégia curricular.

A pesquisa deverá estar intimamente vinculada à docência e à assistência, numa relação circular, uma vez que a produção do conhecimento científico deverá estar voltada para a resolução de problemas postos pela realidade de saúde.

A relação estabelecida entre alunos e professores muda substancialmente neste modelo pedagógico. Ela se torna mais colaborativa e menos hierárquica, uma vez que o eixo do ensino é centrado no trabalho conjunto no ato do atendimento médico e não mais na transmissão de um saber, por aquele que sabe, para aquele que não sabe.

A idéia de separação do ato médico por especialidades é substituída pela idéia de trabalho em equipe multidisciplinar com participação da própria comunidade. "Devemos ensinar ao médico a considerar a comunidade como parte integrante e decisiva da equipe de saúde"⁵.

Finalmente, a educação médica, como concebida no contexto da medicina comunitária, procura resgatar a característica coletiva e social do objeto de prática médica e tenta recompor a dicotomia entre as condutas curativas e preventivas. Portanto, nos currículos de saúde, os conteúdos biológicos e sociais devem ser a matriz: "Os fatores causais das doenças e suas inter-relações devem ser entendidos em todas as suas dimensões: física, biológica e social"⁶.

A implantação desses programas foi permeada por certo otimismo em relação ao papel transformador da escola. Esse otimismo foi reforçado na XXIII Reunião do Conselho Executivo da Organização Pan-Americana de Saúde, em 1974, quando se deu demasiada ênfase à universidade como agente capaz de desenvolver "los planes mejores y más efectivos para la organización y la prestación de la atención médica"⁶.

Todavia, observa-se que o setor educacional não chegou a influir decisivamente no setor saúde, embora os pro-

gramas de integração docente-assistencial possam significar a possibilidade de uma formação mais crítica do estudante, ao confrontá-lo com a própria realidade.

O avanço deste movimento, do ponto de vista da formação médica, em relação ao preventivismo é que a ênfase do ensino se desloca do aluno para a comunidade, possibilitando a apreensão do processo como fenômeno social, ainda que de forma limitada e marginal. Esta limitação e marginalidade são responsáveis pelo também fracasso da medicina comunitária como mecanismo de solução para a inadequação profissional. Espremida nas "brechas" do sistema dominante, atuando sobre as camadas marginalizadas da sociedade e com uma visão ingênua ou instrumental de participação comunitária, a medicina comunitária não conquistou os alunos recém-egressos da escola médica, apesar de certo encanto provocado na intelectualidade do setor. Como saldo positivo, este movimento estabeleceu as bases doutrinárias da Reforma Sanitária brasileira.

É neste contexto, o da medicina comunitária, que em 1978 surge o Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG, objeto desta análise e que incorpora seu ideário: extensão de cobertura da assistência médica e racionalização do ato médico.

Assistimos, na década de 1990, à introdução/expansão do Ensino Baseado em Problemas em nosso país, que traz como grandes novidades muitas das propostas apresentadas em Minas Gerais há mais de 30 anos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Departamento de Assuntos Universitários. Comissão do Ensino Médico. Documento nº 2: ensino médico e instituições de saúde: 1974. Documentos do ensino médico. Brasília (DF): MEC/DAU; 1977. p. 61-93.
2. Campos FE. Integração docente assistencial como prática da educação médica. Rio de Janeiro: UERJ, 1980. 150p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
3. CHAVES MM. Regionalização Docente-Assistencial e Níveis de Assistência. Rev. Adm. Pública. 1977; 11 (3): 69-80
4. Rodriguez Neto E. Integração docente-assistencial. Saúde em Debate. 1981; (11): 45-46.
5. Vidal C. Medicina comunitária: nuevo enfoque de la medicina. Educ Med Salud. 1975; 9(11): 11-46.
6. Brasil. Ministério de Educação e Cultura. Secretaria Ensino Superior. Programa de integração docente assistencial. Brasília (DF): Imprensa da Universidade de Goiás; 1981. 32 p.

* Coordenação do Internato Rural, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

** Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

AS EXPERIÊNCIAS DE ARTICULAÇÃO UNIVERSIDADE-SERVIÇO-SOCIEDADE EM NITERÓI, RJ

Aluisio Gomes da Silva Júnior * Armando Cypriano Pires *
João José Neves Marins * Hugo Coelho Barbosa Tomassini *

Apresenta-se, de forma resumida, as experiências de articulação entre a Universidade Federal Fluminense, em especial no campo da saúde, as instituições de saúde e os Movimentos Sociais na cidade de Niterói-RJ.

Essas experiências, que começaram como projetos docentes-assistenciais, evoluíram através de um processo de construção coletiva da Política de Saúde, no âmbito municipal, alcançando repercussões ao nível regional e nacional.

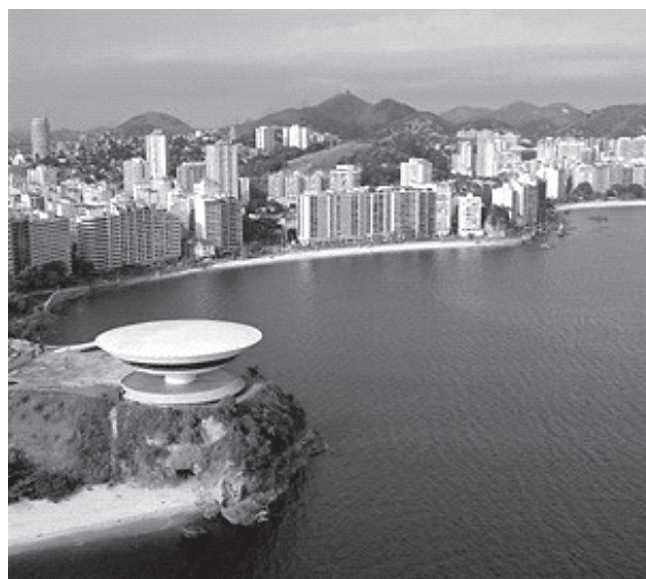
Desde meados da década de 80, as ações vêm sendo financiadas pelas instituições locais (UFF, Fundação Municipal de Saúde de Niterói), não contando com o aporte financeiro externo, o que demonstra um alto grau de institucionalização e continuidade, a despeito das sucessivas crises dos sistemas de Saúde e de Educação Brasileiros.

BREVE HISTÓRICO

O envolvimento da UFF com a sociedade do município de Niterói na área de saúde pode ser evidenciado desde a criação da Faculdade Fluminense de Medicina, em 1926. Docentes e alunos da Faculdade, historicamente, vêm participando das disputas políticas no âmbito local e regional, ocupando cargos públicos de importância e atuando como formuladores das propostas políticas de saúde.

No início, década de 60, o Hospital Municipal Antônio Pedro foi cedido à Universidade passando a atuar como hospital universitário, mantendo porém, suas atribuições como principal hospital público de uma vasta região metropolitana.

Em 1968, com a Reforma Universitária, foi criado o Departamento de Saúde da Comunidade, que adotou como estratégia a articulação com a rede de serviços de saúde, inicialmente no município de São Gonçalo. No início da década de 70, sob influência de movimentos progressistas, se estabeleceu uma articulação com as populações periféricas de



Cidade de Niterói/RJ

Niterói no desenvolvimento de um trabalho interinstitucional que envolvia assistência à saúde e apoio ao movimento popular organizado na comunidade da Vila Ipiranga.

Com a vitória eleitoral da oposição ao regime militar no município, em 1976, são convidados professores envolvidos no projeto de Saúde Comunitária para ocuparem a Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social da cidade.

Projeta-se o primeiro Plano Municipal de Ações de Saúde visando a construção de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, em articulação com o restante da rede estadual e federal que operavam unidades de maior complexidade.

Nota: Artigo publicado na Revista Divulgação em Saúde para Debate, jul/1996 (12): 51-55

No processo de implantação da rede municipal articulou-se o Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil – PISMI, coordenado pela Universidade e financiado pela Fundação W.K. Kellogg. A partir do final da década de 70 as propostas de articulação ensino-serviço foram ampliadas, incorporando os debates sobre currículo médico, reorientação dos Serviços de Saúde e as demandas dos movimentos estudantil e popular.

Em 1981 foi implantado o Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde – PIDAS, envolvendo vários departamentos da Faculdade de Medicina e outras Escolas como Enfermagem, Serviço Social e Nutrição. Este programa desenvolvido em Comunidades e Unidades de Saúde de Niterói e São Gonçalo, serviu de base para o desenvolvimento de novas metodologias de ensino, articuladas às demandas locais, e o desenvolvimento de outras áreas de conhecimento como Engenharia, Educação e outros, numa perspectiva de trabalho intersectorial. Estas ações influenciaram a definição da política de Extensão que passa a incorporar a valorização das Ações de Integração ensino-serviço-sociedade.

Esse programa alia-se, também, ao movimento sanitário de Niterói na construção de uma articulação política ampla voltada para a reformulação do Sistema de Saúde local. Em 1982, surge o Projeto Niterói, pioneiro no desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde, ao nível nacional. No Projeto Niterói, grupos interinstitucionais, desenvolveram ações visando a municipalização dos Serviços, a gestão colegiada, a universalização da atenção, o sistema de referência e contra-referência, a organização das bases de dados, as análises epidemiológicas e o desenvolvimento de programas.

Em 1988, o PIDAS é transformado em um Programa de Capacitação extramural em saúde do Centro de Ciências Médicas da UFF, envolvendo toda área de saúde e algumas escolas de outros centros. Esse programa veio a se construir num grande projeto de extensão na UFF e contou com o financiamento do INAMPS, através do índice Adicional de Valorização por atividades extramurais em saúde – IAV

Ao mesmo tempo, foram dados passos importantes na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS que, em Niterói, foi rapidamente absorvido pelo Sistema Único de Saúde, dado o trabalho anterior do Projeto Niterói. Os projetos de extensão da Universidade aprofundaram a linha de trabalho de assessoria aos Movimentos Sociais.



Hospital Universitário Antônio Pedro

Em 1989, constitui-se um novo governo municipal com uma ampla articulação partidária de tendência centro-esquerda e o Movimento Sanitário de Niterói ocupa a Secretaria Municipal de Saúde. Incrementa-se o processo de municipalização do setor, incorporando progressivamente as estruturas estadual e federal.

É criada uma fundação pública de saúde para gerir o SUS-NITEROI e são implantados três distritos sanitários para coordenarem e desenvolverem o processo de construção de um novo modelo de assistência. Profissionais da Universidade ocupam vários cargos na estrutura da Fundação Municipal de Saúde, sendo a maioria concentrada no Distrito Sanitário Norte que passa a atuar como um Distrito Docente Assistencial, embora que, nos outros distritos, também sejam desenvolvidas ações de articulação ensino-serviço.

Os movimentos sociais se mobilizam na construção do Conselho Municipal de Saúde e em outras instâncias de participação popular. A Pró-Reitoria de Extensão e o Centro de Ciências Médicas mantém e amplia o Programa de Extensão em Saúde, aumentando a articulação com a Prefeitura Municipal.

Em 1992, tem-se uma conjuntura histórico-política favorável às mudanças curriculares gestadas desde o final da década de 70. Também estão contruídas as bases materiais e institucionais do Novo Sistema de Saúde de Niterói em consonância com as consignas da Reforma Sanitária brasileira.

Neste processo as estratégias principais foram:

- a) articulação do Movimento Sanitário de Niterói: Universidade-Serviços de Saúde-Movimentos Sociais;
- b) formulação e desenvolvimento de políticas de saúde no âmbito municipal;
- c) construção de bases de dados e análise de problemas;

- d) desenvolvimento de experiências de reorientação de Serviços de Saúde e práticas pedagógicas;
- e) assessoria técnica aos Movimentos Sociais de Niterói.

MUDANÇAS CURRICULARES

Alguns problemas nortearam o debate sobre currículo médico na UFF. Em primeiro lugar, a crise da Medicina e dos Sistemas de Saúde na década de 70, quando aos seus custos inflacionados sem uma contrapartida proporcional de resultados em termos da melhoria das condições de vida da população. A pouca eficácia dos atos médicos isolados frente aos agravos gerados no processo de urbanização e nas transições demográfica e epidemiológica e, a iniquidade na oferta dos serviços de saúde, penalizando as populações mais pobres.

Em segundo lugar, as características da formação médica tradicional, de cunho flexneriano: a) a grande alienação histórico-política dos cursos de medicina; b) a fragmentação dos conteúdos; c) a ênfase nos aspectos individuais e biológicos; d) a especialização precoce; e) o uso acrítico de tecnologias; f) carga horária de prática pequena e concentrada no final do curso; g) atividades concentradas no Hospital Universitário e; h) o desenvolvimento de um currículo paralelo, segundo as oportunidades de cada estudante onde, concretamente, se dá sua formação profissional.

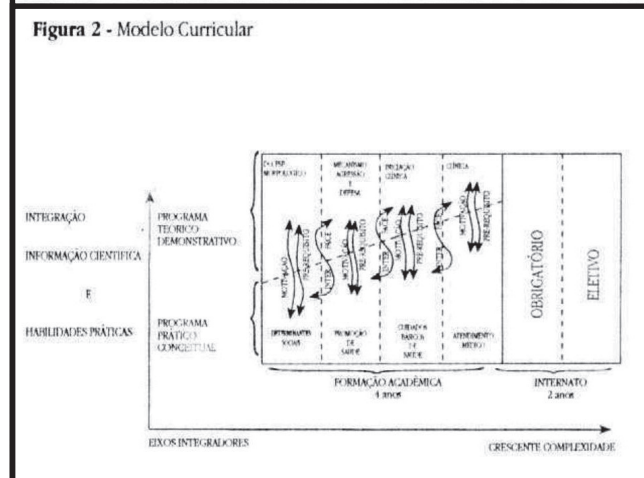
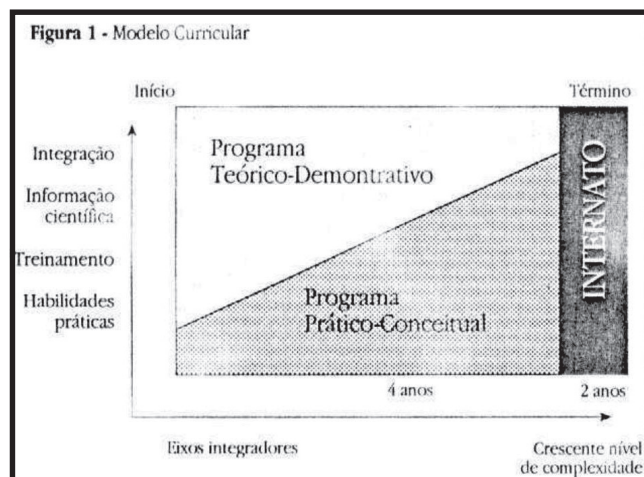
A discussão sobre as mudanças curriculares vem sendo levada pelas direções da Faculdade de Medicina e pelo Movimento Estudantil, ora em alianças, ora em conflitos, seguindo a lógica de compreender as necessidades da sociedade, o papel do Sistema de Saúde, as necessidades da sociedade, o papel do Sistema de Saúde, as necessidades da formação profissional e as experiências internacionais e nacionais de reforma curricular.

Os eixos estruturadores da organização curricular foram:

- a) a construção do conhecimento, da vida em sociedade, o processo de produzir saúde e doença, até a subjetividade do adoecer. Tentando sempre estabelecer relações do coletivo com o individual e visões interdisciplinaridades para os problemas;
- b) prática precoce, ampliada, nos diversos níveis de complexidade tecnológica, orientadas por problemas em territórios-processo. É incorporado o princípio do currículo paralelo na estrutura curricular de forma planejada e com orientação. O aluno é estimulado a aprender pela prática orientada;
- c) preceptores acompanhando e orientando grupos de cerca de 8 alunos em comunidade e unidades de saúde. É oferecido um preceptor que os alunos possam interagir e se identificar na formação profissional, nos aspectos técnicos e éticos;

- d) supervisão psicopedagógica: preceptores e alunos são supervisionados por equipe interdisciplinar para discussão das práticas pedagógicas e os conflitos em grupo, auxiliando a formação de equipe, estimulando a solidariedade e a construção coletiva. Há também a supervisão em tarefas específicas que demandam um certo conhecimento técnico;
- e) avaliação permanente: tenta-se construir um processo de avaliação permanente que, conjugado com as formas tradicionais de avaliação possam dar conta do desempenho cognitivo e ético do aluno e dos grupos.

O Novo Currículo de Medicina da UFF é organizado conforme a figura nº 1. Há um Programa Teórico-Demonstrativo articulado com um Programa Prático-Conceitual, sendo que as cargas horárias vão se invertendo progressivamente, durante 4 anos, até chegar ao Programa de Internato de 2 anos de duração. Ao longo de todo o curso é desenvolvido um Programa de Iniciação Científica. A figura nº 2 ilustra a interrelação entre os Programas.



Houve uma redução do número de disciplinas constantes do antigo currículo médico. Os conteúdos foram concentrados em grandes áreas de conhecimento, enfatizando a integralidade da atuação em saúde sem, contudo, deixar de apresentar os avanços obtidos nas especialidades, porém, analisados criticamente. Um dos exemplos desta reorganização ocorreu no 5º e 6º períodos do curso, que aborda no plano teórico apenas duas disciplinas: Medicina Integral da Criança e do Adolescente e Medicina Integral do Adulto e do Idoso. Suprimiu-se conteúdos redundantes e procura-se otimizar as cargas horárias. Houve um incremento de carga horária prática através das práticas demonstrativas e do trabalho de campo.

Destaca-se o Programa Prático-Conceitual que funciona como um eixo organizador da formação profissional. Quatro disciplinas articuladas são a base deste eixo estruturador: Trabalho de Campos Supervisionado; Epidemiologia; Saúde/Sociedade e Planejamento/Gerência em saúde. Em cima das práticas são desenvolvidas discussões entre clínica, epidemiologia, ciências sociais, psicologia, planejamento de ações e gestão de serviços. Busca-se, também, capacitar minimamente o jovem médico para planejar, administrar e avaliar projetos e serviços.

No internato, o primeiro ano é nas áreas básicas e no segundo ano o aluno pode optar por uma introdução à especialidade básica.

O perfil de médico desejado é o de sólida formação geral, contextualizada histórica e politicamente, que trabalha em equipe multiprofissional, que saiba utilizar criticamente tecnologias, que tenha flexibilidade para incorporar mudanças tecnológicas ou políticas-administrativas e com desenvolvida consciência social. Este currículo, então, permite tanto a formação de médicos gerais quando a de especialistas.

ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

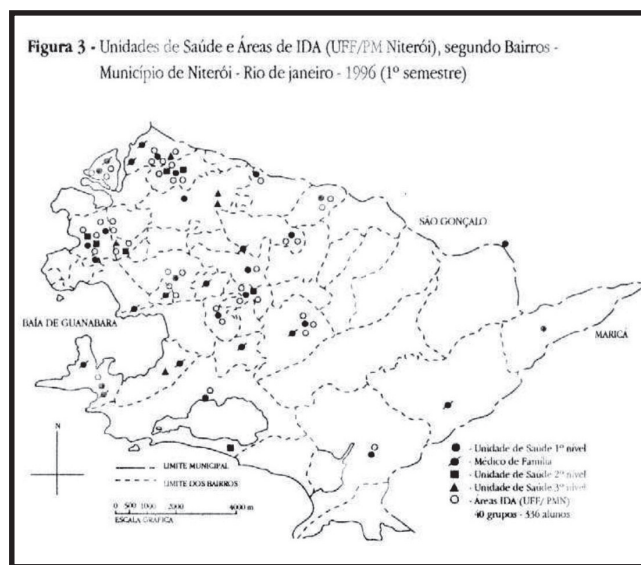
Como estratégia de implantação em 1994 foram realizadas:

- a) discussão interna e sensibilização do corpo docente que resultou na aprovação em todos os colegiados da Universidade;
- b) discussão com a Fundação Municipal de Saúde e a Consultoria de Ciências e Tecnologia da Prefeitura que resultou na assinatura de um convênio amplo de cooperação técnica UFF/PMN, com um termo aditivo para o desenvolvimento do Novo Currículo na rede;
- c) discussão com a sociedade através do Conselho Municipal de Saúde e com os Movimentos Sociais de Niterói que resultou na aprovação do currículo no Conselho e apoio das comunidades na sua implantação;

- d) constituição de uma estrutura de administração e coordenação do novo currículo composta por uma comissão geral, com representantes da Fundação Municipal de Saúde, da Faculdade de Medicina, da Coordenação de Curso e do Instituto de Saúde da Comunidade da UFF; e comissões de coordenação de programas Teórico-Demonstrativo, Prático-Conceitual, Internato e Iniciação Científica, envolvendo professores dos diversos departamentos da universidade, profissionais da Fundação Municipal de Saúde e alunos.

RESULTADOS OBTIDOS PELO PROGRAMA ATÉ 1996 (1º SEMESTRE)

A partir de sua implantação em 1994, o novo currículo envolve 20 das 40 unidades de saúde de Niterói com 336 alunos em campo desenvolvendo trabalhos e práticas que geram conhecimento para reorientação dos serviços prestados pelas unidades, fundamentação técnica de demandas populares e nova capacitação de professores. A figura nº3 ilustra a abrangência do novo currículo.



Foram estudadas 40 comunidades, gerando os seguintes documentos:

- 1) territorialização das populações;
- 2) levantamento da percepção sobre o processo saúde-doença;
- 3) levantamento demográfico e de condições de vida, com mapeamento de fatores e situações de risco socioambientais e problemas apontados pela população;
- 4) história dos Movimentos Sociais e das instituições locais;
- 5) estudo da morbidade e mortalidade local e municipal;
- 6) avaliação da estrutura das Unidades de Saúde locais;
- 7) avaliação das práticas educativas em saúde nestas comunidades e;

8) avaliação de seus processos de trabalho em saúde.

Em paralelo, foram desenvolvidos treinamentos envolvendo a participação de alunos em programas das Unidades de Saúde e a sua iniciação clínica.

PROBLEMAS E PERSPECTIVAS

Como problemas, nesta fase de implantação, destacam-se:

- a) a oposição de setores da Faculdade de Medicina que, por desconhecimento do currículo e posição ideológica, obstaculizam o pleno desenvolvimento da proposta. As discussões continuam e as adesões aumentam;
- b) a ansiedade inicial dos alunos de primeira turma, pressionados pelos setores conservadores da faculdade, demonstravam grandes temores com as novidades. As turmas seguintes tiveram maior tranquilidade;
- c) algumas equipes de unidades de saúde, também manifestaram desconforto com a presença dos alunos. Parte dessas inquietações residiam em práticas antigas da Universidade que transformavam as unidades em zoológicos onde podiam-se observar equipes periféricas e pobres sem nenhum envolvimento ou responsabilidade. A proposta de atuação da equipe do novo currículo, sedimentada em 10 anos de experiências conjuntas com a rede, é a da participação orgânica na atuação da unidade, desenvolvendo a função docente.
Ou seja, cabe à equipe universitária o desenvolvimento de atividades junto com a unidade, explorando as situações de produção de conhecimento e educação permanente das equipes e da população em geral;
- d) a formação da maioria dos professores não era voltada para este desenvolvimento curricular, o que obrigou a equipe de coordenação do currículo a um esforço de oferecer treinamento mínimo aos preceptores envolvidos. Hoje, busca-se uma articulação interinstitucional para construir um amplo programa de educação permanente que permita a atualização dos professores e dos profissionais da rede e consolide o processo, com estímulo financeiro e de carreira profissional. Um exemplo desta é a construção com a Fundação Municipal de Saúde do Programa de Formação e Capacitação em Saúde da Família. Está sendo desenvolvido, também, um processo de envolvimento dos professores, alunos e dos profissionais vinculados às Unidades de Saúde em programas de produção de conhecimento, através de pesquisas operacionais, constituídas em função das necessidades do trabalho desenvolvido. O estímulo à promoção e participação de eventos, vem sendo uma estratégia deste programa, e;

e) há um movimento análogo de mudança curricular nas outras escolas da área da saúde. O Instituto de Saúde da Comunidade desempenha papel aglutinador dessas discussões, assessorando estes processos.

O volume e os tipos de trabalhos produzidos pelo novo currículo e outros programas, permitem a consolidação e execução conjunta – UFF e a Prefeitura Municipal de Niterói – de uma linha de cooperação que gera:

- mudanças no Modelo Assistencial reorientando para maior eficácia, eficiência e equidade na oferta de serviços;
- um programa de educação permanente das equipes de saúde;
- informações e fundamentações técnicas para as demandas comunitárias ao Estado, fortalecendo a cidadania e o controle pela sociedade, e;
- uma base teórico-prática de reformulação do papel das Universidades na Sociedade Brasileira.

BIBLIOGRAFIA

- Koifmann, Lílían. *A crítica ao Modelo Biomédico na reformulação curricular do curso de medicina da UFF* [Dissertação] Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.
- Marins, João José Neves. *Idas e Voltas da UFF*. Boletim da Rede Ida – Brasil. dez. 1995; (18).
- Marins, João José Neves et al. *Evolução do Sistema de Saúde de Niterói-RJ – documento de referência do II Encontro sobre Sistemas Locais de Saúde – Rede Ida-BRASIL*. Niterói (RJ): [s.n.]; 1992. (mimeo.).
- Marins, João José Neves et al. *Construção do Sistema de Saúde de Niterói, RJ*. Niterói: [s.n.]; 1993. (mimeo.).
- Marsiglia, Regina G. *Relação Ensino/Serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil São Paulo: HUCITEC; 1995.*
- Novaes, Humberto M. *Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde – SILOS –Análise conceitual e Apreciação de Programas Selecionados na América Latina São Paulo: PROHASA, OPAS, Livraria Pioneira; 1990.*
- Silva Júnior, Aluísio Gomes da, Oliveira, Gilson Saippa. *Participação Popular e Políticas de Saúde e Niterói-RJ (1970-1992)*. In: *Trabalho apresentado no IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Recife (PE); 1994.*
- Tancredi, Francisco B, Vecina Neto, G, Dias, AFG. *Apreciação de Programas com Ações Integradas de Saúde – Projeto Niterói*. Niterói (RJ): [s.n.]; set. 1988.
- Universidade Federal Fluminense. *Faculdade de Medicina. A Proposta do Currículo Pleno do Curso de Medicina*. Niterói (RJ): Faculdade de Medicina da UFF; out. 1992. (mimeo.)

* Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

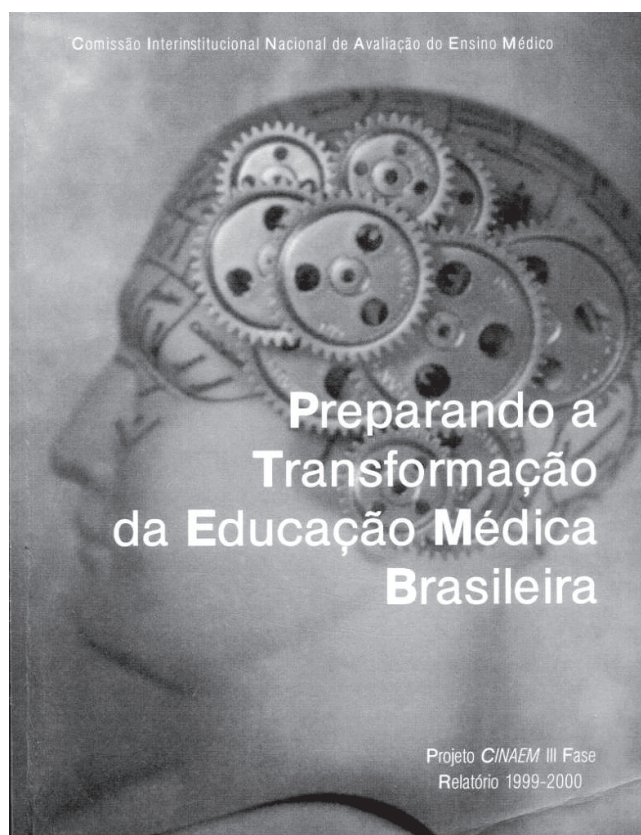
CINAEM - UM POUCO DE SUA HISTÓRIA

*Benedictus Philadelpho de Siqueira **

A história da Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem) está intimamente ligada à Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), e o entendimento de sua trajetória exige registros da vida dessa instituição.

A criação, na década de 1960, da Associação Brasileira de Escolas Médicas – nome original da Abem – foi um marco importante e decisivo para o desenvolvimento da Educação Médica no País. Permitiu o início da troca de experiências entre as diversas escolas e o desenvolvimento de várias atividades, como o treinamento de professores em técnicas de didática médica e pedagogia médica. Um de seus antecedentes mais marcantes foi a adoção por escolas médicas brasileiras, na década de 1950, do modelo flexneriano, iniciado nos Estados Unidos no começo do século (1911), centrado numa abordagem biologicista. Na época de sua implantação no Brasil, esse modelo já estava sendo questionado por sua incapacidade de dar respostas corretas à abordagem do homem como um ser social, que recebe influências do ambiente em que vive, de seus condicionantes econômicos, emocionais, culturais e de suas condições de trabalho. Entretanto, foi adotado acriticamente, tendo sido implantado de início na USP-S.Paulo e na USP-Ribeirão Preto, criada especialmente para a sua adoção, e em seguida na UFMG. Essas mesmas instituições de ensino incorporaram, logo depois, a proposta de Medicina Preventiva, também copiada dos Estados Unidos, como alternativa à limitação da abordagem biologicista.

Naquele momento, as escolas brasileiras de Medicina conviveram com três propostas distintas de ensino médico: a francesa/alemã, a flexneriana e a flexneriana/preventivista. A Abem assumiu uma posição de destaque no ensino médico de nosso país, e mesmo do continente sul-americano, liderando propostas inovadoras. O paulatino



Livro Azul da CINAEM - publicado no ano de 2000

consenso em torno dessas propostas legitimou a criação da Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina e viabilizou importantes ações no ensino médico. Inicia-se o processo de avaliação das escolas médicas, e, no Brasil, esse processo ganha força e legitimidade com a criação da Comissão de Ensino Médico junto ao Ministério da Educação. A Abem assume esse processo, nas décadas de 1960 e 1970, e sugere ao governo, frente ao aumento desenfreado de abertura de escolas, a suspensão de novas autorizações pelo período de dez anos. Aprovada a medida, ocorreu uma diminuição acentuada de vagas

nas escolas médicas no País, com exceção da UFMG, cuja Pró-Reitoria de Graduação alegou que o Brasil necessitava de médicos e desconsiderou a questão da qualidade dos formandos.

Outra importante iniciativa da Abem – da qual fui idealizador entusiasta –, ratificada no congresso de Belém, foi a criação do Departamento de Hospitais Universitários. Seu papel foi decisivo na discussão e encaminhamento de medidas relevantes para a efetividade dessas unidades estratégicas do ensino médico. É também sob o manto da Abem que se dissemina nas escolas médicas o discurso da integração docente-assistencial, estimulando mudanças positivas para o ensino.

No entanto, na segunda metade da década de 1980, a Abem foi perdendo força e representatividade, principalmente entre os professores mais jovens e entre os alunos. Exigiam-se propostas mais coerentes com as mudanças que estavam ocorrendo na tecnologia, nos serviços, na pedagogia. Reivindicavam-se novos interlocutores que pudessem dar conta da perda do *status* do médico, de seu crescente assalariamento e competição no mercado de trabalho, e de orientação nos processos por imperícia, negligência ou pretensa falta de ética.

No Congresso de Cuiabá, no qual tomei posse como presidente, a entidade vivia um momento de crise institucional. Acredito que o número de participantes daquela reunião tenha sido o menor desde que comecei a participar da Associação, nos anos 1970. Os presentes, com raras exceções, eram sempre os mesmos, e as propostas se repetiam: integração docente-assistencial, treinamento pedagógico do docente, hospital universitário. Enquanto isto, o crescimento exponencial do número de escolas médicas, verificado nas décadas de 1960 e 1970, colocava no mercado de trabalho um número de profissionais muito maior que nos anos anteriores, com qualidade sofrível, conforme denunciado pela classe médica. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e a Associação Paulista de Medicina (APM) dirigiam um movimento que visava impedir o exercício profissional de médicos oriundos de escolas consideradas por eles de qualidade inferior. Propunham um exame para os recém-formados que permitisse barrar o registro no Conselho.

Logo após assumir a presidência da Abem, fui abordado pela imprensa, principalmente a de São Paulo, que indagou acerca de minha posição frente ao movimento desencadeado pelo Cremesp e pela APM. Já naquele momento, emiti a opinião de que um exame que se concentrasse

apenas na parte cognitiva era insuficiente para avaliar o formando, pois o exercício da profissão médica envolve, além de conhecimentos teóricos, habilidades psicomotoras, comportamento, atitudes éticas e compromisso social. Perguntaram, então, qual seria minha proposta. Respondi de imediato: avaliar a escola médica, mas não apenas com um pequeno grupo de dois ou três membros, como então era feito. Entendia que seria impossível à Abem realizar sozinha aquela empreitada. Os recursos financeiros e, principalmente, a capacidade de mobilizar a imprensa e influenciar o pensamento do Cremesp e da APM eram insuficientes. Pensei, então, em formar um grande grupo, com representantes da categoria médica: Conselho Federal de Medicina; Conselhos de São Paulo e do Rio de Janeiro, onde o número de escolas era maior; Associação Médica Brasileira; Federação Nacional dos Médicos; Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior (ANDES); Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM); Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR); Conselho de Reitores (CRUB). Solicitei à doutora Irene Abramovich, representante do Conselho Federal de Medicina (CFM) no referido congresso, que encaminhasse àquele Conselho a proposta. Em sequência, foram realizadas reuniões em Brasília, mas havia descrédito do CFM em relação à empreitada, pois duvidavam de que a escola médica abriria suas portas para ser avaliada por “estranhos”. Assumi o compromisso de que seria desenvolvido um trabalho sério de esclarecimento e convencimento. Apesar do risco, a tarefa foi vitoriosa, e agradeço à escola médica a demonstração de ética, compromisso social e democracia que deu ao País. Salvo uma instituição que estava sob intervenção do Ministério da Educação, todas concordaram em participar do processo.

A formação da entidade que viria a ser a Cinaem exigiu negociações cuidadosas de convencimento e adesão.

Argumentei com o CFM que seria importante a participação do Cremesp na comissão, pois aquele Conselho tinha tomado a iniciativa de avaliar o médico. Também o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) deveria integrar a comissão, considerando o número significativo de escolas médicas daquele estado. Como a participação dos alunos era estratégica, propus a inclusão da Direção Executiva dos Estudantes de Medicina (DENEM), da Direção Nacional dos Residentes e da Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior (ANDES). A resistência inicial dos alunos, dos residentes e da própria Andes foi grande, por receio de que os resultados

da avaliação pudessem comprometer as oportunidades de trabalho e o exercício profissional dos futuros médicos. Foi difícil a negociação com o Conselho de Reitores, que de início se negou a participar e concordou em enviar um observador num segundo momento. Sua integração à Cinaem como membro efetivo só se deu após os primeiros resultados da avaliação.

Convidei o professor Piccini, da área de Epidemiologia da Universidade de Pelotas, para me auxiliar nesta luta dos primeiros tempos, na qual foi possível montar um diagnóstico preliminar a partir de um auto-retrato desenvolvido por cada escola, com base em roteiro elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde. Os pressupostos básicos do trabalho foram:

- As escolas não seriam classificadas (A, B, C) a partir da avaliação;
- Cada escola seria avaliada em sua singularidade, fruto de determinado momento histórico, e considerando a visão própria de sua missão, compartilhada pelos professores e alunos;
- O objetivo geral deveria ser comum a todas as escolas: formar um médico competente para resolver com qualidade de 80 a 85% dos problemas de saúde/doença da comunidade onde fosse trabalhar, mantendo uma relação ética com o paciente, sua família, a comunidade e sua equipe de saúde.

Esta fase permitiu identificar os principais problemas das escolas médicas. Eram eles: os métodos pedagógicos, o sistema de avaliação docente e discente, e sua proposta curricular.

A apresentação desses primeiros resultados foi feita no congresso da Abem em Campinas, quando se discutiu a segunda etapa, enfatizando-se a importância do maior envolvimento dos alunos, professores e funcionários no processo de avaliação e transformação da escola médica.

O conteúdo desta fase seria uma análise singular, mediante o autoconhecimento do ensino e sua transformação para atingir a formação do profissional requerido para atender às necessidades sociais como verdadeiro cidadão, conduzindo as mudanças indispensáveis em sua comunidade. A escola médica foi o verdadeiro sujeito dessa segunda fase.

Com a ampliação da Comissão, parece-me que foram sendo assumidas funções executivas, tendo ocorrido uma mudança de seu caráter original, essencialmente assessor, o que significava apenas a sugestão de alternativas para decisão das escolas. Isto ocasionou choques entre membros da Comissão, principalmente do CFM, que financiava o processo, e de dirigentes de escolas médicas, gerando o afastamento de alguns participantes. Em minha opinião, o processo de transformação do ensino médico iniciado com a Cinaem foi comprometido por percepção equivocada de sua função, e a retomada de seu trabalho exige humildade e disposição de continuar, em primeiro lugar, a serviço do cidadão brasileiro.

Agradeço a todas as entidades que me permitiram participar deste importante processo de reflexão e mudança, servindo à escola médica brasileira.

* Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DO CURRÍCULO ATUAL DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

*Samuel Silva da Silva **

O atual currículo médico foi implementado a partir de 1998, com a turma pioneira tendo sido graduada em 2003. Foi o sexto currículo médico do Curso, aprovado pelas instâncias acadêmicas da Universidade em 1997 - ano em que foram comemorados os 30 anos de sua criação. Em sua concepção foram adotados métodos e estratégias destinadas a superar as debilidades que os currículos tradicionais enfrentam no contexto da educação médica contemporânea. Suas principais características são: estruturação em módulos temáticos interdisciplinares para obter integração curricular; adoção do método "Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)" para desenvolver processo de ensino-aprendizagem centrado no estudante; utilização da ABP como estratégia de integração de conteúdos dos ciclos básico e clínico; utilização da ABP para desenvolver um currículo nuclear pertinente através da resolução de problemas focados em condições epidemiológicas relevantes; utilização da ABP para desenvolver conteúdos que possibilitem a abordagem do homem como ser bio-psico-social frente ao processo saúde-doença; oferta de módulos temáticos eletivos para flexibilizar e individualizar o currículo; diversificação dos cenários de ensino com inserção precoce dos alunos nos mesmos; ensino de complexidade crescente dos temas ao longo do curso; capacitação das habilidades desenvolvida em paralelo aos módulos temáticos; inclusão de capacitação em comunicação no Programa de Habilidades e Atitudes; Programa de Práticas Interdisciplinares de Interação Ensino, Serviços e Comunidade desenvolvido em cenários extra-hospitalares, com atuação em equipes multiprofissionais e em paralelo aos módulos temáticos; adoção da avaliação formativa; internato médico nos dois últimos anos do curso; e conclusão do curso em seis anos.



HISTÓRICO DO CURSO DE MEDICINA

O Curso de Medicina de Londrina foi criado em meados da década de 1960, e teve seu início efetivo em fevereiro de 1967, atuando como uma faculdade isolada. Foi um dos cursos superiores que reunidos, em 1970, vieram a constituir a Universidade Estadual de Londrina (UEL).

O currículo original foi estruturado de forma tradicional, com disciplinas anuais agrupadas nos ciclos básico e clínico e com o internato médico desenvolvido no sexto ano. Um aspecto marcante deste novo curso foi a ocorrência de quatro mudanças curriculares em duas décadas (1972-1992), impostas por mudanças no sistema de matrículas da UEL e pela ampliação do internato médico para dois anos. Embora não acarretassem reformulações curriculares significativas, criaram um ambiente favorável ao questionamento constante do currículo médico frente aos desafios impostos pelo crescimento exponencial dos co-

nhcimentos científicos e tecnológicos da medicina, bem como do conhecimento científico educacional. Assim, foram realizados em 1977, 1980, 1981 e 1992 os chamados “Fórum de Debates sobre Ensino Médico na UEL”, com ampla participação da comunidade acadêmica.

Dentro do contexto da Educação Médica, a década de 1990 foi marcada pela intensa atividade em vários cenários, tanto em nível mundial como nacional. Merecem destaque a II Conferência Mundial de Educação Médica; o Encontro Continental de Educação Médica, como eventos científicos; e a atuação da “Network of Community Oriented Education Institutions for Health Sciences” (Network) e da “Changing Medical Education and Practice: an agenda for action” desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em âmbito mundial; dos Projetos UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde) e da REDE UNIDA (que congrega todos os Projetos UNI) na América Latina; e da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) no Brasil. Para o Curso de Medicina da UEL esta década foi marcada pela participação institucional ativa nos eventos e ou processos acima destacados, criando condições facilitadoras para a implementação do seu sexto currículo, fundamentado em marcos conceituais inovadores. Para melhor compreensão da magnitude deste engajamento institucional, no movimento mundial e nacional de transformação da Educação Médica, uma breve descrição do mesmo é pertinente.

No Projeto CINAEM o instrumento de avaliação da Fase I foi aplicado pela primeira vez (como estudo piloto) em Londrina, em 1991, e validado para aplicação nas demais escolas médicas brasileiras. Os resultados da Fase I, englobando a quase totalidade das escolas médicas brasileiras, foram apresentados no I Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico, realizado em concomitância com o XXX Congresso Brasileiro de Educação Médica, sediados em Londrina em 1992. Na sua Fase II (1995 e 1996) participou do estudo Transversal (perfil do corpo docente) e o de Coorte (qualificação cognitiva no internato), além de ter desempenhado intensa atividade em prol da sua viabilização, efetivada em 48 escolas médicas. Na fase III participou do estudo de Coorte e utilizou também a prova elaborada pela CINAEM para realizar o primeiro Teste de Progresso do Curso Médico da UEL (1997).

O Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UEL, onde o curso médico e outros quatro cursos de saúde estão administrativamente situados, foi selecionado para integrar o Projeto UNI. Londrina foi sede, em 1992, do “I Seminário Inter-

nacional dos Projetos UNI”. Os recursos financeiros, destinados à reforma curricular do Curso de Medicina, provenientes do Projeto UNI (patrocinado pela Fundação Kellogg), foram de grande importância para a sua implantação.

O CCS/UEL associou-se a Network em 1992, o que possibilitou a participação de muitos professores nos seus eventos científicos internacionais. Desde 1994, o CCS/UEL é considerado um “Centro Colaborador em Educação e Prática Médica” pela OMS.

Um único docente da UEL participou da “II Conferência Mundial de Educação Médica”, realizada em 1993 e patrocinada pela Federação Mundial de Educação Médica. Mas, a divulgação local do documento conhecido como a “Declaração de Edimburgo” (sede do evento) sedimentou a convicção da necessidade imperiosa de uma reforma curricular inovadora, em um número significativo de docentes¹. Já no “Encontro Continental de Educação Médica”, realizado em Punta Del Este - Uruguai, em 1994, contou com a participação de seis docentes quando, este autor, apresentou o relatório do Projeto de “Gestão de Qualidade em Educação Médica” efetuado em Londrina². Este projeto patrocinado pela Organização Panamericana de Saúde, do qual participaram mais três escolas médicas de outros países, buscava: redefinir a autonomia do processo de aprendizagem buscando um maior sentimento de realização e de satisfação pessoal no corpo docente; redefinir a autonomia no processo de ensino buscando a excelência com o conseqüente orgulho pela atividade docente desenvolvida; e buscar uma redefinição para a intervenção de forma coerente no processo ensino-aprendizagem, para alcançar os objetivos anteriores. Este projeto engajou inicialmente um grupo de 72 membros da comunidade acadêmica que em oficinas de trabalho, sob supervisão de orientador externo, definiram o quadro situacional e delinearam o almejado, bem como as estratégias e ações para que este fosse atingido. O objetivo inicial de divulgação de um ideário e de sensibilização da comunidade interna ao mesmo foi plenamente alcançado, com aumento significativo da massa crítica em prol da transformação curricular.

No ano seguinte, ocorreram muitas ações em função do engajamento institucional do curso de Londrina com a Fase II do Projeto CINAEM, já comentados, além da realização da “1ª Oficina de Implantação do Projeto CINAEM” ter sido aqui realizada. Também, em 1995, houve grande incremento do Projeto UNI em suas ações voltadas à academia. Merece destaque a realização de uma “Oficina de Trabalho sobre Planejamento Estratégico e Gestão de Qualidade”, organizada pelo Colegiado do Curso de Medicina e que contou com a

participação de orientador externo, de particular importância na capacitação de um grupo de docentes que teriam atuação destacada na implantação do novo currículo.

Dois fatos, ocorridos em 1996, foram determinantes para a deflagração da reforma curricular ora vigente.

Com a decisão do Colegiado do Curso de adotar, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como método central do processo ensino-aprendizagem do futuro currículo (mas não exclusivo), o Diretor do CCS/UEL decidiu enviar um grupo de docentes para capacitação no exterior. Assim, oito docentes participaram do Curso de Verão sobre ABP na Faculdade de Medicina da Universidade de Limburg - Maastricht, Holanda - e vieram a se constituir no núcleo de difusão da metodologia em Londrina, assessorados pelo Prof. Harmem Tiddens (de Maastricht), por um período de um ano, em função de Acordo de Cooperação firmado entre a sua Universidade com a UEL.

O segundo, foi a realização do “1º Seminário de Avaliação do Curso de Medicina (sistema seriado)” organizado pelo Colegiado do Curso e que contou com a expressiva participação de 116 estudantes e de 50 professores. Graças a excelente organização do evento e grande motivação e qualificação dos participantes uma farta e significativa documentação pode ser produzida, com publicação na Revista Brasileira de Educação Médica³.

Dentre as debilidades do currículo, então vigente, consideradas relevantes foram apontadas: falta de integração dos ciclos básico e clínico, com conteúdos pouco específicos sendo desenvolvidos no primeiro; foco quase exclusivo nos aspectos biológicos na abordagem dos processos saúde-doença; conteúdos de especialidades de nível assistencial terciário sendo ofertadas com igual ou maior ênfase que os de atenção básica; excessiva e crescente fragmentação curricular (75 disciplinas na época); modelo pedagógico centrado no professor; avaliação somativa baseada na memorização; excesso de atividades teóricas nas 3ª e 4ª séries; predomínio de atividades práticas em ambiente hospitalar; excesso de atividades em salas de aulas; má utilização da carga horária por atrasos e ou absenteísmo do docente; entre outras. A elaboração deste rol refletia uma crise educacional local, coincidente com as debilidades reconhecidas na literatura especializada, nacional e mundial, atribuída ao esgotamento dos currículos tradicionais. Além de diagnosticar corretamente uma crise, revelava o grau de capacitação atingido pela comunidade acadêmica local, naquela ocasião, condição indispensável para o processo de transformação curricular que logo seria desencadeado.

A qualificação dos participantes do Seminário pode também ser comprovada, ao cumprirem a tarefa de delinear a “escola dos nossos sonhos” quando definiram que o médico por ela formado deveria: avaliar e melhorar a qualidade da assistência médica prestada; usar novas tecnologias em benefício do paciente; promover a qualidade de vida; saber atuar em equipe multiprofissional; e compreender a realidade social comprometendo-se com a solução de seus problemas. Este perfil de médico crítico, integrado e cooperativo, também atuando como agente de transformação social, já havia sido estabelecido na “II Conferência Mundial de Educação Médica”¹.

Assim, entre 1991 e 1996, criou-se na comunidade acadêmica do Curso de Medicina da UEL uma massa crítica consciente da necessidade de empreender a nova reforma curricular, capacitada e disposta a fazê-la.

A ELABORAÇÃO DO NOVO CURRÍCULO.

Em janeiro de 1997, a Direção do CCS e o Coordenador do Colegiado em reunião administrativa de pauta única, traçam o cronograma das ações destinadas a desencadear de forma irreversível a reforma curricular do curso.

Assim, em 14 de fevereiro realiza-se a “2ª Oficina de Planejamento do Colegiado do Curso de Graduação de Medicina”, na qual além dos membros do colegiado, participaram os diretores do CCS e do Centro de Ciências Biológicas (CCB), alguns chefes de Departamentos profissionalizantes e professores convidados. Consolida-se uma “agenda APB para 1997”, estabelecem-se ações imediatas, definem-se prazos e seus respectivos responsáveis, com a meta de iniciar a implantação do novo currículo em 1998. A data desta Oficina histórica deve ser considerada como o início efetivo de todo o processo; para oficializá-lo em Portaria Conjunta dos Diretores do CCB e do CCS, de cinco de março, é nomeada uma Comissão Responsável pela Elaboração da Proposta do Anteprojeto do Novo Currículo do Curso de Medicina, composta por 13 professores e um aluno, com a finalidade “de proceder estudos visando à reformulação curricular do Curso de Medicina” e com prazo definido para realizar a tarefa “terá o prazo de 150 (cento e cinquenta) dias para conclusão e apresentação dos trabalhos”. Como metodologia de trabalho criam-se 5 Subcomissões, com fins específicos, englobando um número maior de participantes, que fariam uma reunião ordinária semanal. Em consequência, a Comissão oficial passa a funcionar como Comissão Ampliada centralizando, em reunião ordinária própria semanal, o avanço dos trabalhos desenvolvidos nas Subcomissões.

Foram criadas as Subcomissões: de Currículo; de Desenvolvimento de Problemas; de Habilidades e Estágios; de Avaliação; e, de Treinamento. Contavam com cinco membros, sendo um representante estudantil, exceto na de Treinamento composta exclusivamente por professores.

Para que cada Subcomissão pudesse visualizar a respectiva inserção do seu trabalho no documento final, coube a Subcomissão de Currículo elaborar um esboço do anteprojeto, utilizando um roteiro sugerido pela Coordenação de Assuntos Educacionais da UEL. Os itens do roteiro incluíam: Legislação Básica; Histórico e Diagnóstico do Curso; Avaliação do Currículo em Vigor; Caracterização da Filosofia Subjacente à Proposta; Justificativa; Objetivos do Curso; Perfil do Profissional que o Curso Pretende Formar; Princípios Norteadores do Projeto Pedagógico do Curso; e Grade Curricular. Considerando a finalidade deste esboço, para este último item optou-se por utilizar a tradução da grade curricular de Maastricht.

A Subcomissão de Treinamento realizou nos meses de março e abril quatro Cursos de Treinamento em ABP (de nível básico) para cerca de 130 participantes. Saliente-se que dois destes foram ofertados no período noturno e que, em todos, um grupo de alunos atuou na programação, realizando uma demonstração de um Grupo Tutorial em atividade. E, no mês de junho, organizaram o “1º Curso da 2ª Fase de Capacitação em ABP” para 17 professores que já tinham feito curso de capacitação básica. Outra tarefa feita foi a criação de um site na Internet para divulgação da ABP, com material instrucional para o esclarecimento das seguintes questões: O que é ABP? Como é o currículo ABP? O que é o grupo tutorial? Quais os papéis do tutor? O que é um tema? O que é um problema? Como é o ensino de habilidades? Como é a avaliação? Como é o gerenciamento? Bibliografia. Recursos WWW. Perguntas frequentes (FAQ).

A Subcomissão de Currículo desenvolveu, junto aos docentes de 28 disciplinas profissionalizantes, uma importante tarefa para definir as competências a serem adquiridas pelos futuros graduandos. A partir dos conteúdos de ensino, de cada área, deviam elaborar um rol de competências mínimas adequado ao perfil profissional desejado. Assim, usando como referência o rol das doenças, adotado pela CINAEM⁴, elaborado segundo critério da maior prevalência entre a população brasileira, cada disciplina o validou ou sugeriu modificações justificáveis. Esta tarefa foi uma atividade preparatória para a que solicitava o esta-

belecimento do rol de doenças que ao final do curso o graduando deveria: Saber diagnosticar e tratar? Saber diagnosticar e tomar condutas de emergência? Ser capaz de suspeitar e encaminhar? Esta última tarefa forneceu os parâmetros para uma atividade final na qual se estabeleceu: O rol de habilidades que o graduando deve desenvolver, relacionadas com o saber fazer? Os resultados obtidos foram sistematizados pela Subcomissão de Currículo, construindo-se o currículo nuclear do anteprojeto, sobre o qual foi definido o perfil do profissional a ser graduado pelo novo currículo. Esta tarefa foi revisada pela Comissão de Reforma Curricular, em oficina de trabalho realizada no mês de julho, na qual também foi reavaliada a estrutura do anteprojeto, já em fase avançada de construção.

Neste ínterim, a Subcomissão de Desenvolvimento dos Problemas, atuando com um grupo de professores, propiciava-lhes capacitação específica na construção de problemas e das árvores temáticas. Sobre estas são definidos os problemas a serem discutidos nos grupos tutoriais, as conferências e atividades práticas dos módulos temáticos. A Subcomissão de Habilidades e Estágios preparava o rol de capacitações a serem obtidas no futuro programa; enquanto a Subcomissão de Avaliação desenvolvia sua proposta de avaliação formativa e somativa dos estudantes, avaliação do desempenho docente, avaliação de problemas, avaliação das conferências, avaliação de atividades práticas, avaliação de módulos, outras atividades de ensino nos módulos temáticos e dos programas longitudinais de habilidades e de interação, propiciando assim uma avaliação de todo o processo ensino-aprendizagem.

Neste período, mais três professores do CCB foram enviados para Maastricht para o curso de ABP, enquanto duas estudantes daquela escola médica vieram a Londrina para estágio de dois meses no internato médico. Estas participaram de várias reuniões com a comunidade acadêmica auxiliando no esclarecimento de dúvidas, além de atuarem como sensibilizadoras.

O anteprojeto foi considerado concluído em fins de julho de 1997 e foi aprovado em reunião extraordinária do Colegiado do Curso no dia quatro de agosto, dentro do prazo estipulado pela Portaria conjunta do CCS e do CCB. Seguindo as normas acadêmicas da UEL, foi encaminhado para o Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão (CEPE) que, na reunião ordinária realizada no dia 28 de agosto, o aprovou com a manutenção do internato médico então vigente inalterado, quanto à duração, cargas horárias e rodízios dos estágios.

O NOVO CURRÍCULO DO CURSO DE MEDICINA DA UEL

Ainda em 1997, como estratégia para a busca de aperfeiçoamentos o novo currículo foi amplamente divulgado, entre outros, no “XXXV Congresso Brasileiro de Educação Médica”, em “Congresso da Federação Panamericana de Associações de Faculdades (Escolas) Médicas” e no sítio institucional na Internet (www.ccs.uel.br/medicina). Recebeu uma análise aprofundada feita pelo Prof. Mário Chaves, publicada no Boletim da ABEM⁵, que em seu primeiro parágrafo afirma: “Trata-se realmente de uma proposta muito bem pensada e trabalhada de transformação do ensino médico no sentido de torná-lo mais apto a produzir, em igual tempo que o atual, um médico que responda às necessidades da sociedade contemporânea num duplo sentido: o de competência profissional e o do calor humano, compreensão e empatia na sua relação com o paciente e sua família. O currículo proposto vai mais além. Amplia o conceito básico da relação médico-paciente, tido este como paciente individual, ao paciente coletivo, ou seja, a comunidade”.

Assim sendo, torna-se desnecessário detalhá-lo neste artigo, bastando uma descrição do rol dos módulos temáticos e dos programas longitudinais, para a contextualização da sua implantação, iniciada em 1998.

Na 1ª série os módulos temáticos a serem cursados eram: Introdução ao Estudo da Medicina; Concepção e Formação do Ser Humano; Metabolismo; Funções Biológicas; Atualização I (eletiva); Mecanismos de Agressão e Defesa; e Abrangências das Ações de Saúde. Na 2ª série: Doenças Resultantes da Agressão ao Meio Ambiente; Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento; Percepção, Consciência e Emoção; Atualização II; Proliferação Celular; Locomoção e Preensão; e Processo de Envelhecimento. Na 3ª série: Dor; Dor Abdominal, Diarréia, Vômitos e Icterícia; Fadiga, Perda de Peso e Anemias; Atualização III; Problemas Mentais e de Comportamento; Perda de Sangue; e Febre, Inflamação e Infecção. Na 4ª série: Saúde da Mulher e Sexualidade Humana; Manifestações Externas das Doenças e Iatrogenias; Atualização IV; Desordens Nutricionais e Metabólicas; Distúrbios Sensoriais, Motores e da Consciência; Dispnéia, Dor Torácica e Edemas; e Emergências. Ainda, como módulos curriculares, mas de desenvolvimento longitudinal em cada uma das quatro séries: Habilidades Clínicas e Atitudes (I a IV) e Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade (I a IV)⁶.

A IMPLANTAÇÃO DO NOVO CURRÍCULO

Embora a aprovação oficial da mudança curricular tenha ocorrido em fins de agosto, a decisão política de implementá-la havia sido tomada em 14 de fevereiro de 1997, fato já comentado. Portanto inúmeras ações vinham sendo feitas sistematicamente, para que a implementação do reforma curricular tivesse seu início em 1998. Como exemplo, o Projeto encaminhado ao CEPE no mês de julho, apresentava, como ilustração do modelo pedagógico proposto, a árvore temática oficial do módulo “Concepção e Formação do Ser Humano”, que transcorreria nos meses de abril e maio do ano seguinte. Sobre a mesma foram delineados os problemas com os respectivos objetivos educacionais a serem alcançados pelos estudantes, nas sessões dos grupos tutoriais, bem como as demais atividades de ensino do referido módulo interdisciplinar.

Para contornar a relativa rigidez, imposta por regulamentos da UEL para a atuação de um Colegiado de Curso (edital de convocação, pauta da reunião e quorum), o Coordenador do Colegiado do Curso de Medicina e os Diretores do CCS e do CCB acordaram instituir uma Comissão de Implantação do Novo Currículo, que conduziria esta tarefa com a necessária agilidade. Dela participaram os membros da Comissão que elaborara o anteprojeto, mais representantes das cinco Subcomissões de apoio. Enquanto a Subcomissão de Avaliação passa a ser chamada de Comissão de Avaliação, a de Treinamento veio a se constituir em Comissão de Treinamento e Capacitação, e a de Habilidades e Estágios em Comissão de Desenvolvimento de Habilidades e Atitudes. Cria-se a Comissão de Infra-Estrutura e Recursos, a Comissão de Bioética e o Grupo de Avaliação Externa. À Comissão de Infra-Estrutura e Recursos coube viabilizar mudanças em áreas físicas necessárias para o desenvolvimento simultâneo de 16 grupos tutoriais (para duas séries do curso) e adequar os recursos bibliográficos à nova realidade educacional. A Comissão de Bioética revisou árvores temáticas e problemas dos módulos interdisciplinares visando sua inserção. Enquanto o Grupo de Avaliação Externa desempenhava o papel de avaliação do processo de instalação do novo currículo, além de atuar como ouvidores, especialmente, para a comunidade acadêmica ainda não engajada.

Nesta fase, o Colegiado do Curso de Medicina teve uma função de extrema importância de desativar as disciplinas do currículo tradicional e de solucionar problemas acadêmicos advindos da reprovação de alunos e das res-

pectivas recuperações. Outro papel relevante foi o de garantir aos alunos do currículo em extinção a manutenção da qualidade de ensino, num ambiente psicologicamente hostil, onde alguns alunos manifestavam sentimentos de “orfandade”, coadunados com manifestações de alguns professores francamente hostis a reforma em andamento.

Uma importante medida de caráter administrativo merece destaque. Como a transposição para o novo currículo forçosamente acarretaria mudanças (para mais ou para menos) nas cargas horárias de atividade docente destinadas ao Curso de Medicina, estas precisariam ser revistas. Devido ao ineditismo da situação na UEL o comprometimento docente, expresso pelo número horas de atividade ligadas ao ensino, era impossível de ser quantificado naquele momento; decidiu-se então por uma moratória dos seus valores, até o término da reforma curricular na 4ª série. Assim, só em 2002 as chefias de 13 Departamentos, de quatro Centros da UEL, necessitaram fazer esta re-adequação fundamentada em números reais.

Com a definição da grade dos módulos temáticos e do respectivo calendário escolar para a 1ª série, a Comissão de Implantação do Novo Currículo dedicou-se a escolha dos Coordenadores e Vice-coordenador dos mesmos. Por decisão política, visando integrar mais os docentes do CCB com os do CCS (centros situados em locais distantes) buscou-se ocupar cada função com um professor de cada centro. Toda a função acadêmica específica do módulo passou a ser delegada aos mesmos, sob supervisão da Comissão de Implantação. Assim, instalavam o Grupo de Planejamento do módulo com docentes arregimentados de departamentos e disciplinas pertinentes, revisavam ou elaboravam a árvore temática, os problemas, as conferências, as atividades práticas e discutiam com a Comissão de Desenvolvimento de Habilidades e Atitudes a possibilidade de realização de atividades pertinentes, que viessem a ter sinergismo com o conteúdo do módulo. Arregimentavam tutores e co-tutores previamente treinados, convidavam conferencistas e os responsáveis pela realização de atividades práticas. A responsabilidade pela avaliação formativa dos estudantes nos grupos tutoriais era feita pelos tutores, enquanto a avaliação formativa no módulo era feita pela Comissão de Avaliação (hoje é atribuição da coordenação do módulo). Antes do término das atividades do ano letivo de 1997 estavam concluídos os primeiros quatro módulos do novo currículo, com os cadernos dos estudantes e dos tutores dos dois primeiros impressos; enquanto os trabalhos referentes aos três últimos modú-

los estavam em fase avançada de elaboração. Também estavam concluídos e impressos “O Manual do Aluno” e o “Manual do Tutor”, estratégicos ao processo de implantação. Enquanto os cadernos do módulo de Habilidades Clínicas e Atitudes I e do módulo de Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade I estavam concluídos e aguardavam impressão.

A implantação do módulo longitudinal Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade I representou a institucionalização do projeto PEEPIN, no Currículo do Curso Médico. A sigla corresponde ao Projeto Especial de Ensino Assistência Primária à Saúde: Práticas Multiprofissionais e Interdisciplinares, o qual foi implementado em 1991, no CCS. Representou uma grande inovação curricular com a adoção da Metodologia da Problematização, aplicada por alunos da primeira série de todos os cursos da área de saúde, que atuavam em equipes multiprofissionais, na comunidade, buscando e oferecendo soluções a problemas de atenção primária à saúde⁷. Para os módulos II, III e IV, desta atividade, a atuação dos alunos foi planejada e efetivada para ser exclusiva dos estudantes de medicina, atuando nas Unidades Básicas de Saúde em níveis crescentes envolvimento, sob supervisão.

Já os módulos longitudinais de Habilidades Clínicas e Atitudes I, II, III e IV foram inspirados no modelo desenvolvida na Faculdade de Medicina de Maastricht. Contemplam o desenvolvimento de habilidades em Semiologia, Comunicação, Procedimentos Médicos e de Exames Complementares. Ocupam respectivamente 50, 25, 15 e 10% da carga horária disponível nas quatro séries, e são desenvolvidas de forma gradual com complexidade crescente, em cenários educacionais distintos.

A inclusão de comunicação no programa implicou na necessária capacitação de instrutores, por ser inédita em nosso meio e no contexto nacional. Para suprir esta necessidade a agora denominada Comissão de Treinamento e Capacitação programou uma oficina de trabalho, organizada e desenvolvida pela Prof. Maria Júlia Paes da Silva – Doutora em Comunicação e Docente da Escola de Enfermagem da USP – SP, realizada no mês de novembro.

Ainda no mesmo ano o CCS teve aprovação de um financiamento pela CAPES para a aquisição de manequins e simuladores para a instalação de um Laboratório de Habilidades, necessário ao desenvolvimento do Programa de Habilidades e Atitudes⁸. Estes recursos viabilizaram a sua instalação em 1999, sendo este o laboratório pioneiro do Brasil.

A Comissão de Treinamento e Capacitação organiza em outubro uma oficina de trabalho sobre ABP com o Prof. José Ventureli da Universidade McMaster–Canadá (pioneira em um currículo médico em ABP), com grande audiência e com uma programação de excelência. O ano se encerra com mais um curso de capacitação, realizado no mês de dezembro, destinado a futuros tutores. Portanto, em 1997 foram treinados, em graus diversos de capacitação para a função de tutor, mais de 200 docentes envolvidos diretamente com o curso.

Nesta fase, foi disponibilizada uma ampla sala destinada a fornecer suporte aos trabalhos desenvolvidos pelas comissões. Centralizando todo e qualquer tipo de material produzido, os utilizados como referência, dispondo de secretária exclusiva, com os recursos materiais necessários, foi o local ideal para a realização de diversas reuniões diárias. Desempenhou a função de sala de situações, na linguagem usada em planejamento estratégico.

Esta exposição, necessariamente sintética, apresentou o desenvolvimento da construção de um currículo inovador e a sua implantação na 1ª série do Curso de Medicina da UEL. A extensão do mesmo, nas séries subseqüentes, obedeceu à mesma sistemática. Quando a 1ª turma do novo currículo concluiu o curso foi extinta a Comissão de Implantação do Novo Currículo, passando o Colegiado do Curso a desempenhar com plenitude suas atribuições, as Comissões também foram reformuladas. Uma visita ao sítio www.ccs.uel.br/medicina (mantido atualizado) permite visualizar as mudanças acadêmico administrativas ocorridas na fase de consolidação curricular.

Para os professores do Curso de Medicina da UEL que se engajaram ativamente neste processo de transformação, e aos que ensinam a profissão atuando como educadores, o novo currículo certamente proporcionou o “orgulho pela atividade docente desenvolvida”, como idealizara o projeto “Gestão de Qualidade em Educação Médica”, em 1994.

REFERÊNCIAS

1. Declaração de Edinburgo. In: Santana JFNP, Almeida MJ (Coord). *Contribuições sobre gestão de qualidade em educação médica*. Brasília (DF): OPAS; 1994. p.17-32. (Desenvolvimento de Recursos Humanos; 7).
2. Salgado AK et al. *El caso Londrina, Brasil*. Anais do Encontro Continental de Educación Medica; Punta del Este, Uruguay; 1995; p. 209-221.
3. Campos JJB, Alvarenga GM, Ideriha NM, Baldy JLS. Seminário de Avaliação do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (regime seriado). *Rev Bras Educ Méd*. maio-ago. 1997; 21(2): 32- 35.
4. CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) Relatório Geral 1991-1997 [s.l.:s.n.]; 1997.
5. Chaves M. Da Análise à Ação: idéias e sugestões para a Fase III do Projeto CINAEM. *Boletim da ABEM*. set.-out. 1997; 25 (3): 3-5.
6. Campos JJB. *Anteprojeto do Novo Currículo do Curso de Medicina*. Londrina (PR): Colegiado do Curso de Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina; 1997. [Documento Acadêmico].
7. Silva RMR. PEEPIN: Inovação na Práxis e Construção do Paradigma Educacional para os Cursos da Área da Saúde da UEL. [Monografia] Londrina, Departamento de Educação do Centro de Educação, Comunicação e Artes, Universidade Estadual de Londrina; 1996.
8. Silva SS. Laboratório de Habilidades no Ensino Médico. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Orgs). *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. p.62-96.

BIBLIOGRAFIA

- Campos JJB, Gordan PA. *Boletim Especial do Colegiado de Medicina*. [Boletim de divulgação] Londrina (PR): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina; 1997.

* Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

UM OLHAR SOBRE A FAMEMA E O PROCESSO PIONEIRO DE IMPLEMENTAÇÃO DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

Ricardo Shoiti Komatsu *



FAMEMA - Marília/SP

A FAMEMA iniciou suas atividades em 1967, tendo como mantenedora a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília – F.M.E.S.M.

Surgiu num momento de expansão do ensino superior no Brasil, adotando uma concepção fundacional, mas sem a correspondente dotação de recursos doados, como nas fundações norte-americanas.

Como o Governo de São Paulo criou a FAMEMA através da Lei Estadual nº. 9.236, de 19 de janeiro de 1966, mas não a colocou em funcionamento, foi constituída a F.M.E.S.M., através do Poder Público Municipal de Marília com a Lei nº. 1.371, de 22 de dezembro de 1966.

O funcionamento da FAMEMA foi autorizado aos 30 de janeiro de 1967, e neste mesmo ano, admitida a sua 1ª. turma de estudantes do Curso de Medicina, com 60 vagas

anuais. Este número de vagas foi aumentado para 80 vagas anuais em 1975.

A FAMEMA foi a 10ª. faculdade de medicina instalada no Estado de São Paulo e a 47ª. do Brasil (MIGUEL; VILLANI, s.d.).

A F.M.E.S.M., mantenedora da FAMEMA desde sua criação até a estadualização em 1994, tornou-se entidade de utilidade pública de caráter municipal pela Lei nº. 1.576/84, estadual pela Lei nº. 4.321/84, e federal pela Lei nº. 86.238/81. Teve seu registro no Conselho Nacional de Serviço Social aos 08 de dezembro de 1969, processo 267.599/68, e foi reconhecida como entidade filantrópica aos 07 de junho de 1977, processo 227.719/77.

Padilha (1996) relata que “a FAMEMA organizou inicialmente sua estrutura pedagógica segundo as escolas médicas

mais tradicionais, como a Universidade de São Paulo, Escola Paulista de Medicina e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Os professores destas escolas participaram efetivamente do quadro de docentes da Instituição, como convidados, responsabilizando-se pelos programas e currículos desenvolvidos". Para o mesmo autor, O início do funcionamento das cadeiras clínicas ocorreu por intermédio de convênio celebrado com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília, que cedeu parte de sua enfermaria para ser utilizada nas atividades de ensino-aprendizagem.

O Hospital das Clínicas de Marília, inaugurado em abril de 1965 para ser um hospital de moléstias infecciosas, permaneceu desativado, abrigando apenas órgãos de saúde como o Instituto Adolpho Lutz e a Superintendência de Controle de Endemias, até que através de um contrato de comodato, o Hospital foi cedido à FAMEMA em 1972. O Departamento de Clínica Médica passou a funcionar no segundo andar do prédio, e em seguida instalaram-se os Departamentos de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia. as demais dependências do Hospital das Clínicas de Marília funcionavam a diretoria, salas de aula, laboratórios, alojamentos para professores convidados.

Foi em 1981, criado o Curso de Enfermagem da FAMEMA, com 80 vagas anuais. Em 1990, o número de vagas oferecidas anualmente foi diminuído para 40.

Ainda segundo Padilha (1996), a história da FAMEMA foi marcada por sucessivas crises financeiras, administrativas e educacionais nas décadas de 70, 80 e 90, que resultaram em sucessivas paralisações de atividades.

A mais importante crise dos anos 80 foi a paralisação estudantil iniciada aos 18 de agosto de 1981 e mantida por 144 dias. Na ocasião os estudantes exigiam: 1) a efetivação do convênio do Ministério da Educação e Cultura com o Ministério da Previdência e Assistência Social, MEC/MPAS, para que a receita advinda das mensalidades escolares revertesse em benefício direto para o ensino-aprendizagem e não apenas para cobrir as despesas do hospital; 2) melhora das condições de ensino-aprendizagem especialmente nos anos pré-clínicos; gerenciamento profissionalizado do Hospital das Clínicas de Marília.

Como resultado desta paralisação houve a mudança da diretoria da F.M.E.S.M., da diretoria da FAMEMA, seguida de alteração do Estatuto da F.M.E.S.M., e profissionalização da gestão do Hospital das Clínicas de Marília, iniciada através de uma consultoria desenvolvida pelo PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde da Escola de Administração de

Empresa de São Paulo/Fundação Getúlio Vargas – EAESP/FGV em convênio com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HC/FMUSP.

Após nova crise, em 1983, docentes da FAMEMA assumiram pela primeira vez a diretoria da F.M.E.S.M., e a partir de então passaram a definir os rumos da Instituição.

Em outubro de 1983, a F.M.E.S.M. celebra contrato de locação do prédio do "Carmelo", que foi inaugurado aos 11 de fevereiro de 1984. Situado ao lado do Hospital das Clínicas de Marília (atual Hospital das Clínicas da FAMEMA – Unidade 1), na Avenida Monte Carmelo, 800, o "Carmelo" abrigou de 15 de dezembro de 1963 a março de 1981 um convento de irmãs carmelitas, fundado aos 16 de julho de 1959, e cuja sede anterior era na Av. Nelson Spielman, 707. A "Rua 2" do bairro Fragata passou então a ser denominada "Av. Monte Carmelo" em homenagem ao convento carmelita.

O "Carmelo" passou a abrigar salas de aula, a diretoria da FAMEMA, a capela foi adaptada para servir como um auditório, edificou-se um prédio anexo para a Biblioteca da FAMEMA, e posteriormente ampliou-se o anexo para abrigar além da Biblioteca, o Laboratório Morfo-Funcional da FAMEMA. As antigas clausuras passaram a servir como salas para atividades em pequenos grupos, e foram especialmente utilizadas como salas de tutorias a partir de 1997. Passou por reformas de 2001 a 2002 quando foram derrubados os antigos muros da Av. Monte Carmelo, e modernizado o Auditório da FAMEMA, que a partir de 25 de outubro de 2002 passou a denominar-se "Auditório Dr. Mário Alberto Cosentino", em homenagem ao cirurgião dentista que por mais de 21 anos atuou no Conselho de Curadores da F.M.E.S.M., tendo sido seu presidente.

Em 1988 o antigo Hospital Marília foi municipalizado e sua administração foi transferida à F.M.E.S.M., constituindo-se hoje a unidade 2 do Hospital das Clínicas da FAMEMA. Com recursos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para o financiamento da Rede Estadual de Hemoterapia, iniciou-se a construção do Hemocentro da FAMEMA, inaugurado em 02 de setembro de 1994.

O Ambulatório Especializado "Governador Mário Covas" da FAMEMA, com mais de 50 consultórios e salas de atendimento, foi inaugurado aos 24 de janeiro de 2002, e realizou aproximadamente 71.896 atendimentos e procedimentos no seu primeiro ano de funcionamento.

A escolha da FAMEMA para desenvolver o Projeto UNI Marília, no início dos anos 90, possibilitou através do apoio

técnico e financeiro do Programa UNI da Fundação Kellogg, a capacitação de recursos humanos, e o desenvolvimento da parceria com os serviços locais de saúde e a comunidade (LIMA et al., 1996), ações decisivas para o movimento de mudança dos currículos de Medicina e Enfermagem.

Desenvolve desde 1993, em parceria com a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, e com as associações de moradores e comunidade organizada do Município, o Projeto UNI – Marília, uma nova iniciativa de integração da academia, serviços de saúde e comunidade, com apoio técnico e financeiro da Fundação W. K. Kellogg, e recentemente constituiu-se Pólo de Capacitação Regional do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde (LIMA; KOMATSU, 1999).

A FAMEMA já graduou mais de 2200 médicos, e tem importante papel na atenção à saúde da população local e regional através das unidades 1 e 2 do seu Hospital das Clínicas, do Hemocentro, e da presença de discentes e docentes na rede municipal de Serviços de Saúde. A F.M.E.S.M. deixou de ser mantenedora da FAMEMA, mas permanece como uma fundação de apoio à FAMEMA.

Impulsionada pelo ideário do Programa UNI na América Latina, pelas tendências de inovação da educação médica mundial e, pela necessidade de reestruturação e reorganização institucional para consolidar-se Autarquia, a FAMEMA decidiu empreender uma transformação de grande monta priorizando as suas raízes: a graduação.

A transformação do Curso Médico da FAMEMA, iniciada no ano letivo de 1997 teve como objetivo implementar um processo dinâmico e centrado na aprendizagem, através de um currículo flexível, integrado e interdisciplinar, baseado na exploração de problemas, utilizando predominantemente a ABP e com atividades práticas orientadas à comunidade.

A utilização da ABP tem se demonstrado também, como uma estratégia potencial para a transformação curricular (KOMATSU, 1999).

A FAMEMA passou a adotar a partir do ano letivo de 1997 a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP, com a implementação gradual, série a série, do novo currículo (KOMATSU, 1999a), de tal forma a possibilitar que ao longo de quatro anos tenhamos uma completa reformulação curricular nas quatro séries que antecedem o estágio profissionalizante denominado Internato.

No nosso entendimento as possibilidades de aprendizagem são restritas sem uma motivação: um obstáculo, um problema, e os estudantes têm reduzidas oportunidades

de uma efetiva aprendizagem sem uma proximidade com a prática e a realidade.

Na ABP o problema é utilizado como estímulo à aquisição de conhecimentos e habilidades, sem que nenhuma exposição formal prévia da informação seja necessariamente oferecida (KOMATSU et al., 1998); o problema educacional deve refletir a realidade, antecipá-la como acontecimento ao estudante que se prepara para a atuação profissional, permitindo a reflexão de uma temática em um contexto, a seleção de recursos educacionais, a busca de informações, a avaliação crítica e a aplicação.

Os problemas de papel oferecidos desde a primeira semana do curso antecedem os problemas cotidianos da prática profissional, devendo traduzir uma situação desafiadora à aprendizagem, um obstáculo a ser superado. Tais problemas são elaborados em função das unidades educacionais, blocos ou módulos, que são momentos curriculares onde o estudante encontra objetivos de aprendizagem a serem alcançados.

Os problemas são explorados em sessões de tutoria, com aproximadamente 8 estudantes e 1 ou 2 docentes como tutor ou co-tutor. O principal papel do tutor é o de facilitar a aprendizagem dos estudantes. Assim, as sessões de tutoria não devem ser “seminários” ou mini – conferências. Não compete ao tutor ou co-tutor ensinarem, no sentido de ministrarem aulas. Compete ao tutor permitir que os estudantes desenvolvam uma discussão em torno de um problema que seja produtiva a todos os integrantes do grupo considerando o contexto, integrando as dimensões biológica, psicológica e social, e caminhando em sentido aos objetivos de aprendizagem de cada unidade, bloco ou módulo. Quando presente, o co-tutor pode ser um tutor em formação ou um docente com experiência em ABP e que apóie o tutor.

Na ABP, nenhuma exposição formal, prévia, de informação é dada pelo programa ou curso, e a seguinte sequência de passos é aconselhada (KOMATSU et al., 1998):

1. Aclarar o problema oferecido, explorando-o e refletindo se existe alguma pergunta sobre a descrição do problema que possa ser formulada.
2. Resumo dos dados oferecidos no problema, especificando: o que é o problema? Do que trata o problema?
3. Identificação de áreas/pontos importantes ao problema, através da definição de quais são as áreas relevantes de conhecimento dentro das três dimensões: biológica, psicológica e populacional, considerando os objetivos de aprendizagem em cada unidade educacional.

4. Identificação do conhecimento atual relevante para o problema, através da busca dos conhecimentos relevantes frente aos objetivos de aprendizagem propostos.
5. Desenvolvimento de hipóteses, a partir da explicação os dados apresentados no problema.
6. Identificação do conhecimento adicional requerido para melhorar a compreensão do problema, baseado nas necessidades de aprendizagem individual e/ou do grupo.
7. Identificação dos recursos de aprendizagem apropriados, dentre uma diversidade: livros, periódicos (revistas), bases de dados local ou remota (MEDLINE, LILACS, Scielo), programas interativos multimídia, entrevistas com professores, profissionais ou usuários, vídeos, slides, laboratórios, serviços de saúde, comunidade; isto é, quais são as fontes de recursos mais apropriadas à exploração deste problema?
8. Procura de novos conhecimentos, utilizando recursos de aprendizagem apropriados, o que implica em ampliar os horizontes de busca além dos limites institucionais (outras bibliotecas, outros acervos, outros locais passíveis de utilização no processo ativo de ensino-aprendizagem).
9. Síntese de conhecimentos prévios e novos em relação ao problema; isto é, baseado em sólidas evidências científicas, como se pode explicar o problema agora?
10. Repetição de alguns ou todos os passos anteriores, se for necessário.
11. Reconhecimento do que foi identificado como uma necessidade de aprendizagem, mas que não foi adequadamente explorada, para incursões complementares.
12. Síntese dos conhecimentos auferidos, e se possível, testar a compreensão do conhecimento adquirido por sua aplicação em outra situação ou problema.

A busca, seleção, avaliação crítica e aquisição de conhecimentos e habilidades visando uma aplicação prática, ou uma reflexão, constituem um processo ao longo da vida de cada indivíduo. Assim, os estudantes devem ser encorajados a desenvolverem seus próprios objetivos, métodos e estilos de aprendizagem, tomando inclusive a responsabilidade de avaliarem seus progressos pessoais no sentido de quanto estão se aproximando dos objetivos educacionais propostos para cada fase da sua capacitação.

Deve-se considerar dentre padrões individuais de aprendizagem características tais como a relação de cada estudante com o lugar, horário, frequência e pessoas com quem estuda, a forma de elaborar anotações pessoais, a maneira de estabelecer metas individuais a serem atingidas, a habilidade de leitura, raciocínio crítico, análise e síntese, a

decisão sobre o que, onde e quando estudar, o perfil de utilização da diversidade de fontes e de recursos de aprendizagem, a auto – motivação e a capacidade de auto – avaliação (KOMATSU et al., 1998).

A existência de padrões individuais de aprendizagem torna óbvia a necessidade da flexibilização das atividades pré – programadas de maneira a permitir espaços e tempos curriculares necessários e suficientes para a aprendizagem auto-dirigida. Habitualmente, em um programa que utiliza a ABP como metodologia, mais da metade da carga horária curricular semanal é destinada às atividades de aprendizagem auto-dirigida.

Este tempo destinado às atividades de aprendizagem auto- dirigida constitui um marco referencial da metodologia que é compartilhar com cada estudante a responsabilidade pela sua formação.

Os estudantes têm que assumir a função de verdadeiros condutores do seu próprio processo de aprendizagem, e para tanto, há uma habilidade fundamental a desenvolver: aprender a aprender.

A educação oferecida no ensino médio e superior, vem, em nossa opinião, massacrando a criatividade e a individualidade dos estudantes, ao oferecer como única alternativa formal para os educandos a aquisição passiva de conhecimentos.

Informalmente desenvolve-se o currículo oculto, ou paralelo, onde os estudantes procuram através de atividades práticas de atenção à saúde, a exemplo das “Ligas Estudantis” que se disseminaram pelas Escolas Médicas Brasileiras, suprir as necessidades de uma aprendizagem autônoma.

Tal busca da autonomia reveste-se além da curiosidade epistêmica certamente da necessidade de “aprender a aprender”. Como então facilitar tal aprendizagem?

O processo de construção dos novos currículos dos cursos médicos da Faculdade de Medicina de Marília (KOMATSU, 1998; KOMATSU, 1999a; KOMATSU, 1999b), e do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (CAMPOS, 1999; WIERCHON, 1999) podem ilustrar como é possível utilizar metodologias ativas na organização didático-pedagógica para mediar a relação professor-estudante, de maneira eficaz e efetiva na realidade das escolas médicas brasileiras.

Entendemos que não é possível reformar o currículo aos saltos, alterando simplesmente a grade curricular a cada cinco, dez, ou quinze anos. O desenvolvimento curricular necessita ocorrer permanentemente, de forma sis-

tematizada, organizada. Assim, a construção do novo currículo ocorre em processo, ou seja, cada unidade educacional planejada no novo currículo da FAMEMA é programada, executada, e re-programada para o ano letivo seguinte. Isto permite uma evolução constante.

O desenvolvimento curricular deve ser permanente em uma Instituição, sem que ela tenha obrigatoriamente que evoluir aos saltos e somente em “reformas curriculares”. A ABP pode constituir-se, além de uma metodologia ativa de ensino – aprendizagem, em uma estratégia para o desenvolvimento curricular permanente.

Na FAMEMA, com a elaboração de unidades educacionais foram inicialmente organizadas segundo os sistemas orgânicos, os ciclos de vida, ou as apresentações clínicas, conforme o quadro I, houve a necessária flexibilidade que permite o ajuste de cada unidade pelo grupo de docentes de diversas disciplinas que participam de sua construção ano a ano (KOMATSU et al., 1997; ZANOLLI et al., 1997).

Os subsídios para a análise dos ajustes necessários vêm da avaliação das unidades educacionais segundo estudantes e tutores, parte da avaliação do programa.

A primeira unidade, Introdução ao Estudo da Medicina, tinha 8 semanas de duração (KOMATSU; ZANOLLI, 1997), e para as demais eram previstas 6 semanas. Na evolução estas unidades vieram a ser organizadas segundo outras lógicas como ciclos de vida e necessidades de saúde, confluindo-se em um período maior e integrando novos conteúdos.

Quanto às unidades referidas como de apresentações clínicas, temos que uma apresentação clínica (MANDIN et al., 1995) deve: representar uma comum ou importante forma em que um paciente, grupo de pacientes, comunidade ou população apresente-se de fato ao profissional de saúde, situação em que, espera-se do graduado adequado desempenho; ser importante e substancial o bastante para garantir necessariamente uma abordagem interdisciplinar, cobrindo uma extensa área do conhecimento.

Quadro I – UNIDADES EDUCACIONAIS DAS 4ª SÉRIES INICIAIS DO CURSO DE MEDICINA DA FAMEMA EM 1999

1ª série						
Introdução ao Estudo da Medicina		Ataque e Defesa	Implicações do Crescimento Celular e Diferenciação	Pele e Tecidos Moles	Locomoção	Sistema Nervoso
Interação Comunitária						
2ª série						
Sistema Cardio-Vascular	Sistema Respiratório	Sistema Renal	Sistema Digestório	Sistema Hematológico	Sistema Endocrinológico	Eletivo
Interação Comunitária						
Habilidades Profissionais						
3ª série						
Mente e Cérebro	Prática Baseada em Evidência	Reprodução e Sexualidade	Eletivo	Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento	Envelhecimento	Introdução às Apresentações Clínicas
Interação Comunitária						
Habilidades Profissionais						
4ª série						
Eletivo	Apresentações Clínicas 1	Apresentações Clínicas 2	Apresentações Clínicas 3	Apresentações Clínicas 4	Apresentações Clínicas 5	Apresentações Clínicas 6
Interação Comunitária						
Habilidades Profissionais						

Os eletivos referem-se a estágios de livre escolha de cada estudante desde que de interesse comum do estudante e do Programa (o professor responsável pela série, o orientador do estudante, e o coordenador do curso devem estar concordes com a área de eleita pelo estudante), com duração de 6 semanas na 2ª, 3ª e 4ª séries, além do Internato. Objetiva-se proporcionar uma flexibilização curricular máxima nestes eletivos que permitam a cada estudante personalizar sua capacitação, aliando oportunidade e interesse.

Uma coordenação central do Programa faz-se necessária para monitorização e supervisão de todas as atividades desenvolvidas e das modificações necessárias. Tal coordenação deve ter vínculo estreito com uma equipe de avaliação dos estudantes e do programa.

O desenvolvimento curricular deve necessariamente ser orientado por diretrizes maiores como as propostas no Brasil pelo Conselho Nacional de Educação, que na área de saúde tiveram importante contribuição das propostas apresentadas pela Associação Brasileira de Educação Médica e pela Rede UNIDA (1998).

Na FAMEMA desenvolvemos um programa de ensino – aprendizagem, centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade. Há uma marca registrada do nosso currículo além da metodologia da ABP: a unidade educacional de Interação Comunitária – IC, que percorre horizontalmente as séries da graduação (SILVA; KOMATSU, 1997; SILVA, 2000).

A Interação Comunitária previa não somente a utilização do espaço da comunidade para a capacitação de profissionais de saúde, mas a atuação legítima na, com e para a Comunidade. Estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA atuam conjuntamente em grupos com 12 alunos e 1 docente. As ações desenvolvem-se em uma base territorial do Município de Marília, onde prioritariamente cada estudante permanecerá todas as séries, com atividades de complexidade crescente no decorrer da graduação.

Outra unidade educacional horizontal no currículo da FAMEMA é a de Habilidades Profissionais, que trabalha a partir da 2ª série, as habilidades: de comunicação, clínicas e cirúrgicas, com atividades práticas semanais. Estas duas unidades também foram integradas numa nova unidade de prática profissional.

O Internato do novo currículo da FAMEMA previa estágios integrados de saúde do adulto, saúde materno - infantil, emergência e trauma, além de eletivos. O Internato rotatório da FAMEMA, realizado na 5ª e 6ª séries, foi detalhado no Manual do Internato da FAMEMA (TSUJI; ZANOLLI, 2001) e infelizmente não trouxe grandes inovações.

Tal prática de inserção de estudantes, na comunidade e nos serviços de saúde do Município, pressupõe o desenvolvimento e a manutenção de uma sólida parceria entre a academia, os serviços e a comunidade.

A transição de currículos, e de turmas, com a coexistência do “tradicional” com o “novo” deve ser destacada, visto que, no Projeto FAMEMA 2000 previmos a introdução, série a série, a partir de 1997 do novo currículo com ABP. Assim, há que se referir a somatória de frentes de trabalho no desenvolvimento curricular, na administração do curso, e na avaliação.

A construção do novo currículo da FAMEMA, organizada em unidades educacionais configurou uma nova prática interdisciplinar.

Todas as unidades educacionais do novo currículo de Medicina da FAMEMA foram fruto de uma atuação interdisciplinar onde 10 a 15 docentes em média, oriundos de diversas disciplinas e com distintas formações, desenvolvem um trabalho de construção dos objetivos da unidade, dos problemas educacionais, da organização dos recursos de aprendizagem e das atividades práticas pré-programadas. Dois dos docentes organizadores da unidade assumiam a função de coordenadores do processo, e as equipes de construção das unidades educacionais contam com assessoria pedagógica.

Resultou deste processo a criação de unidades educacionais que não são o reflexo curricular de uma disciplina ou de uma prática unidisciplinar, mas de múltiplas disciplinas, em uma prática interdisciplinar.

Tais unidades educacionais vão oferecer aos estudantes uma nova óptica da aprendizagem baseada em problemas, orientada por uma abordagem integrada de cada situação-problema, de maneira a não persistir na fragmentação de conteúdos impostos, mas favorecer a aprendizagem significativa de cada estudante.

Poderíamos destacar alguns esforços na transformação curricular da FAMEMA: a capacitação docente, a organização de recursos educacionais, e a avaliação.

A capacitação docente na FAMEMA foi impulsionada no contexto do desenvolvimento e da institucionalização do Projeto UNI Marília (LIMA et al., 1996). Foram realizadas oficinas de didática, pedagogia, e sobre ABP com diferentes enfoques. Atualmente concentram – se as atividades na frente de capacitação de docentes (tutores). O maior desafio é sem dúvida a mudança cultural: do processo centrado no professor, em disciplinas, e em departamentos, para centrado (também, e principalmente) no estudante e na aprendizagem.

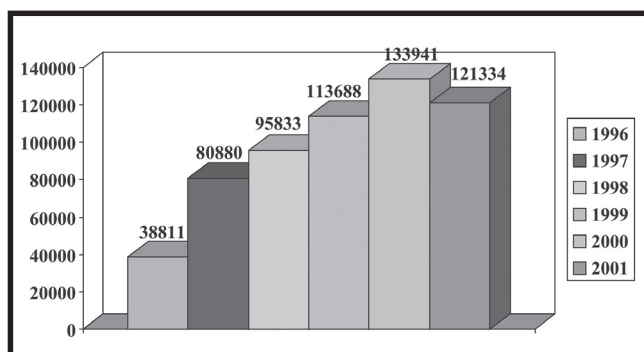
A integração da dimensão social no currículo de Medicina continua como um desafio para a capacitação de docentes e discentes. Uma análise desta problemática na FAMEMA já foi realizada por Lima (2000).

Foram desenvolvidos programas para formação e aprimoramento de tutores que usualmente iniciavam-se com uma oficina de trabalho sobre o processo de tutoria e a ABP, prosseguindo ao longo de 12 semanas em que eram tratados temas como dinâmica de grupo, prática baseada em evidências, bioética, e avaliação. O docente ainda assumia uma co-tutoria (período médio de 12 semanas) antes de iniciar-se na função de tutor. Seguiram-se esforços de educação permanente nas reuniões de tutores que precedem ou se sucedem às sessões de tutoria.

Na organização de recursos de aprendizagem em um programa com ABP deve-se privilegiar a criação de ambientes de (auto) aprendizagem. Na FAMEMA os investimentos concentraram-se na Biblioteca, e nos Laboratórios de Aprendizagem (KOMATSU, 1997): Informática, Morfo – funcional (GALBIATTI et al., 2000), e Habilidades Profissionais.

Como se pode ver no gráfico 1, a utilização da Biblioteca da FAMEMA, segundo o demonstrativo de empréstimos e consultas, apresentou um aumento significativo coincidente com a implementação da ABP na 1ª série em 1997, 1ª e 2ª séries em 1998, e 1ª, 2ª e 3ª séries em 1999, e 1ª a 4ª séries no ano 2000, o que denota a necessidade da adequação do acervo e da área física como recurso prioritário à metodologia de ensino – aprendizagem.

Gráfico 1 - DEMONSTRATIVO DO MOVIMENTO DA BIBLIOTECA DA FAMEMA EMPRÉSTIMOS e CONSULTAS



Fonte: Biblioteca da FAMEMA

Notas: 1. Greve em dezembro de 2000;

2. Suspensão do empréstimo domiciliar de periódicos, e falha na coleta de dados em 2001 (sub-notificação)

A avaliação do curso médico propicia informações válidas e oportunas que permitem identificar e corrigir as áreas que requerem atenção, tanto específicas de estudantes e tutores, como do programa, unidades e recursos educacionais, objetivando a melhoria de processos e produtos, dentro do conceito de avaliação formativa. Também é estimulado e favorecido o desenvolvimento da auto-avaliação, da avaliação do trabalho em grupo ou equipe, e da avaliação de tutores (KOMATSU et al., 1998).

Um grupo formado por docentes e representantes dos estudantes responsabilizou-se pelo desenvolvimento da proposta de avaliação buscando garantir e aperfeiçoar a coerência desta com os objetivos educacionais do currículo. Foram construídos documentos e instrumentos objetivando a análise do processo ensino-aprendizagem, do desempenho dos estudantes e das unidades e recursos educacionais.

Os documentos que avaliam o processo ensino - aprendizagem trazem um roteiro para a análise de habilidades e atitudes nos trabalhos realizados para e durante as sessões de tutoria e ao final de cada unidade educacional, aplica-se o exercício de avaliação cognitiva - EAC, para aferição, através de um ensaio modificado com questões escritas baseadas em problemas visando aferir conhecimentos específicos. Outras modalidades de avaliação tais como o exame clínico objetivo estruturado – OSCE, e o mini-OSCE (LIMA, 1999) foram utilizadas.

O conceito dos estudantes, baseado no seu desempenho em relação aos objetivos educacionais é considerado satisfatório ou insatisfatório. O estudante que obtiver um conceito insatisfatório deve desenvolver programas específicos para melhoria de seu desempenho, de acordo com as dificuldades identificadas. A progressão nas séries somente acontece após a obtenção de conceito satisfatório em todas as unidades daquela série, porém, não impede que o estudante curse as unidades subsequentes.

A avaliação foi efetivamente utilizada na melhoria do processo ensino-aprendizagem e foi considerada uma importante ferramenta de transformação para todos que participaram desta construção coletiva (KOMATSU et al., 1998).

A despeito de todas as dificuldades da transformação curricular na FAMEMA, cremos que exista neste momento uma reflexão profunda sobre as práticas docente e discente, o que possibilita uma renovação de valores e parâmetros educacionais, aproximando-os da realidade do mundo que habitamos.

Lembramos que em nossa opinião o sucesso de programas como o da Universidade de McMaster deve-se não somente ao emprego da ABP, mas ao desenvolvimento educacional rumo às reais necessidades da sociedade. Isto

leva neste momento as escolas a aproximarem-se e integrarem-se à comunidade, sem o que continuaríamos distantes e isolados da realidade.

Inexiste aprendizagem sem a prática e a realidade. Os problemas de papel devem desafiar e motivar para a prática e a realidade.

Aprendizagem baseada em problemas soma-se e complementa-se com a aprendizagem baseada na prática (BARROWS, 1994) e objetiva atingir plenamente uma aprendizagem baseada na realidade. Somente a realidade integra os objetivos maiores de uma plena capacitação de nossos graduandos ou profissionais (KOMATSU et al., 1998).

Este programa continuou seu desenvolvimento curricular permanente, tratando-se neste capítulo apenas da fase inicial de seu desenvolvimento histórico.

Desenvolver permanentemente o currículo passa então a ser a meta do trabalho docente-discente, e trabalhar em equipes interdisciplinares um fato presente e futuro de intensidade e magnitude ditada pelas possibilidades e limites das próprias equipes:

“Uma educação que abraça a interdisciplinaridade navega entre dois pólos: a imobilidade total e o caos. A percepção da importância do passado como gestor de novas épocas nos faz exercer paradoxalmente o imperativo de novas ordens, impedindo-nos à metamorfose de um saber mais livre, mais nosso, mais próprio e mais feliz, potencialmente propulsor de novos rumos e novos fatos. O processo interdisciplinar desempenha um papel decisivo no sentido de dar corpo ao sonho de fundar uma obra de educação à luz da sabedoria, da coragem e da humanidade” (FAZENDA, 1998, p.8).

REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- BARROWS, H. S. **Practice-based learning: problem-based learning applied to medical education**. Springfield: Southern Illinois University School of Medicine, 1994.
- CAMPOS, J. J. B. Como abrir caminhos para a transformação do ensino médico no Brasil. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2/3, p. 11-20, maio/dez. 1999.
- CAMPOS, J. J. B., KOMATSU, R. S. Novos currículos de medicina na Famema e na UEL: uma construção permanente rumo à realidade presente e futura. **Olho Mágico**, Londrina, v. 8, n. 2, p. 8-10, maio/ago. 2001.
- FAZENDA, I. **Didática e Interdisciplinaridade**. Campinas: Papirus, 1998.
- GALBIATTI, J. A.; OLIVEIRA, M. S. L.; FUHRMANN-NETO, M.; SANO, R. S.; MIYASHITA, D.; ANDRADE, V. L. C.; BITUMORENO, J.; KOMATSU, R. S. Laboratório Morfo-Funcional: um centro de recursos para a auto-aprendizagem na metodologia de ABP. **Acta Acad.**, Marília, v. 2, n. 1, p. 6-7, dez. 2000.
- KOMATSU, R. S. (Org.). **Manual Famema**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 1999a.
- KOMATSU, R. S. Aprendizagem baseada em problemas: um caminho para a transformação curricular. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2/3, p. 32-7, maio/dez. 1999b.
- KOMATSU, R. S. (Org.). **Unidade 17 – Envelhecimento**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 1999c.
- KOMATSU, R. S. Educação médica responsabilidade de quem? Em busca dos sujeitos da educação do novo século. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 55-61, jan./abr. 2002.
- KOMATSU, R. S.; ZANOLLI, M. B. Introduction to the study of Medicine: first educational unit (block) in a PBL curriculum. In: NETWORK OF COMMUNITY-ORIENTED EDUCATIONAL INSTITUTIONS FOR HEALTH SCIENCES ANNIVERSARY CONFERENCE, 20., 1997, Mexico City. **Programme...** Mexico City: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, 1997. p. 240-241. Abstract.
- KOMATSU, R. S.; ZANOLLI, M. B.; PADILHA, R. Q. PBL curriculum: a new reality at Marília Medical School / FAMEMA. In: NETWORK OF COMMUNITY-ORIENTED EDUCATIONAL INSTITUTIONS FOR HEALTH SCIENCES ANNIVERSARY CONFERENCE, 20., 1997, Mexico City. **Programme...** Mexico City: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, 1997. p. 242-243. Abstract.
- KOMATSU, R. S.; ZANOLLI, M. B.; LIMA, V. V. Aprendizagem baseada em problemas. In: LIMA GONÇALVES, E.; MARCONDES, E. (Coord.). **Educação médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 223-237.
- KOMATSU, R. S.; PADILHA, R. Q.; CALEMAN, G. Interdisciplinaridade na educação médica: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 81-93, nov./dez. 2000.
- KOMATSU, R. S.; ZANOLLI, M. B.; LIMA, V. V.; BRANDA, L. A. **Guia do processo de ensino aprendizagem: “aprender a aprender”**. 2. ed. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 1998.
- KOMATSU, R. S.; VENTURELLI, J.; LIMA, V. V.; ZANOLLI, M. B.; SILVA, R. F.; PADILHA, R. Q. A new MD program at the Faculty of Medicine of Marília: a two year experience in the process of change towards an integrated, student centered, problem-based learning (PBL), and community oriented program: a case study. In: CONWAY, J., MELVILLE, D., WILLIAMS, A. (Ed). **Research and development in problem based learning PBL: a way forward**. Newcastle: Australian PBL Network, 1999. v. 5, p. 135-143.
- KOMATSU, R. S.; LIMA, V. V.; ZANOLLI, M. B.; CHIRELLI, M. Q.; COSTA, M. C. G. Trilhando novos caminhos: uma experiência pioneira. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS C., M. (Org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: HUCITEC, Buenos Aires: Lugar Editorial, Londrina: UEL, 1999. v. 2, p. 307-316.

-
- KOMATSU, R. S.; VENTURELLI, J.; LIMA, V. V.; ZANOLLI, M. B.; SILVA, R. F.; PADILHA, R. Q. A new MD curriculum at FAMEMA – Marília Medical School, Brazil. **Med. Teach.**, Basingstoke, v. 22, n. 3, p. 308, May 2000. Abstract.
 - KOMATSU, R. S. Aprendizagem baseada em problemas: sensibilizando o olhar para o idoso. Londrina: Rede UNIDA. Rio de Janeiro: ABEM. São Paulo: SBGG-SP. 2003.
 - LIMA, V. V. et al. **Caderno de avaliação da FAMEMA**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 1999.
 - LIMA, V. V. **Educação médica: a dimensão social no currículo do curso médico da Faculdade de Medicina de Marília em 1998 e 1999**. 2000. 296 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
 - LIMA, V. V.; KOMATSU, R. S. UNI-Marília: possíveis efeitos sobre as políticas educacionais. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS C., M. (Org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: HUCITEC, Buenos Aires: Lugar Editorial, Londrina: Ed. UEL, 1999. v. 2, p. 119-123.
 - LIMA, V. V.; KOMATSU, R. S.; PADILHA, R. Q. UNI Marília: capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de lideranças. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, n. 12, p. 90-96, jul. 1996.
 - MANDIN, H.; HARASYM, P.; EAGLE, C.; WATANABE, M. Developing a "clinical presentation" curriculum at the University of Calgary. **Acad. Med.**, Washington, v. 70, n. 3, p. 186-193, Mar. 1995.
 - MIGUEL, J. C.; VILLANI, V. G. **Nos bastidores da história, a origem da Faculdade de Medicina de Marília**. Marília, [198?]. 53 f.
 - THE NETWORK COMMUNITY-BASED EDUCATION FOR HEALTH PROFESSIONALS. **Position paper**. Maastricht, 2001.
 - SILVA, R. F. **Prática educativa transformadora: a trajetória da unidade educacional de interação comunitária**. 2000. 143 f. Tese (Doutorado)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
 - SILVA, R. F.; KOMATSU, R. S. *Community Interaction: a special activity in a new problem-based curriculum*. In: NETWORK OF COMMUNITY-ORIENTED EDUCATIONAL INSTITUTIONS FOR HEALTH SCIENCES ANNIVERSARY CONFERENCE, 20., 1997, Mexico City. **Programme...** Mexico City: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, 1997. p. 41-42. Abstract.
 - TSUJI, H.; ZANOLLI, M. **Manual do internato da FAMEMA**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2001.
 - WIERZCHON, P. M. Como abrir caminhos para a transformação do ensino médico: vivendo a realidade da mudança. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2/3, p. 27-31, maio/dez. 1999.
 - VENTURELLI, J. **Educación Medica: nuevos enfoques, metas y metodos**. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud – OPAS/ PAHO, 1997.
 - ZANOLLI, M. B.; KOMATSU, R. S. Tutors' training: beginning a PBL programme. In: NETWORK OF COMMUNITY-ORIENTED EDUCATIONAL INSTITUTIONS FOR HEALTH SCIENCES ANNIVERSARY CONFERENCE, 20., 1997, Mexico City. **Programme...** Mexico City: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, 1997. p. 138-139. Abstract.
 - ZANOLLI, M. B.; BRANDA, L. A.; KOMATSU, R. S. Building educational units in a PBL curriculum. In: NETWORK OF COMMUNITY-ORIENTED EDUCATIONAL INSTITUTIONS FOR HEALTH SCIENCES ANNIVERSARY CONFERENCE, 20., 1997, Mexico City. **Programme**. Mexico City: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, 1997. p. 247. Abstract.
-
- * Médico clínico e geriatra, mestre em epidemiologia, doutor em educação, chefe da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Faculdade de Medicina de Marília – Famema, foi Diretor de Graduação durante a implementação dos novos currículos de medicina e enfermagem entre 1996 e 2004.

HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA NO BRASIL

Regina Celes de Rosa Stella * João José Batista de Campos **



A história do ensino superior no Brasil tem início no século 19, mais precisamente em 1808, com a chegada de D. João VI e a corte portuguesa. Nesse ano, foram fundadas as três primeiras escolas superiores: a de Cirurgia e Anatomia da Bahia (hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia), a de Anatomia e Cirurgia do Rio de Janeiro (hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro) e a Academia de Guarda da Marinha, também no Rio de Janeiro. Estas e outras que se seguiram ao longo do período monárquico, num total de 24, foram criadas com a finalidade de formar os profissionais necessários ao aparelho do Estado e às necessidades da elite local, sempre por iniciativa da Coroa. A partir da proclamação da República, o ensino superior passa a sofrer transformações que guardam correspondência com as transformações políticas no País¹.

Marca importante da Primeira República, que se mantém, foi a descentralização (escolas estaduais e municipais) e a diversificação do sistema, representada principalmente por estabelecimentos privados, alguns de natureza confessional, outros criados por iniciativa da elite local.

As primeiras universidades foram criadas no período do Estado Novo (1930-45) e são resultantes parciais de um movimento de modernização do País, iniciado na década de 1920. Parciais porque o movimento pregava uma ampla reforma, com a criação de universidades que, além da formação profissional, instalassem cadeiras básicas e desenvolvessem pesquisas, mas o modelo adotado se limitou à criação de universidades em que coabitavam faculdades responsáveis pelo ensino de carreiras específicas, sem uma política comum. A legislação da época foi centralizadora, dispondo sobre cursos: currículo, sistema disciplinar, duração, cobrança de taxas e mensalidades de cursos de iniciativa privada.

Durante a Segunda República, em 1961, foi votada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, prevista na Constituição de 1946. Esta lei e suas complementações reformulam o Conselho Federal de Educação (CFE), que passa a ter entre suas atribuições fixar os currículos dos cursos superiores de todas as instituições de ensino e autorizar a abertura de novos cursos e instituições do setor privado.

No período militar (1964-80), as instituições de ensino superior, particularmente as universidades, foram consideradas focos de subversão, tendo sofrido intervenções e sido mantidas sob vigilância. Paralelamente, frente a uma conjuntura de fatores externos muito favoráveis, instala-se uma política econômica que acelera o desenvolvimento. Neste contexto, ocorreu uma reforma do ensino superior, que compreende: abolição de cátedras e sua substituição por departamentos, e organização de institutos básicos, divididos por área de conhecimento. Os currículos continuaram a ser rigidamente definidos pelo Conselho Federal de Educação (CFE), e os estudantes passaram a ter parte de sua formação fora do ambiente profissionalizante, nos institutos básicos.

Foram muito expressivas as medidas dirigidas à promoção de pesquisas e do ensino de pós-graduação por meio de políticas que envolveram a reformulação e o fortalecimento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes) e do Conselho Nacional de Pesquisa Científica e Tecnologia (CNPq) e a introdução do regime de tempo integral para os professores nas universidades federais. Nesse período, ocorreu significativa expansão do ensino superior, em especial do setor privado, que atendeu a demanda principalmente por intermédio de faculdades isoladas².

A retomada da democracia no Brasil com a promulgação da nova Constituição em 1988 e a revolução científica e tecnológica, aliada à internacionalização da economia, foram processos determinantes da Lei de Diretrizes e Bases da Educação no Brasil (Lei nº 9.394), finalmente editada em 20/12/1996. Foi proposta pelo reconhecido educador brasileiro Darcy Ribeiro, que a respeito dela afirma: “o novo texto procura libertar os educadores brasileiros para ousarem experimentar e inovar”, na compreensão de que “o grave é perpetuar a rotina” e o essencial é “garantir a qualidade”³. Esta lei e os decretos e portarias que dela se originaram alteraram significativamente o quadro legal e os processos de regulação do ensino superior no País.

Exemplos da necessidade de reformas educacionais são

mencionados em várias publicações da época. Em 1994, Pedro Demo⁴ afirma:

Educação e conhecimento constituem, hoje, eixo da transformação produtiva com equidade e fatores essenciais da efetiva cidadania construtiva e participativa. Neste contexto, a pesquisa ocupa o centro do desafio educacional em termos de inovação a serviço do homem, e a universidade é o lugar privilegiado da produção própria do conhecimento via pesquisa.

Entre as transformações necessárias à mudança curricular de um modelo extensivo, superficial, medíocre e caro para um intensivo, contido pelos marcos, Demo cita a pesquisa como método de construção de competência e o cuidado propedêutico, o que significa estabelecer como condição prévia à profissionalização a capacidade de construir o conhecimento.

A necessidade de revisão curricular é também mencionada, em 1995, pelo diretor do Instituto Paulo Freire, José Eustáquio Romão⁵:

Em outras palavras, cada vez mais será exigida do sistema educacional flexibilidade curricular e interdisciplinar, pois o homem do século 21 não será homem se não recuperar a categoria de totalidade, a capacidade de aprender a aprender, de se comunicar e cooperar entre os homens.

Os posicionamentos nacionais referendam a discussão internacional, crítica, a respeito do modelo de educação profissional baseado na racionalidade técnica, com currículos fragmentados, ciclos básicos e profissionalizantes, predomínio de conhecimento teórico, e período final de práticas para aplicação do conhecimento científico, sistemático, disciplinar adquirido previamente.

Segundo Schön⁶, em livro publicado em 1998 e traduzido para o português em 2000:

As escolas profissionais da universidade moderna, dedicada à pesquisa, estão baseadas na racionalidade técnica. Seu currículo normativo, adotado inicialmente nas primeiras décadas do século 20, quando as profissões especializadas buscavam prestígio através do estabelecimento de suas escolas em universidades, ainda incorpora a idéia de que a competência prática torna-se profissional quando seu instrumental de solução de problemas é baseado no conhecimento sistemático, de preferência científico. Assim o currículo profissional normativo apresenta, em primeiro lugar, a ciência básica relevante e, finalmente, um espaço de ensino prático no qual se espera que os estudantes aprendam a aplicar o conhecimento baseado na pesquisa aos problemas da prática cotidiana.

O autor relaciona a crise de desconfiança no sistema educacional com este modelo curricular que não alia ao conhecimento científico a arte, por ele entendida como um conjunto de competências inerentes às práticas de uma ou de um conjunto de profissões ensinadas através da reflexão na ação.

Em termos do ensino na área da saúde e no ensino médico, a década de 1990 traz importantes contribuições a partir de entidades envolvidas com o processo de formação e de trabalho, como as resultantes das ações da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e da Rede Unida de Desenvolvimento de Profissionais de Saúde (Rede Unida).

A Abem foi, no período de 1987-89, a instituição coordenadora do Estudo da Educação Médica nas Américas (Projeto EMA), apoiado pela Fundação Kellogg⁷. O projeto teve duas etapas: a primeira se destinou a preparar a representação das escolas médicas das Américas para uma intervenção qualificada na Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edimburgo em 1988; a segunda consistiu na análise situacional e formulação de um plano de ação a curto e médio prazos.

Para a implementação da tarefa nacional, a Abem necessitava de ações no interior das escolas médicas e também de alianças com a sociedade – principalmente com os setores mais relacionados à atuação profissional dos egressos dos cursos de Medicina – e com associações de classe de profissionais médicos, docentes e estudantes.

Esta articulação resultou na constituição da Comissão Interinstitucional de Avaliação de Escolas Médicas (Cinaem^{***}), que conduziu um projeto de pesquisa-ação com o objetivo de promover uma avaliação transformadora, integrando à avaliação uma metodologia moderna: planejamento estratégico e gestão de qualidade⁸. Durante a vigência do projeto da Cinaem (1991-2002), conseguiu-se identificar e pactuar com lideranças do movimento médico os chamados eixos da transformação – novo processo de formação, gestão, docência e avaliação –, além de avançar na discussão de metodologia adequada às mudanças pretendidas.

^{***} Associação Brasileira de Educação Médica, Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, Federação Nacional dos Médicos, Sindicato Nacional dos Docentes Universitários, Academia Nacional de Medicina, Associação Médica Brasileira, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina e Associação Nacional de Médicos Residentes.

Docentes, alunos, profissionais médicos e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) discutiram estas questões em 11 fóruns nacionais de avaliação, em oficinas de trabalho semestrais, estimulando a preparação de lideranças, a promoção de discussões no interior das escolas sobre seus currículos e a melhor compreensão da necessidade de mudança do modelo de formação por uma parcela expressiva da comunidade acadêmica. Produziram um documento-síntese – *Preparando a transformação da Educação Médica* (2000) –, que contribuiu para que, de alguma forma neste período, várias instituições de ensino médico no Brasil iniciassem ou desenvolvessem alterações, reformas ou potenciais transformações em seus currículos.

Em consonância com as discussões da sociedade e as exigências legais, em dezembro de 1997 o Ministério de Educação (MEC), por meio do Edital nº 4/97, convocou as “Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, a serem elaboradas pelas Comissões de Especialistas da SESu/MEC, atendendo ao inciso II do artigo 53 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação e o disposto na Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, que determinava como atribuição da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação a deliberação sobre as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação propostas com o auxílio das Comissões de Especialistas”.

As disposições básicas do edital esclareciam que:

- O objetivo das diretrizes era servir de referência para as IES na organização de seus programas de formação, permitindo flexibilidade na construção dos currículos plenos e privilegiando a indicação de áreas do conhecimento a serem consideradas, ao invés de estabelecer disciplinas e cargas horárias definidas na esperança da organização de um modelo capaz de se adaptar às dinâmicas condições de perfil profissional exigido pela sociedade, onde a graduação passa a ter um papel de formação inicial no processo contínuo de educação permanente, inerente ao mundo do trabalho;
- Os conteúdos a serem definidos nas diretrizes deveriam ter relação causal com o perfil de competências e habilidades do profissional desejado, para cada área/curso.

Desde a publicação do edital, a coordenação nacional da Rede Unida estimulou seus associados a formular e a debater suas propostas. Feito isso, tratou de sistematizar, com a colaboração de consultores especializados no campo da formação de profissionais de saúde, as propostas enviadas pelos projetos e instituições. Sua contribuição foi o produto do trabalho de dezenas de pessoas, inseridas ou não em instituições de

ensino superior, que acreditaram na disposição das Comissões de Especialistas da SESu e da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE) em repensar e renovar a educação dos profissionais de saúde no Brasil.

A Rede Unida reconheceu e apoiou a forma democrática como o CNE encaminhou este trabalho, propiciando a ampla participação da sociedade na elaboração das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação. Nesse sentido, a Rede participou ativamente de várias audiências públicas, fóruns, seminários e eventos, tendo em alguns momentos promovido tais encontros, com o objetivo de aprofundar análises e construir propostas concretas em torno do assunto.

Nesse contexto, a Rede Unida se destacou como o primeiro movimento, após a publicação do edital, que apresentou propostas de diretrizes para vários cursos – no documento intitulado Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde⁹ –, com a finalidade de contribuir para as discussões que se seguiram sobre as diretrizes gerais para a educação dos profissionais de saúde no século 21, destacando nas competências gerais as de atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. Esse documento foi encaminhado às Comissões de Especialistas da SESu e à Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Em 1999, a Cinaem apresenta suas contribuições ao debate nacional sobre as diretrizes curriculares, em sintonia com “o marco teórico proposto, os modelos de análise adotados e o eixo de desenvolvimento adotado para as propostas curriculares” para o novo processo de formação médica por ela recomendado¹⁰. O documento contém diretrizes para o médico a ser formado e diretrizes para a escola médica – processo de formação, docência e avaliação – e ressalta que as diretrizes nacionais, além de orientar as escolas médicas na construção de seus currículos, deverão referenciar os processos de avaliação e acreditação de cursos.

Em abril de 1999, a Comissão de Especialistas do Ensino Médico da SESu apresentou sua proposta, considerada pela Abem muito conservadora em relação ao Edital nº 4/97. Embora contendo perfil, competências e habilidades alinhados às propostas transformadoras, a organização curricular e seus conteúdos não davam ênfase à atenção primária, não favoreciam a integração e interdisciplinaridade, o ensino extramuros, a aproximação com os serviços de saúde e a comunidade, nem faziam referência a metodologias de ensino-aprendizagem que estimulassem o estudante a aprender a aprender, capacitando-o para a educação permanente.

No XXXVII Congresso da Abem, em outubro de 1999, os diretores das escolas médicas presentes examinaram o documento da comissão de especialistas e, insatisfeitos com estes encaminhamentos e preocupados com a tramitação burocrática e política das diretrizes curriculares para os cursos de Medicina, pediram à diretoria da Abem que, pautada na experiência adquirida graças à participação em projetos da entidade (EMA & Cinaem), solicitasse à SESu/MEC a sua revisão.

A diretoria da Abem também procurou o apoio da secretária de Políticas do Ministério da Saúde, que se manifestava na época claramente interessada na questão da formação de recursos humanos para o SUS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Com estas parcerias, teve força para negociar com a Diretoria de Políticas de Ensino Superior da SESu do MEC a revisão crítica da proposta da comissão de especialistas e posterior compatibilização com a proposta da Cinaem e a da Rede Unida.

Em janeiro de 2000, os diretores e coordenadores de 63 cursos de Medicina do Brasil realizaram a revisão crítica do documento proposto pelo SESu. Posteriormente, em agosto, elaboraram uma proposta de consenso, coerente com as premissas publicadas no Edital nº 4/97 e com os documentos apresentados inicialmente pela Rede Unida, depois pela Cinaem, e com outros mais pontuais também trazidos ao debate.

Esse documento, aprovado na reunião do Conselho Deliberativo da Abem realizado durante o XXXVIII Congresso Anual, em setembro de 2000, foi então encaminhado à SESu em 2 de outubro de 2000 e endossado pela Comissão de Especialistas em Ensino Médico enviada à Câmara de Ensino Superior (CES) do Conselho Nacional de Educação.

Em agosto de 2001, a pedido da Abem e da Rede Unida e com a presença de representações da Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde, Diretoria de Políticas da Secretaria de Educação Superior do Ministério de Educação e da Organização Pan-Americana de Saúde, além de outras associações profissionais da área da saúde, o Conselho Nacional de Educação promoveu em sua sede, em Brasília, uma audiência pública, para apresentação e discussão das propostas nacionais de diretrizes curriculares da área. Esta audiência encerrou a fase de elaboração de propostas, que passaram a ser apreciadas pela Câmara de Ensino Superior do CNE.

As diretrizes curriculares nacionais para a Medicina foram, finalmente, aprovadas com ligeiras modificações da proposta construída consensualmente pela Abem, Rede Unida e outras entidades, por meio da Resolução nº 718/2001 do CNE, homologadas pelo ministro da Educação e publicadas no Diário Oficial da União em 3 de outubro de 2001.

Tais diretrizes referenciam habilidades e atitudes necessárias para um perfil do formando, um profissional médico com boa formação geral, humanista, crítica e reflexiva; capacitado a atuar pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Dispõe o conteúdo curricular como conhecimentos a serem adquiridos em função das competências delineadas, tendo como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde mais frequentes, referidas pela comunidade e identificadas pelo setor saúde.

As diretrizes preconizam que o currículo deve utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência; incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania; promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional; utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, permitindo ao aluno lidar com problemas reais e assumir responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. Outros tópicos mencionam critérios de avaliação do processo de ensino-aprendizagem e do curso.

Aprovadas as diretrizes curriculares, a ABEM passou a discutir sua implementação, colaborando com a Secretaria de Políticas do Ministério de Saúde e com a Diretoria de Políticas da SESu na construção de uma proposta de incentivo às transformações curriculares nos cursos de Medicina, o Promed, lançado em dezembro de 2001 e iniciado em 2002 com 18 escolas médicas que tiveram seus projetos selecionados por pares avaliadores.

REFERÊNCIAS

1. Durham E. *Educação superior, pública e privada (1808-2000)*. In: Brock C, Schwartzan S (Org.). *Os desafios da educação no Brasil*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2005.
2. Couto RC. *História indiscreta da ditadura e da abertura: Brasil 1964-1988*. Rio de Janeiro: Record; 1988.
3. Ribeiro D. *A nova lei da educação nacional: falas, reflexões, memórias*. Brasília (DF): Gabinete do Senador Darcy Ribeiro; [1996].
4. Demo P. *Crise dos paradigmas da educação superior*. Educ. Bras. 1994; 16: 15-48.
5. Romão JE. *Paradigmas da modernidade e educação*. Educ. Bras. 1995; 17: 11-32.
6. Schön DS. *Educando o profissional reflexivo. Um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2000.
7. Chaves M, Rosa AR. *Educação Médica nas Américas: o desafio dos anos 90*. São Paulo: Cortez; 1990.
8. Gallo E. *Inovação, planejamento estratégico e gestão de qualidade nas escolas médicas brasileiras*. Cadernos da Fundap. 1996; (19).
9. Rede UNIDA. *Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde*. Revista Olho Mágico. 1998; 16.
10. Piccini RX, Facchini LA, Carvalho dos Santos R, org. *Comissão interinstitucional de avaliação do ensino médico: preparando a transformação da educação brasileira, Projeto CINAEM III fase, relatório 1999-2000*. Pelotas (RS): UFPEL; 2000.

* Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

** Secretaria Executiva da Rede Unida, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil

ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA NA GRADUAÇÃO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE

Laura C. M. Feuerwerker *

A mudança na graduação das profissões da saúde permanece um tema fundamental para todos aqueles preocupados com a consolidação do SUS e cada vez mais presente na agenda política dos gestores do SUS. Isso porque não parece possível produzir a reorganização das práticas de saúde sem interferir simultaneamente no mundo da formação e no mundo do trabalho.

O trabalho em saúde tem características particulares pelo fato de sua produção se dar, sempre, por meio do encontro entre duas pessoas, por mais institucionalizadas que estejam as práticas de saúde. Sem entrar em detalhes sobre esse tema fundamental, destaco que é no encontro das subjetividades que se materializa o espaço de liberdade e autonomia que os profissionais de saúde detêm na produção de seu trabalho.

É nesse espaço de liberdade, de trabalho vivo, em que é possível certo grau de invenção, que os trabalhadores colocam em operação suas concepções sobre saúde, cuidado, etc. Claro que as diferentes modalidades de organização do trabalho em saúde restringem mais ou menos esse espaço de liberdade, mas ele não é jamais totalmente suprimido.

Por isso os profissionais, suas concepções, seus projetos de cuidado e as tecnologias que desenvolvem para exercer seu trabalho são elemento fundamental de qualquer estratégia produzida com o objetivo de proporcionar a transformação das práticas. E é pela necessidade de aproximar a formação do mundo do trabalho e de oferecer aos futuros profissionais novas tecnologias e novos compromissos ético-políticos para o trabalho em saúde, que o processo de formação é também objeto indispensável de abordagem pelas políticas de saúde.

Parece-me oportuno tecer algumas reflexões sobre

as estratégias de mudança na formação a partir de três perspectivas: a dos movimentos de mudança; a das políticas públicas de saúde e de educação; e a perspectiva do desafio.

Os movimentos de mudança na graduação das profissões da saúde existem há muitos anos, antes mesmo da própria criação do SUS. Aliás, uma parte significativa dos quadros do movimento sanitário foi originalmente agente ativo de projetos de mudança na formação, como os de integração docente-assistencial.

As associações de ensino, isoladamente, ou articuladas com outras entidades e movimentos profissionais, e o movimento estudantil têm sido atores decisivos na construção de movimentos de mudança, de modo que a necessidade de mudar deixasse de ser objetivo/preocupação de alguns professores/departamentos de algumas escolas para se tornar uma questão relevante para todo um segmento profissional.

Também há, principalmente a partir das experiências de articulação das instituições de ensino com o SUS e os movimentos populares, algumas articulações multiprofissionais, que se fortaleceram com o movimento pela definição de diretrizes curriculares afinadas com as necessidades do SUS.

A agenda dos movimentos foi se tornando mais complexa e mais política à medida que as diferentes experiências de mudança se concretizaram e possibilitaram uma compreensão mais abrangente e sistemática sobre o tema. A natureza da mudança, suas implicações, as relações entre a formação e a organização do trabalho em saúde, as especificidades educacionais envolvidas, a complexidade das instituições de ensino, a diversidade dos atores foram temas progressivamente incluídos e trabalhados.

Muitas tentativas e experiências de mudança nos últimos 15 anos foram sendo implementadas: umas mais pontuais, outras mais abrangentes, outras mais radicais. Aprendemos muito com elas.

Chegou-se coletivamente à conclusão de que mudanças duradouras e profundas somente seriam construídas de maneira ampla se houvesse políticas públicas que operassem nesse sentido. Então, uma das bandeiras dos movimentos de mudança passou a ser a reivindicação de políticas públicas de saúde e de educação que favorecessem, apoiassem, estimulassem os processos de transformação.

A primeira conquista foi o Promed, depois vieram os Pólos de Educação Permanente, o VER-SUS, o AprenderSUS, o convite para trabalhar com a integralidade como eixo da mudança, etc.

Mais adiante vou falar sobre as políticas, mas neste momento quero destacar o seguinte. Quando o Ministério da Saúde assumiu ativamente a proposição de políticas para a graduação, houve um momento de surpresa, uma certa desarticulação dos movimentos, que precisa ser discutida.

O tempo foi curto, pode ser que as agendas próprias e a capacidade de proposição se configurassem. Mas quero destacar que os movimentos de mudança devem se relacionar com os governos, porém precisam ter clareza de aonde querem chegar e como querem chegar.

Ou seja, os movimentos de mudanças, que tanto batalharam por políticas favoráveis, não podem ficar sem agenda própria e sem capacidade de proposição para atuar nos diferentes espaços que as políticas propiciam.

Precisam saber como se posicionar nos diferentes espaços, precisam se posicionar como movimentos e não como escolas ou profissões isoladas, precisam saber se vão caminhar separados ou articulados e em que termos deve ocorrer essa articulação, como e para quê.

Neste momento, creio que a articulação dos movimentos de mudança das várias profissões da saúde é uma necessidade e menciono alguns pontos que devem fazer parte de uma agenda comum:

- a construção das competências comuns das profissões da saúde (elas não fazem parte do repertório habitual de nenhum curso; se não forem perseguidas, não serão desenvolvidas e podem perfeitamente ser trabalhadas articuladamente, pelo menos trocando-se experiências);
- a construção da rede-escola ou dos espaços de aprendizagem na rede de serviços de saúde (todos os cursos estarão lá, de preferência integrados ao trabalho na rede, planejando e avaliando junto com as equipes locais; as

SMS agradecerão se as profissões conseguirem se articular para esse trabalho de aproximação – e a enfermagem tem mais experiência acumulada que a medicina e qualquer outra profissão da saúde nesse campo);

- a construção da integralidade/trabalho em equipe multidisciplinar (só vamos aprender fazendo, de maneira articulada entre profissões e entre níveis de atenção. A configuração de redes de cuidado me parece um ponto interessantíssimo de trabalho, pois quebra a separação da atenção básica em relação aos demais serviços, quebra a separação da saúde coletiva e da clínica, e é um desafio para as instituições de ensino e também para os gestores do SUS).

Do ponto de vista das políticas de educação e de saúde, algumas questões me parecem centrais. Existe maior discussão dos movimentos de mudança com o Ministério da Saúde do que com o Ministério da Educação, já que o primeiro se mobiliza para apoiar e instigar as mudanças, e o segundo não tem a graduação e sua transformação como uma agenda estabelecida.

No entanto, enquanto a mudança na graduação e a implementação das diretrizes curriculares na área da saúde não entrarem na agenda do MEC, do Inep e das proreitorias de graduação, o potencial dos movimentos de mudanças será sempre limitado. Será mais difícil atingir o núcleo duro da organização da graduação (valorização do trabalho docente, critérios de avaliação, preparação pedagógica sistemática e universal de docentes, etc.), e, em consequência, as mudanças serão ainda periféricas, tema e preocupação de alguns.

O tema da avaliação é particularmente estratégico. A avaliação da graduação, à semelhança da avaliação da pós-graduação, tem que ter uma direcionalidade clara e tem que fazer diferença. O que ganha atualmente uma instituição de ensino ou um curso por ser bem avaliado? O que perde uma instituição mal avaliada? Se a implementação das diretrizes for o eixo da avaliação e se esta tiver consequências concretas, a força do apelo à mudança será muito diferente. Além disso, ninguém vai conseguir avaliar a magnitude e o significado das mudanças sem contar com o respaldo da avaliação institucional, oficial, promovida pelo MEC.

Por outro lado, o Ministério da Saúde pode e deve desenvolver estratégias específicas, apoiar e provocar mudanças, mesmo que a Educação ainda esteja tímida. Mas tem que ter como focos de provocação o perfil dos profissionais e a promoção do encontro entre instituições formadoras e o SUS.

Esses são os temas que lhe cabem como ordenador da formação, se quiser trabalhar em conjunto com o MEC (sem invadir seus espaços e sem se configurar como uma “SESu paralela”); se quiser contribuir ativamente para que o setor da educação se ocupe institucionalmente da mudança na graduação.

Além disso, o papel ordenador do SUS não pode ser cumprido somente pelo Ministério da Saúde. Os gestores municipais do SUS são parceiros indispensáveis nessa batalha, porque é no espaço da rede de serviços que a formação tem que acontecer. Ora, gestores municipais não se ocupam de modelo pedagógico e de avaliação do ensino superior, mas podem se ocupar de construir a rede-escola se esse investimento facilitar a construção de práticas inovadoras, a constituição de redes de cuidado e a perspectiva da integralidade. Gestores são pragmáticos e têm uma agenda bem concreta...

As políticas de saúde e de educação, para favorecer a formação de profissionais com perfil adequado à atenção à saúde de qualidade, também não podem se restringir à graduação. Têm que atingir também as políticas de especialização, sobretudo na medicina. Nem é preciso falar muito sobre o impacto e a influência que as residências têm sobre a graduação. Sem mudar os critérios de acesso, a oferta de vagas e a articulação das residências com o SUS, o impacto e a extensão das mudanças na graduação ficam muito limitados.

Por fim, o tema desafiador. A mudança na graduação, a concepção ampliada de saúde, a integralidade, as práticas inovadoras, a rede de cuidados só vão “emplacar” efetivamente dentro das escolas se forem objetivos a serem atingidos em todos os serviços de saúde e não somente na rede pública, que é a tradução mais freqüente de “SUS”.

Explico. O ideal de prática que ilumina os desejos, corações e mentes dos estudantes de graduação na área da saúde é a prática privada. Não importa que os maiores empregadores em saúde do País sejam os municípios. Não importa que a maior parte dos profissionais vá, no futuro, inserir-se majoritariamente nos serviços de saúde. Socialmente, o setor privado é reconhecido como o que concentra as “boas práticas” e os profissionais “bem-sucedidos”.

Dessa constatação, derivo duas consequências importantes: a prática privada também tem que ser objeto de reflexão crítica (e, se possível, de experimentação e vivência) durante a graduação.

As diretrizes curriculares dizem que “todos os espaços em que se produz saúde” têm que ser cenários de prática durante a formação. Ora, por que então excluir os espaços de prática privada?

É difícil incluir as práticas e a vivência real dos estudantes no setor privado? Claro que sim. Pois, apesar de ser a referência social, muitas vezes ilusória, das “boas práticas”, o setor privado não se abre à reflexão pública. Por muitos motivos, entre os quais destaco o fato de estarmos falando de empresas, que não se abrem à exposição e não têm compromissos públicos com a formação de profissionais. E também porque prevalece o mito, preconceituoso, de que “só os pobres” podem se dispor a ser “objeto de aprendizagem”.

Esses são conceitos a serem desconstruídos. Saúde, constitucionalmente, é reconhecida como um bem público. Então, a atenção em saúde em todos os espaços deve ser objeto de conhecimento, reflexão e aprendizagem!

Em segundo lugar, há uma oportunidade. A Agência Nacional de Saúde Suplementar vem trabalhando para incluir a qualificação da atenção como um dos pontos de negociação com os prestadores privados. A qualificação da atenção inclui integralidade, continuidade do cuidado, trabalho em equipe, responsabilização, vínculo e outros valores conhecidos e perseguidos pelos serviços públicos de saúde. A Agência quer construir linguagem e valores comuns entre todos os serviços de saúde, já que todos eles são SUS. Além disso, a Agência quer estimular as instituições de ensino e de pesquisa a incluir o setor privado como objeto de ensino e de pesquisa na graduação e na pós-graduação.

Apesar de “novo” e “estranho”, esse novo objeto, trabalhado à luz dos princípios do SUS, pode abrir portas inimagináveis dentro das escolas e, sobretudo, junto aos estudantes.

Desse modo, efetivamente o papel ordenador do SUS não será visto como restrito à formação dos profissionais que vão trabalhar nos serviços públicos, em particular na atenção básica, mas incluirá de fato a preocupação com a formação de qualidade de todos os profissionais, não importando os serviços em que irão trabalhar.

Vale aproveitar a oportunidade e encarar o desafio!

* Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL: PARA NÃO PERDER O TREM DA HISTÓRIA

Jadete Barbosa Lampert *

INTRODUÇÃO

Ao avaliar as tendências de mudanças na formação dos profissionais médicos¹, no Brasil, se impõe situar-nos no momento histórico, para não perder o trem da história, nos situando no tempo e espaço desta viagem. A contextualização histórica traz a visão de fatos e acontecimentos passados que mostram com mais clareza o desafio institucional contemporâneo das escolas frente às mudanças. O desafio, no âmbito das escolas formadoras de profissionais da saúde, é municiá-los com conhecimentos, habilidades e atitudes para que dêem conta, no âmbito de sua profissão, de atender de forma qualificada e multiprofissional as diversificadas necessidades em saúde da população brasileira.

As mudanças preconizadas na formação do profissional da saúde estão ditadas pelas Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação (MEC, 2001/2002), permeando o contexto da sociedade onde foram construídas no sentido de efetivar a transformação do modelo de assistência. A assistência em saúde, que excessivamente fragmentou-se com o aumento dos conhecimentos e tecnologias na forma de especialidades e a criação de novos cursos da área da saúde, tem tido dificuldade de ver o indivíduo por inteiro no seu contexto. A transformação passa por inquietações, questionamentos, reflexões e mudanças de concepções na construção de um novo modelo que dê conta e complemente o que o hegemônico deixou de atender.

Este trabalho tem por objetivo auxiliar a percepção do momento de mudanças na contextualização histórica. Então, de forma sucinta faz-se referência temporal e espacial de fatos que auxiliam o melhor entendimento do momento e o porquê das mudanças na formação do profissional da saúde. Também, para o entendimento da necessidade de construir um processo avaliativo do qual a mudança não pode prescindir, que seja capaz de acompanhar de forma construtiva e participativa a dinâmica dos processos, que envolvem aspectos bio-psico-sociais, políticos, econômicos e ambientais.

CONTEXTO HISTÓRICO

O modelo de ensinar evoluiu através dos tempos. Nos primórdios da civilização o aprendiz para dominar um ofício acompanhava o mestre como assistente, auxiliava e, logo, após exercer as atividades, de certo modo supervisionadas, passava a atuar de forma autônoma. Mas, na idade média, quando surgem as escolas como instituição, as universidades medievais, estas são constituídas como organização com estrutura e sistema administrativo totalmente independente dos serviços de assistência. Portanto, na saúde, a formação dos profissionais tem sido desvinculada da prestação da assistência na rede de serviços. Naquele momento, houve uma separação entre o trabalho manual e o trabalho intelectual. Esta dissociação entre o estudo (escola) e o trabalho (serviço), que pode ser observado, ainda nos dias de hoje de forma marcante, nos desafia a reconstruir esta aproximação como nos primórdios, mas em um outro contexto bem mais complexo, do qual devemos ter uma boa percepção para melhor nos situar.

A atividade prática do estudante, ao ocorrer esta separação entre estudo e trabalho, ficou sendo considerada como tarefa didática apenas sem nenhum compromisso com a prestação de serviços junto à comunidade durante sua formação.

Ainda recente, tem-se como exemplo desta desvinculação entre ensino e assistência, a história dos hospitais universitários. Instituições de alto custo foram criadas para atender ao ensino prático dos cursos da área da saúde, em especial ao da medicina. O atendimento aos pacientes era decorrência da tarefa didática de ensinar a prática profissional. No início de suas existências, quando as residências médicas ainda não haviam se expandido, não raro, estes hospitais fechavam durante as férias letivas (década de 70), uma vez que neste período desaparecia a sua razão de funcionar, ou seja, o de atender as demandas didático-pedagógicas do curso médico. Independente das demandas da assistência, a agenda das con-

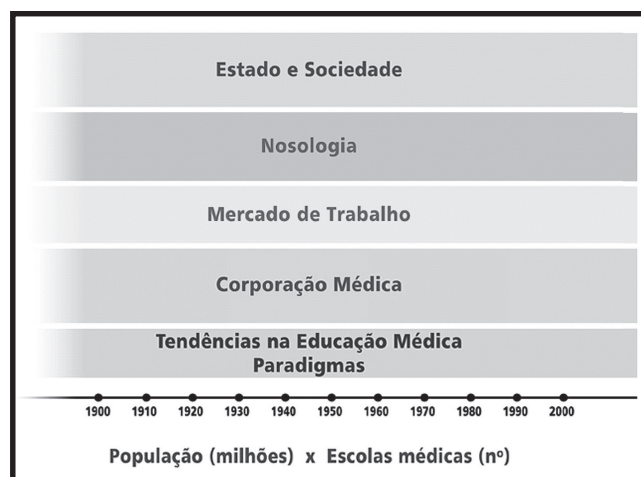
sultas ambulatoriais limitava-se, e alguns casos hoje ainda é critério usado, ao número de consultas tidas como necessárias para o ensino da prática. Ficava, então, o número de consultas, exclusivamente a critério dos professores de cada disciplina, sem compromisso e com pouca percepção das demandas da sociedade para estes serviços.

Outro registro a ser feito, na contextualização histórica para melhor perceber o processo de mudanças, refere-se à produção de conhecimentos. Nos últimos 40 anos os conhecimentos científicos e tecnológicos cresceram sem precedentes, sendo o montante maior do que a soma dos conhecimentos produzidos até então. O conhecimento, ao desenvolver-se como ciência, se fragmentou em áreas especializadas que apresentam grande dificuldade de comunicação. Edgar Morin (1996), o sociólogo do pensamento complexo, evidencia de forma exemplar a disjunção entre os conhecimentos. O cérebro e o espírito são inseparáveis, argumenta, o conceito de cérebro é dado pelo espírito, e o espírito não existe sem o cérebro. No entanto, no desenvolvimento do conhecimento o estudo do cérebro está localizado na neurociência, dentro das ciências biológicas, e o estudo do espírito, do pensamento está nas ciências psicológicas, na psicologia cognitiva, na psicanálise, dentro das ciências sociais e humanas, que mesmo dentro das universidades têm grande dificuldade para comunicar-se. Caracteriza assim a forma como se estruturou a produção de conhecimentos de forma disjunta, em áreas fragmentadas de saber que não se comunicam, dificultando o conhecimento do conhecimento. Conseqüente, a visão e a abordagem da integralidade em saúde, para onde aponta o paradigma em construção, requer que se ampliem e interliguem caminhos, construindo o conhecimento do conhecimento, e em especial, percebendo o conjunto do ser humano bio-psico-social. Juntar sem confundir e distinguir sem separar são desafios do pensamento complexo, que carece da construção de novos conhecimentos para preencher os espaços que separam as diversas áreas de conhecimentos.

O modelo que induziu a fragmentação do conhecimento teve grande impulso na área da saúde com o Relatório Flexner (1910), conferindo um modelo que tem sido oriundo do denominado paradigma flexneriano ou tradicional. As especialidades médicas nos cursos de graduação, no Brasil, se estruturaram na forma de disciplinas, agrupadas em departamentos localizados em ciclos básico e profissionalizante (Reforma Universitária, 1968), sendo sempre muito laboriosas e pouco efetivas todas as iniciativas de integração interdisciplinar, ainda, que dentro de um mesmo departamento.

Percorrendo no trem da história alguns eventos do século XX se percebe na seqüência movimentos de âmbito nacional e mundial, que mostram o processo de construção das mudanças no Brasil. Nesta viagem para melhor compreensão espacial e temporal das mudanças ocorridas, traça-se um paralelo de forma bastante sintetizada entre a evolução dos seguintes aspectos: relação entre Estado e Sociedade; perfil das doenças prevalentes; mercado de trabalho para o profissional médico; organização da corporação médica; paradigmas da educação e assistência médica; crescimento da população brasileira; e número de escolas médicas no âmbito nacional (quadro I e II).

Quadro I – Aspectos referidos para traçar um paralelo de fatos históricos no século XX



Estado e Sociedade

Estado entendido como o espaço de poder criado pela sociedade para o estabelecimento do governo, que nos regimes democráticos é ocupado por governantes eleitos pela sociedade organizada em partidos políticos. No decorrer do século XX o Estado, representado pelos governos que se sucedem na ocupação deste espaço, permeado no Brasil por duas ditaduras, vai mudando de postura e assumindo compromisso crescente no setor social com a saúde e a educação da população em geral, da sociedade.

Nosologia

No estudo das moléstias se visualiza o perfil das doenças prevalentes reconhecidas que exigem providências para o diagnóstico, tratamento e reabilitação, como para a proteção da saúde no âmbito individual e coletivo, na promoção da saúde e na prevenção das doenças.

Mercado de Trabalho

Espaço onde se estruturam sistemas e serviços e se estabelecem normas e legislação para a oferta e procura de assistência, visando atender uma clientela que busca satisfazer suas necessidades em saúde. A relação entre profissional e o seu trabalho, aparentemente é simples na relação direta entre tarefas a serem feitas e pessoas capazes de desempenhá-las. Mas a realidade é mais complexa, as tarefas, os profissionais, e as ligações entre eles mudam continuamente. As transformações acontecem fora do mundo profissional, e decorrem de forças tecnológicas, políticas e sociais, que dividem e reagrupam as tarefas no que constitui o mercado de trabalho (Abbott, 1988).

Corporação Médica

A criação de uma associação profissional nacional faz parte das etapas da profissionalização de uma ocupação, assim como a criação de um sistema de ensino formal (Wilensky, 1970). No Brasil, a organização dos médicos em associação, constituindo suas atividades e serviços dentro das características próprias de uma profissão, inicia no século XIX. Os médicos, no início do século XX já dispu-

nam da Academia Nacional de Medicina, fundada em 1829, como Academia Imperial de Medicina, e assim denominada até 1885. Como também da Sociedade de Medicina e Cirurgia, hoje federada da Associação Médica Brasileira, fundada em 1887.

Tendências na formação médica

Na dinâmica da formação dos profissionais de saúde e da oferta e procura dos serviços, percebem-se modelos hegemônicos na formação e as tendências que se refletem na assistência prestada em saúde à população.

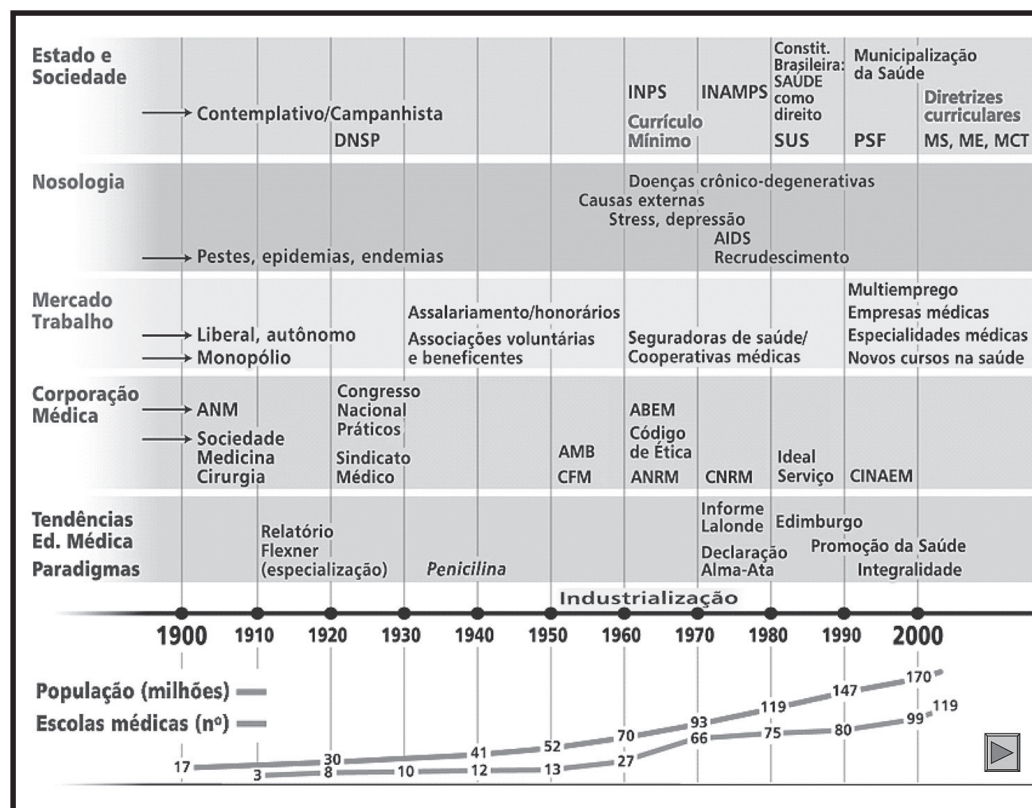
População

Mostra o crescimento da população brasileira em milhões, segundo o IBGE, no âmbito do território nacional brasileiro.

Escolas Médicas

Traz o número de escolas médicas no Brasil, que eram três na entrada do século XX. Inicialmente, duas, uma em Salvador (Bahia) e outra no Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), ambas criadas por D. João VI quando aqui chegou com a sua família e corte, em 1808. A terceira escola foi criada no final do século, em 1897, em Porto Alegre (Rio Grande do Sul). Ao final do século, já existia uma centena delas.

Quadro II - Seqüência de décadas do século XX mostra alguns eventos relevantes, no Brasil, na contextualização histórica da assistência em saúde



Legenda:

- DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- PSF – Programa Saúde da Família
- ANM – Academia Nacional de Medicina
- CFM – Conselho Federal de Medicina
- AMB – Associação Médica Brasileira
- ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
- ANRM – Associação Nacional de Residência Médica
- CNRM – Conselho Nacional de Residência Médica
- CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
- SUS – Sistema Único de Saúde

1. Estado e Sociedade

No decorrer do século XX, o Estado, representado pelos governos que se sucedem na ocupação deste espaço, permeado por duas ditaduras, vai mudando de postura e assumindo compromisso crescente com a saúde e a educação da sociedade.

No início do século, a posição do Estado no que se refere à saúde da população é percebida como contemplativa, limitando-se a acionar campanhas por ocasião das epidemias e pestes sob a orientação dos profissionais médicos da época. Gradativamente o Estado vai assumindo compromisso maior. A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), considerado primeiro sistema de saúde de âmbito nacional, em 1922, constitui passo importante nesta caminhada. Este departamento estabelece a notificação compulsória para as doenças infecciosas, ou seja, o médico era obrigado a fazer o registro, notificar, as doenças infecciosas que diagnosticasse, favorecendo a estruturação para estudos, erradicação e controle de doenças. A medicina preventiva e a assistência médica às coletividades representaram um campo preferencial para as primeiras experiências de interferência de gestão e produção de serviços estatais no Brasil (Pereira Neto, 2001). Mais tarde, na década de 60, o Estado cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS, 1966) unificando as previdências sociais existentes (IAPC, IAPB, IAPI, IPASE, IAPETEC) e ampliando sua abrangência. Depois, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) constituiu grande poder centralizador e incentivou as especializações, abrindo concursos para as especialidades médicas. Em período de grande industrialização, na década de 50, houve estímulo à urbanização e conseqüente êxodo rural, produzindo grande massa operária. O sistema de saúde do estado que se caracterizava por ser sanitarista e campanhista, deslocou seu foco para a saúde do trabalhador, dando destaque para o atendimento individual (Crossman & Patrício, 2004)².

As décadas de cinquenta e sessenta com período marcadamente industrial, no país, houve o crescimento de demandas em saúde que o estado respondeu impulsionando a criação de novas escolas médicas sem o planejamento requerido. Alertado sobre os riscos decorrentes, o Conselho Federal de Educação homologou a resolução n.8 (MEC, outubro, 1969), estabelecendo o *currículo mínimo*, na tentativa de garantir que estas escolas tivessem o mínimo de conteúdos julgados básicos na formação do profissional médico. No período da ditadura militar (1964/1986)

houve uma política econômica que deu condições para a expansão do complexo médico-hospitalar e consolidação do modelo da medicina privada.

Neste mesmo período foi de suma importância o Movimento da Reforma Sanitária, que na seqüência, teve papel relevante quando da instalação da Constituinte e formulação da Constituição Brasileira, homologada em 1988. Desde então, ficou determinada na Constituição do Brasil que: *saúde é direito de todos e dever do Estado* (art.196); *educação é direito de todos e dever do Estado e da família* (art.205); *as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (SUS)*; e ao sistema único compete, entre outras atribuições, *ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde* (art.200).

Na década de 90, inicia a operacionalização das diretrizes constitucionais, através das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e o movimento da descentralização do sistema de saúde com a municipalização, aproximando o usuário dos órgãos de decisões.

Através de resolução (MEC, resolução no.7/out./1997) a sociedade organizada é convidada para se manifestar sobre o perfil de profissional que deseja para o atendimento de suas necessidades de saúde, para a construção das diretrizes curriculares destinadas aos cursos de graduação. As Diretrizes Curriculares para o curso de graduação da medicina são homologadas pelo Conselho Nacional da Educação, em 2001 (MEC/CNE, res. 04/11/2001) e devem nortear, como as diretrizes para os demais cursos da saúde, os programas curriculares de graduação nesta área. Fazem assim, parte das estratégias para a construção e operacionalização do SUS, aproximando a escola dos serviços e comunidade na busca do atendimento integral à saúde da população.

2. Nosologia

No início do século as doenças que acometiam a população eram na forma das grandes epidemias, pestes, e endemias (tuberculose, hanseníase, peste bubônica, dengue, varíola, febre amarela e outras), que exigiam campanhas específicas e pontuais dos governos, sempre orientadas pelos profissionais médicos. Para ter uma referência das possibilidades terapêuticas da época, lembrar que a descoberta da penicilina ocorreu em 1929, e começou a ser usada na clínica a partir de 1940. Como foi dito, com o advento da industrialização, ocorreu o crescimento da urbanização e o êxodo rural, o perfil das doenças que acometiam a população se modificou. O avanço dos conhecimentos científicos e tecnológicos, as medidas de saneamento básico e as possibilidades terapêuticas aumentaram a longevidade da popula-

ção. Desta forma, proporcionaram a identificação e o aumento das doenças denominadas crônico-degenerativas como a arteriosclerose, a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes. Novas demandas em saúde aparecem decorrentes de acidentes de trabalho, do trânsito, da violência urbana, do stress, da depressão. Na década de 70, e no Brasil na década de 80, aparecem os primeiros diagnósticos da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) acrescida do recrudescimento das antigas infecções com a tuberculose, a hanseníase, a dengue e a febre amarela, que se pensava havia sido erradicada.

3. Mercado de Trabalho

O mercado de trabalho no início do século facilitava o exercício liberal e autônomo do profissional médico, embora já bem evidente a concorrência com os farmacêuticos práticos, as enfermeiras visitantes, homeopatas, espíritas e curandeiros, bem evidenciada no Congresso Nacional dos Práticos³, ocorrido no Rio de Janeiro, em 1922. O serviço médico assalariado inicia com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Assim como o estabelecimento de honorários em centenas de associações voluntárias e beneficentes da época. Na segunda metade do século XX, menciona-se o surgimento sequencial do INPS, INAMPS, SUS, e as cooperativas médicas e seguradoras de saúde no âmbito público e privado, que intermediam a prestação do trabalho médico⁴. Ao chegar ao final do século, vemos o médico no mercado com múltiplos empregos, de dois a cinco (Machado, 1998), a presença de empresas médicas dirigidas por médicos que contratam colegas médicos, a medicina dividida em especialidades - setenta especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) – o aumento dos cursos na área da saúde e o surgimento expressivo das chamadas medicinas alternativas.

4. Corporação Médica

A corporação médica entra no século XX já contando com a Academia Nacional de Medicina e a Sociedade de Medicina e Cirurgia. Em 1927, logo após o Congresso Nacional de Práticos (1922) foi criado o Sindicato Médico Brasileiro. O Congresso Nacional de Práticos, que fazia parte da comemoração do centenário da independência do Brasil, foi o primeiro evento médico a discutir educação médica e a preocupar-se com critérios para a criação de novas escolas. Nesse congresso se tratou também do mercado de trabalho, da concorrência com as enfermeiras, com os farmacêuticos práticos e os charlatões (Pereira Neto, 2001).

O processo de profissionalização da medicina, embora mais

lentamente, acompanhou o processo de industrialização. Somente a partir da década de 1930, é que ele se acelera, tendo, também, a diversificação do mercado de trabalho, como uma das conseqüências (Guimarães & Rego, 2005). Mas, é no início da segunda metade do século XX, que a profissão se afirma e fortalece contando com a Associação Médica Brasileira (AMB, 1951) e o Conselho Federal de Medicina (CFM, 1957), a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM, 1962) e a elaboração do código de Ética Médica, em 1965, que foi reeditado em 1984 com a formulação do ideal de serviço. A criação do código de ética tem como finalidade reduzir a competição interna e proteger os clientes e enfatizar o ideal de serviço. Em 1987, foi fundada a Direção Executiva dos Estudantes de Medicina (DENEM).

Movimento inédito da corporação ocorreu quando, a ABEM e o CFM compõem, em 1991, com mais oito instituições relacionadas à profissão, a Comissão Inter-institucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem), demonstrando a força da corporação ao reunir-se em torno de um objetivo que foi o de avaliar o ensino nas escolas médicas brasileiras. Essa necessidade surgiu diante da ampla divulgação pela mídia de erros médicos e o encaminhamento para a criação de um exame de ordem, a semelhança do que é realizado na profissão de advogado (OAB). Este mesmo movimento retardou o Exame Nacional de Cursos, o “provão”, instituído aos egressos dos cursos superiores para os cursos de graduação da medicina, na época.

É relevante mencionar que a fragmentação da medicina em especialidades, a burocratização dos serviços médicos e a intensa introdução da tecnologia no ato médico têm parcelado o trabalho médico e reduzido sua autonomia. O que contrasta com a situação deste profissional no início do século. Uma das correntes explicativas das transformações que tem abalado o profissionalismo médico sugere que esteja ocorrendo, de fato, uma trajetória de desprofissionalização, que pode ser representada como oposta aos caminhos que a profissão percorreu até então (Machado, 1996). O novo século traz para a profissão médica o desafio de compor forças na interação, que exige a abordagem da saúde na visão da integralidade do ser humano, portanto, tendo que se aproximar e compor com colegas da própria e de outras profissões.

5. Modelo de assistência médica

No mundo ocidental, a assistência que começava a ser oferecida na forma de especialidades teve grande impulso após o Relatório Flexner (1910). O conhecimento se ampliou de forma fragmentada, causando um distanciamento

da abordagem do ser humano como um todo. Este modelo com custos excessivamente elevados oferece serviços de saúde que no seu conjunto, apesar dos avanços científicos e tecnológicos em especialidades, não proporcionaram a melhoria esperada do nível de saúde da população.

No Brasil não foi diferente na segunda metade do século XX, o movimento em prol da medicina preventiva começa a se fazer ouvir com a criação de departamentos ou disciplinas nos cursos de graduação de medicina⁵ e de algumas residências médicas e pós-graduação⁶ em saúde coletiva de forma pontual e isolada.

Mas, é o Informe Lalonde, em 1974, que traz uma contribuição marcante ao desencadear a discussão, estudos e reflexões, sobre o processo saúde-doença, fatores que determinam saúde e fatores determinantes das doenças. Lalonde, sendo ministro da saúde do Canadá, elabora e publica estudo sobre a situação, demandas e gastos na área da saúde. Além, de verificar a relação das doenças com os estilos e condições de vida, constatou que o montante dos gastos em saúde era dirigido às doenças e pouco ou nada se investia na saúde. Outro marco, nessa passagem no trem da história, é a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) "Saúde para todos no ano 2000", que traz como política mundial o investimento na atenção primária em saúde para todas as populações.

Congressos Mundiais sobre Educação Médica (Edimburgo, 1987 e 1993), Congressos Internacionais de Promoção da Saúde (1986, 1988, 1991 e 1997) e inúmeros estudos⁷ contribuem neste contexto para a conformação do novo modelo para a formação do profissional da saúde e para a assistência em saúde.

6. Crescimento da população brasileira

No território nacional, as estatísticas do IBGE apontam existir ao redor de 17 milhões de habitantes, em 1900, que em crescimento contínuo atinge 52 milhões de habitantes em 1950, chegando ao final do século com 170 milhões de habitantes.

7. Crescimento do número das escolas médicas

As escolas eram em número de três, quando inicia o século XX, duas criadas no mesmo ano, 1808, uma em Salvador/BH e outra no Rio de Janeiro/RJ, quando a família real se instala no Brasil, e a terceira, em Porto Alegre/RS, em 1897. Na década de 60, do século XX, no período da industrialização e urbanização, há um *boom* de novas escolas médicas numa tentativa de responder ao aumento das demandas em saúde. Na sequência, apesar de políticas e movimentos coírem a criação descontrolada de novas escolas, na década de 90, novamente, há criação rápida de

novas escolas. Ainda, sem um estudo prévio sobre as reais necessidades de profissionais da saúde para dar conta de um atendimento universal, integral, igualitário e de qualidade à saúde da população brasileira.

No final do século XX, há uma centena de escolas médicas, a sociedade organizada, através da Rede Unida, da ABEM e Cinaem constroem com a participação das escolas médicas as diretrizes curriculares para a formação do profissional no curso de graduação, com vista ao atendimento integral da saúde da população. Soma-se ao movimento de construção de um novo paradigma, um novo modelo de assistência em saúde – o da integralidade. O conhecimento das reais necessidades em saúde ainda é escasso e carece de mais estudos e pesquisas, assim como, as reais demandas, a oferta de serviços e disponibilidade de recursos humanos para abalizar melhor os perfis de profissionais que se fazem necessários e o tipo de escola que deve estar a este serviço.

AValiação como processo para MUDANÇAS HISTÓRICAS

A contextualização histórica facilita a compreensão do momento vivido pelas instituições formadoras dos profissionais da saúde, as escolas, mais do nunca desafiadas a aproximarem-se dos serviços e da comunidade para atender às Diretrizes Curriculares. Embora, já dispondo de um volume razoável de bibliografias de análises, reflexões, relato de experiências e recomendações, estão em construção, ainda, muitas das referências sobre métodos e instrumentos de avaliação que podem auxiliar na implementação e acompanhamento dos processos das mudanças preconizadas. Em todos os tempos tem-se um modelo desejado, as diretrizes curriculares, os novos currículos que estão sendo implementados em muitas escolas buscam construí-lo nos moldes do contemporâneo. Do desejado ao realizado existe uma distância. O realizado só pode ser mais bem conhecido, e assim, mostrar a distância do modelo desejado se dispuser de um instrumental que reúna dados e percepções sistematizadas de forma científica. Uma avaliação assim construída trará para cada unidade formadora a dimensão do possível. O possível está identificado na percepção das características próprias de cada contexto institucional, de cada escola, com reconhecimento de peculiaridades, potencialidades, fragilidades, no contexto das demandas e necessidades de saúde da sociedade onde se insere. O processo avaliativo precisa ser construído de forma participativa, construtiva e permanente com a dimensão das necessidades de se estar aprimorando e qualificando o que se faz para a assistência em saúde.

1. Metodologia de avaliação

Toda a avaliação de processo de mudança pressupõe, para sua validade, a construção e validação de instrumentos capazes de fornecer dados para análise e interpretação da realidade. Possibilitando a análise dessas mudanças e, em seqüência, o acompanhamento de sua dinâmica na construção de dados, indicadores qualitativos e quantitativos que possam abalizar e monitorar, assim como, auxiliar a gestão nas tomadas de decisões e planejamentos estratégicos que a elas se destinam.

“(...) a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. Enquanto abrangência de concepções teóricas de abordagem, a ciência e a metodologia caminham juntas, intrinsecamente engajadas. Por sua vez, o conjunto de técnicas constitui um instrumental secundário em relação à teoria, mas importante enquanto cuidado metódico de trabalho. Elas encaminham para a prática as questões formuladas abstratamente. Seu endeusamento e reificação conduzem ao empirismo tão freqüente ainda nas ciências sociais. Mas o contrário, isto, a excessiva teorização e a pouca disposição de uma perspectiva pouco heurística, conduzem a divagação abstrata ou pouco precisa em relação ao objeto de estudo.” (Minayo, 1996:22-23)

2. Os Avanços identificados e possíveis

As tendências de mudanças já evidenciadas em ações nas 22 escolas médicas brasileiras estudadas (Lampert, 2002; Lampert, 2004) demonstraram, dentro das características de cada instituição, que há movimentos na construção do novo modelo de formação médica. As escolas apontaram evidências, indicando tendências de mudanças, que ao dar continuidade na construção de indicadores quantitativos e qualitativos podem auxiliar na condução dos avanços que levam a transformação paradigmática expressa nas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação. Cabe expressar que tanto as evidências quanto os indicadores identificados e construídos carecem de uma discussão mais ampla e aprofundada para validá-los e adotá-los com padrões de referência para as escolas brasileiras. Mostram que a construção dos indicadores fará parte da construção do próprio processo avaliativo da instituição

CAPACITAÇÃO PARA A GESTÃO

Uma gestão estratégica de qualidade traz forte a visão de que as pessoas são mais importantes que a tecnologia, o enfoque gerencial da qualidade está centrada nas pessoas. Qualidade que tem sentido de excelência técnica passa a refletir a relevância e a satisfação da sociedade associando-se aos critérios éticos, de equidade e justiça social.

Os professores precisam perceber a relevância e vantagens de uma pedagogia interativa, usar sua grande autonomia docente e, percebendo o potencial dos discentes para a construção do próprio conhecimento, ser um facilitador e orientador do aprendizado que deve se perpetuar na vida profissional. Portanto, a temática pedagógica precisa ser posta na agenda dos grupos responsáveis pela gestão, tanto da escola como dos serviços enquanto apoio didático e tornar-se objeto de investigação e avaliações sistemáticas. Neste trem da história, as alianças e parcerias entre escola, serviços, comunidade e entidades públicas e privadas de apoio devem ser construídas para a formação de um conjunto de forças representativas capazes de potencializar inovações e mudanças nos processos avaliativos, identificando e removendo dificuldades que estão no seu domínio ou ao seu alcance para facilitar as transformações. Neste movimento os cursos de graduação sem tirar os olhos das necessidades de saúde, sem prejuízo da qualidade técnico-científica, devem superar a tendência excessiva para a especialização em fragmentos cognitivos disjuntos, que têm dificuldade em intercomunicar-se.

Nesta construção avaliativa a identificação de indicadores permitirá acompanhar movimentos de mudanças, fazendo-se necessário o ajuste político, tecnológico e cultural apontando para hábitos, atitudes e valores que exigem mudanças na atuação dos líderes do movimento e do corpo docente. O ajuste cultural permeia as ações e é onde podem ser encontradas as maiores resistências às mudanças. Todos os processos são referidos às avaliações e é nelas que se encontram os maiores obstáculos e limitações. O eventual estrito corporativismo tende a registrar só os aspectos positivos, o que as análises externas permitem superar. Por isso, é bem aceita a avaliação que integra os olhares de atores sociais internos e externos a instituição, como aponta os princípios do SINAES (Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior).

A dinâmica de acompanhamento contínuo pressupõe a identificação dos atores envolvidos no processo de formação, profissionais da saúde, docentes, dirigentes, discentes, técnico-administrativos e profissionais assistenciais da saúde. A este conjunto de atores compete assumir integralmente todas as áreas de uma nova modalidade de avaliação pensada e incorporada como processo permanente, construtivo, que envolve a todos, não é pontual, não penaliza e não é classificatório (MEC/ Inep/ Sinaes, 2004).

A limitação do processo de melhoria da qualidade tem se dado pela escassa participação dos profissionais médicos, sinalizando a importância da participação das instituições da corporação médica nas parcerias. As escolas são fortemen-

te referenciadas como agentes de mudança e conclamadas na gestão de qualidade em educação médica para que assumam papel ativo nas mudanças, incorporando um enfoque de gestão transformadora (Cinaem, 1999).

Trata-se da construção de novos espaços, inclusão de novos atores e a implementação de novas ações compartilhadas (Feuerwerker, 2002). Um fazer que dê sequência histórica ao desenvolvimento social, acompanhando a evolução científica e tecnológica contemporânea.

À medida que os atores sociais da escola vivenciam a realidade do ensino-aprendizagem junto da prática assistencial, serviços e comunidade, nela identificam a imagem-objetivo de estudo, linhas de pesquisa para produção de conhecimentos, que devem reverter no aperfeiçoamento dos processos onde as avaliações, como tal, permitem em última instância melhoria da assistência em saúde. Assim no trem da história se constrói o caminho.

NOTAS

1. O médico foi o primeiro profissional a exercer a assistência em saúde. Decorrente do aumento da produção dos conhecimentos e do surgimento de novas tecnologias, as possibilidades de assistência à saúde cresceram de forma a dar margem à fragmentação do conhecimento em especialidades e ao surgimento de novas profissões na área da saúde. Desta forma, toda vez que houver referência à educação ou formação médica, pode-se estender aos demais profissionais da saúde.
2. Para mais detalhes veja em Crossman & Patrício, cap.2 - A construção do saber e do trabalho médico. Também, Cordeiro, H.A. A Indústria da saúde no Brasil, 2ª. ed. RJ, Graal, 1985.
3. Para mais informações veja trabalho do historiador André de Faria Pereira Neto, no livro *Ser Médico no Brasil: o presente no passado*, coleção História e Saúde, Ed. Fiocruz, 2001.
4. No livro de Suely Crossemann e Zuleica Patrício *Do desejo à realidade de ser Médico: a educação e a prática como um processo contínuo de construção individual e coletiva*, pode-se ter com riqueza dados e detalhes da evolução histórica desses processos (Florianópolis/SC, editora da UFSC, 2004).
5. Juan César Garcia fez estudo sobre a introdução de medicina preventiva nas escolas médicas da América Latina, 1987.
6. É fundada, em 1977, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), com relevante papel no movimento social de mudanças e importante produção intelectual na área.
7. Ver "Caminhos percorridos em movimentos de destaque: recomendações de foros internacionais e nacionais de educação médica", pp.117 a 135, in cap.3 *Propostas de mudanças na formação médica*, in *Tendência de mudanças na formação médica no Brasil*, in LAMPERT, JB 2002, Hucitec, SP, Abem, RJ.

BIBLIOGRAFIA

1. ABBOTT, A., 1988. *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
2. BOELEN C, 1992. *Reforma na Área Médica: a necessidade de uma ação global*. Academic Medicine, vol.67, n.11.
3. CAMPOS, F.E., FERREIRA, J.R., FEUERWERKER, L., SENA, R.R., CAMPOS, J.J.B., CORDEIRO, H. & CORDONI, L., 2001. *Caminhos para Aproximar a Formação de profissionais de Saúde das necessidades da Atenção Básica*. Revista Brasileira de Educação Médica, 25(2):53-9.
4. CROSSEMAN, S., PATRÍCIO, Z.M., 2004. *Do desejo à realidade de ser Médico: a educação e a prática como um processo contínuo de construção individual e coletiva*. Florianópolis/SC, editora da UFSC, 203p.
5. FEUERWERKER, L.C.M., 2002. *Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: processos e resultados*. SP, Hucitec, RJ, ABEM, Londrina Rede Unida.
6. GUIMARÃES, R.G.M. & REGO, S., 2005. *O debate sobre a regulamentação do ato médico*. Ciência & Saúde Coletiva, 10(Sup):7-17.
7. GARCIA, J.C., 1972. *La educación médica en la América Latina*. OPAS/OMS, Publicação Científica, n.255, 413p.
8. LAMPERT, J.B., 2002. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. Hucitec, SP, Abem, RJ, 283p.
10. MACHADO MH, 1996. *Os Médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
11. MACHADO MH (coord.), 1997. *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade* Rio de Janeiro, Fiocruz.
12. MINAYO MCS 1996. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec, 4ª edição.
13. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO / CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001. *Diretrizes Curriculares Nacionais para a Medicina na graduação*, homologada em 03/10/2001, Parecer CES 1.133/2001, de 07/08/ 2001.
14. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO / COMISSÃO ESPECIAL DE AVALIAÇÃO / INEP, 2004. *SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: da concepção à regulação* (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira), 2ª. ed. ampl., Brasília/DF, setembro, 157p.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE / GEDES, 2004. *Pólos de Educação Permanente em Saúde*
16. MORIN E, 1994. *Introduction à la pensée complexe*. Paris, ESF.
17. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1994. *As Recomendações da II Conferência Mundial de Educação Médica* In: *Contribuições sobre a Gestão de Qualidade em Educação Médica*. (J. P. Santana, M. J. Almeida), pp.17-32, Brasília: OPS, Série de Desenvolvimento de Recursos Humanos nº. 7.
18. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. 1997. *Encuentro continental de educación médica*. Montevideo: OPS/OMS.
19. PEREIRA NETO AF, 2001. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 232p.
20. SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: da concepção a regulamentação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2ª. ed. ampl., Brasília, 2004.

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

DEPOIMENTO SOBRE 20 ANOS DE ABEM: HISTÓRICO E PERSPECTIVAS

Jadete Barbosa Lampert *

Nosso primeiro contato com a ABEM foi quando coordenava um projeto de melhoria da disciplina de Prope-
dêutica do Departamento de Clínica Médica, no Curso de
Medicina da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
que teve apoio do Nutes/Clates, no início da década de
80. Através desse projeto tivemos a visita e a assessoria da
Prof^a. Alice Reis Rosa, da UFRJ, sede do Nutes/Clates, na
época, pessoa com atuação e destaque na ABEM e que
esteve trabalhando conosco, um grupo de professores do
Departamento de Clínica Médica, por dois dias.

Em 1983, no Congresso Brasileiro de Educação Médi-
ca, em Fortaleza, enquanto chefe do Departamento de
Clínica Médica, encaminhamos para a ABEM, um docu-
mento, onde pedíamos parecer e apoio. Esse documento
tramitava para o Colegiado do Curso de Medicina/UFSM,
solicitando deliberação para que as próximas dez vagas do
departamento fossem abertas para candidatos à docência
com formação em Clínica Médica ou Medicina Interna,
em regime de 40 horas, e, se possível, em DE, e não em
especialidades como vinham sendo feitas.

Em 1984, no Congresso Brasileiro, em Gramado/RS,
fizemos nossa estréia nos congressos brasileiros de educa-
ção médica. Apresentamos cinco trabalhos, estávamos
implementando um novo currículo, com disciplinas de Clí-
nica Médica I, II, III e IV, visando a integração de conteú-
dos fragmentados em cardio, pneumo, gastro, nefro,
endócrino, etc. Assim como, a implantação do Internato
obrigatório nas quatro grandes áreas. Estivemos nos con-
gressos seqüentes, também, levando trabalhos, em 1985,
em Uberlândia, em 1986, em Florianópolis. Durante o
Congresso Brasileiro 1989, em Manaus, que foi muito tu-
multuado. Houve reunião do Departamento dos Hospitais
de Ensino, que resultou, por decisão dos diretores dos
hospitais, na época, no seu desligamento da Abem para
fundar a Associação Brasileira dos Hospitais Universitários

e de Ensino, a ABRAHUE. Apresentamos, naquele Con-
gresso, um trabalho, produto do estudo para a tese de
mestrado, sobre Fatores Ambientais que interferem na
implementação das políticas públicas de saúde: um estudo
de caso do HUSM.

Algum tempo depois, já estando na função de diretora
executiva da ABEM, transitamos por arquivos, documen-
tos e atas das reuniões das diretorias e dos conselhos
deliberativos para melhor nos situar na função assumida.
Foi assim, que encontrei o registro da reunião do Conse-
lho Deliberativo da ABEM, realizado em 1991, no Con-
gresso Brasileiro em Campinas/SP. Nesta reunião, 11 de
outubro de 1991, o então Presidente, considerando a cri-
se de recursos que vivia a ABEM, com três anos sem pu-
blicar a Revista Brasileira de Educação Médica, propôs o
fechamento da ABEM¹. Nesta mesma reunião, anunciou
a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Ava-
liação do Ensino Médico (CINAEM), reunindo dez insti-
tuições com a finalidade de avaliar a situação do ensino nas
escolas médicas brasileiras, que seria presidida pela ABEM.

No final de 1992, assumimos a coordenação do Curso
de Medicina da UFSM e entramos como representante da
escola no projeto da CINAEM, do qual esta já havia parti-
cipado na primeira fase, ao responder um questionário.
Fizemos parte do primeiro grupo de escolas que fizeram
oficinas na segunda fase do processo de avaliação desen-
volvido pela CINAEM.

O mandato das diretorias da ABEM, estatutariamente,
tem a duração de dois anos. Portanto, as eleições, nos
últimos anos, têm ocorrido sempre em anos de número
par. Em 1994, houve eleições para a diretoria da ABEM,
em pleno desenvolvimento do projeto de avaliação da
CINAEM. Na época, por receio de descontinuidade foi
considerado importante que o presidente em exercício
continuasse.

O Prof. William Saad Hossne (UNESP/Botucatu) foi reeleito por aclamação, após modificação do estatuto para viabilizar esta recondução. Fui convidada para compor a nova diretoria, no segundo mandato do Prof. William, como tesoureira. Nesta ocasião foram escolhidos os novos coordenadores regionais. Todos os novos componentes da ABEM, seja na diretoria executiva (Antonio Rafael da Silva/UFMA - 1º Vice-presidente, Samuel Silva da Silva/Uel - 2º Vice-Presidente, Marco Segre/USP - Secretário, Jadete Barbosa Lampert/UFSM – Tesoureira) seja na coordenação regional (Maria Aparecida Basile/USP - São Paulo, José Guido Corrêa de Araújo/UPE - Nordeste, Dejanio T. Sobral/UnB - Centro-Oeste, José Carlos H. Duarte Santos/FURG - Sul, Menabarreto Segadilha França/UFAM - Norte, Rosana N. Machado Bittencourt da Silva/UFF - RJ/ES, Adilson Savi - FCM - MG) estavam motivados com a perspectiva de atuar dentro da ABEM que vinha liderando o movimento CINAEM.

Em 1995, o Congresso Brasileiro de Educação Médica foi em Porto Alegre. O Congresso foi sediado na Faculdade de Medicina da UFRGS, o Prof. Jorge Buchabik, coordenador da regional Sul, de 1992/94, foi seu presidente, com chamamento de todas as escolas do estado do RS e da AMRIGS (Associação Médica do Rio Grande do Sul) para participar do programa e da organização do evento. A ABEM se fez presente e participante com a presença da tesoureira e do coordenador regional, Prof. José Carlos Santos, porque eram das escolas do estado. No Congresso de Porto Alegre, os novos membros da diretoria da ABEM se encontraram pela primeira vez após a eleição. Todos tinham um sentimento em comum, a ABEM não podia continuar daquela forma, sem reunir sua diretoria. Durante quase todo o tempo do Congresso a diretoria se manteve reunida, discutindo com o seu presidente as condições, as dificuldades e as possibilidades para que a instituição que tinha interrompido a publicação da Revista Brasileira de Educação Médica e do Boletim Informativo se revitalizasse.

A CINAEM estava mobilizando as escolas através das oficinas de grupos de escolas, representadas por um professor e um aluno de cada instituição participante. O entendimento do processo de mudança que se fazia necessário gerava um sentimento de agregação inédito, ampliando o espaço para novos conhecimentos e a abertura para a valorização de trabalhos, estudos e criação de linhas de pesquisa na área de educação médica.

O fato do Presidente da ABEM ser o Presidente da CINAEM, que trabalhava em um projeto de avaliação da educação médica, às vezes, dava a impressão de sobreposição de funções e ABEM e CINAEM, embora bem distintas, eram confundidas nas suas missões pelos menos informados. Uma era uma instituição constituída com estatuto, regimento e objetivos claros de tratar da educação médica e reconhecida como de utilidade pública pela presidência da república, a outra, era uma comissão formada com a participação de dez instituições ligadas à formação médica para avaliar a situação do ensino médico nas escolas de graduação, em um momento de crise e questionamento da qualidade do ensino, com vista à assistência médica disponível.

Mais uma vez, na época do Congresso em Porto Alegre, houve comentários sobre a possibilidade da ABEM ser extinta, pois a CINAEM daria conta dos seus objetivos, como fosse possível esta substituir a ABEM. A CINAEM era uma comissão, não era instituição, não tinha personalidade jurídica, e toda a sua contabilidade financeira tinha que ser realizada via ABEM, apesar de inúmeras tentativas para torná-la independente.

Anteriormente ao Congresso de Porto Alegre, havia tomado uma decisão e encaminhado aos órgãos competentes da minha universidade, UFSM, o pedido de licença prêmio, ao qual tínhamos direito. Fizemos comentário com o Prof. Jorge Luiz do Amaral, representante da FENAM e Secretario Executivo da CINAEM, que tínhamos em vista, nesse período, passar um tempo no Rio de Janeiro. Esta notícia chegou ao Prof. William, que julgou oportuno nos convidar para o cargo de Diretora Executiva da ABEM, cargo de confiança do Presidente. Este cargo vinha sendo ocupado pelo Prof. Antonio Santini, da UFF, que já tinha pedido para ser substituído, mas continuava a prestar a contribuição de assinar documentos enquanto não tivesse outra pessoa para esta função. Aceitamos, já havia feito o mestrado na FGV, no Rio de Janeiro, em 1988/90, e pensávamos na possibilidade de fazer um doutorado.

Em 1996, já no Rio de Janeiro, buscamos contato com um nome de referência em educação médica para a formação de um grupo de discussão inicial e analisar o que poderia ser feito naquele espaço que dispúnhamos. Contamos com o apoio da Profª. Alice Reis Rosa, do Prof. Mário Chaves, do Prof. Clementino Fraga Filho, entre outros nomes de destaque na área de educação médica. Iniciamos reuniões regulares na Santa Casa, no Rio de Janeiro, espaço disponibilizado pelo Prof. Clementino Fraga Filho. Dessas reuniões

resultou o documento denominado “Idéias Iniciais para a criação de um Grupo de Estudos para desenvolvimento da Educação Médica” (GEDEM), semente que resultou na construção, em 1997, do projeto Rede de Apoio à Autotransformação da Educação Médica (RAEM)².

Ainda em 1996, nova Diretoria foi eleita, agora o Presidente era o Prof. Antonio Rafael da Silva, da UFMA. Continuamos como tesoureira e diretora executiva, pois estávamos reorganizando a ABEM, buscando viabilizá-la financeiramente, de modo que, além dos Congressos Brasileiros, acontecessem reuniões periódicas da diretoria e, retornando as publicações em educação médica e do boletim informativo, de tal forma que mantivesse a sua regularidade.

Em 1997, a CINAEM entregou, no dia 14 de julho, o Relatório da Segunda Fase de Avaliação das Escolas Médicas, em Brasília/DF, para os, então, Ministros da Educação e da Saúde. Foi um momento político marcante deste movimento. Como seria a terceira fase? Os Ministérios apoiariam o projeto? Era isso o desejável? O provão, enfim, seria instituído também para a medicina? Muitas questões e expectativas pairavam no ar sem se visualizar uma estratégia formulada para a seqüência do processo desencadeado.

No mesmo ano, no Congresso Brasileiro de Educação Médica, em Uberaba, apareceram duas propostas para auxiliar na implementação das mudanças na educação médica, seguindo a sinalização dos resultados da avaliação executada pela CINAEM. Uma proposta foi a RAEM, que partiu da própria ABEM, visando estruturar condições de recursos humanos e bibliográficos para responder as necessidades das escolas médicas que estivessem com projetos de implementar mudanças no currículo de graduação. Outro foi uma proposta dos projetos UNI, visando integração multiprofissional na saúde e a aproximação da comunidade. As duas propostas não foram bem vistas ou foram mal entendidas, não tiveram apoio da equipe técnica da CINAEM. Em nossa opinião, neste momento, perdeu-se a oportunidade de fortalecer o movimento com o apoio e liderança da corporação e ganhou a hegemonia do tradicional e conservador.

Em 1998, nova Diretoria era eleita, a Prof^a. Regina Celes de Rosa Stella, da UNIFESP, coordenadora da regional de São Paulo na diretoria anterior; encabeçou a chapa inscrita e eleita para a gestão seguinte.

Neste ano, iniciei o doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Osvaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), com projeto de tese para estudar a educação médica na abordagem do pensamento complexo.

A terceira fase da CINAEM é deflagrada, novas oficinas são realizadas com a participação das escolas, por um ou dois docentes e discentes de cada, visando à transformação das escolas médicas. A RAEM continua como proposta de organizar e disponibilizar informações para uso dos interessados em educação médica.

Em janeiro de 2000, um número significativo de escolas médicas, se reuniu, na UNIFESP, sob a coordenação da Prof^a. Regina Stella, para a discussão e construção de uma proposta de Diretrizes Curriculares para os cursos de medicina, atendendo a convocação do ME.

A terceira fase da CINAEM não estava ainda concretizada quando foi lançada a quarta fase, no Congresso em Petrópolis, em setembro de 2000³.

É relevante notificar que todos os períodos eleitorais que antecederam as trocas de diretoria nas instituições que compunham a CINAEM geravam, senão uma certa instabilidade, uma inquietação na dinâmica do movimento liderado pela CINAEM, em especial, quando se tratava do CFM, AMB, CREMESP, CREMERJ e FENAM, principais apoiadores políticos e financeiros do projeto CINAEM. Interesses diversos e posições ideológicas controversas permearam fortemente estes movimentos, e se faziam muito presente nas reuniões da CINAEM.

Em 2000, a Prof^a. Regina Stella foi reeleita, e foi mudada a composição do grupo coordenador da CINAEM. Até esse período, como diretora executiva da ABEM, participamos de várias reuniões da CINAEM. A Secretaria Executiva da CINAEM, uma vez a cargo da FENAM, passou a ser cargo do CFM. Ponderaram que a ABEM já estava representada pela presidente, portanto, como as demais instituições, não havia razão para a participação da diretoria executiva da ABEM.

No Congresso Brasileiro de Belém/PA, em 2001, explicitam-se fortes divergências ideológicas entre os componentes da CINAEM. A DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina) retira-se do grupo de coordenação da CINAEM e tenta compor com a ABEM visando à formação de novas alianças e para dar seguimento ao projeto CINAEM original.

No ano de 2002, defendemos tese de doutorado, na ENSP/Fiocruz, e a publicamos na forma de livro “tendência de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas”, sendo lançado no XL Congresso Brasileiro de Educação Médica, em Fortaleza. Nesta ocasião, nova diretoria foi eleita. O Prof. José Guido de Araújo, da UPE, é o novo presidente, ficamos como 1^a Vice-Presidente. Nesse tem-

po, identificou-se no Prof. João Marins, da UFF, o perfil para o cargo de diretor executivo da ABEM e contou-se com seu aceite ao convite do Presidente, pudemos partir de volta para a nossa escola, no Sul, com a certeza de ter dado uma contribuição para a educação médica através da ABEM.

Nesse período, desfrutamos do convívio e atenção de ícones da educação médica ligados a história da ABEM, como Clementino Braga Filho, Mário Chaves, José Roberto Ferreira, Alice Reis Rosa, Dejanio Sobral, além de outros colegas eminentes, de todo o Brasil, ativos no processo atual de desenvolvimento e de avanços para as transformações que o momento exige.

O ano de 2002 é marcado pela mudança na Presidência da República. Mudanças são vislumbradas na implementação das políticas públicas, em especial, as de educação e de saúde, com ações integradas do Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (ME).

ABEM e DENEM se aproximam do governo, especialmente do MS, onde foram absorvidos atores importantes do movimento de transformação da educação em saúde. Neste tempo, 2002/2004 a ABEM com a DENEM tem participado ativamente dos trabalhos do MS e em parte, também, do ME, onde se incluem os Pólos de Educação Permanente em Saúde, a certificação dos HUs e as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação. As instituições da corporação médica que compunham a CINAEM continuam ativas em suas propostas e novas aproximações interinstitucionais se fazem necessárias e estão em andamento. A perspectiva mostra passos com grau maior de maturidade que exigem composição dentro de um entendimento do contexto histórico e a necessidade de avanços para a transformação.

Mantendo regularidade na publicação da Revista Brasileira de Educação Médica e do Boletim Informativo, além de outras produções, com reuniões periódicas da Diretoria Executiva com os Coordenadores Regionais, docentes e discentes, a ABEM tem construído seu planejamento estratégico com a participação do grupo, ampliando sua produção e se fortalecendo enquanto instituição. Hoje, no seu site, além da produção da RAEM, está lançando uma revista eletrônica, que abre para a integração e participação efetivas da área médica com outras áreas da saúde, tendo a visão clara da intersectorialidade na educação em saúde. A perspectiva da ABEM é promissora, na medida em que se fortalece politicamente e implementa esforços para aumentar a produção de conhecimento na área, integrando a assistência com a gestão dos serviços e os olhos voltados para a melhor qualidade do atendimento à saúde da população.

Nota: Publicado no Boletim ABEM, mai-ago/2004

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Livro de Atas do Conselho Deliberativo da ABEM, nº 02, páginas 104/verso a 106/verso.
2. Boletim ABEM, v.25, n.4, nov. /dez 1997.
3. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira - Projeto CINAEM III Fase - Relatório 1999-2000. Pelotas (RS); UFPel; 2000. 300 p.

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

A INTERFACE ENTRE O PROMED E O PRÓ-SAÚDE

José Roberto Ferreira *

Quatro anos atrás, quando foram aprovados os primeiros projetos do “Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina” – PROMED, divulgamos, neste mesmo Boletim, de um lado o nosso entusiasmo com aquela estratégia, que aparentemente introduzia uma nova possibilidade de reorientação da formação médica e, de outro, um incentivo final que destacava a necessidade de uma abordagem de “ensaio e erro”, aplicando o ensinamento cubano de que “o caminhante, quando não há caminho, faz o caminho ao andar”.

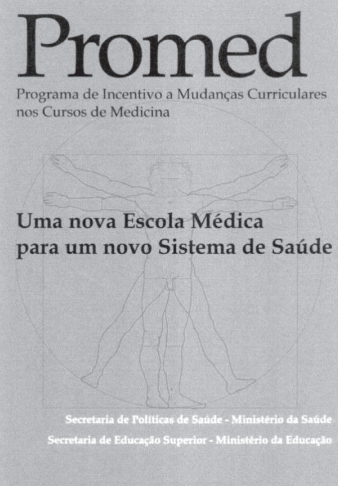
Reverendo a evolução daquela experiência, podemos dizer que as duas coisas aconteceram, senão, amplamente em todas as Escolas participantes, pelo menos em um número significativo das mesmas, apesar da falta de acompanhamento do programa por parte de seus promotores e das grandes dificuldades que tiveram que enfrentar para abrir o caminho para a mudança. O resultado foi a introdução de abordagens criativas e, em certo grau, um melhor relacionamento com os serviços de saúde, possibilitando uma melhor integração docente assistencial. Caminhos alternativos foram abertos, variando entre uma boa pavimentação, em um bom número de casos, e relativa precariedade em alguns outros. No momento atual, dos 19 projetos, aprovados inicialmente, somente três não foram renovados na seleção do PRÓ-SAÚDE; um por não haver apresentado proposta, outro por não haver sido recebido dentro do prazo limite e, apenas um, por não haver sido aprovado, o que representa, descontando o que chegou atrasado, um aproveitamento de 90% do primeiro programa.

Já na apresentação do primeiro programa fazia-se referência a que “numa primeira etapa, tal proposta estaria dirigida às escolas médicas, por ser nesta categoria profissional que se apresentam os maiores problemas de formação, com forte tendência à especialização” e, com isto deixava-se a porta aberta para uma futura cobertura multiprofissional, a qual vem agora se consubstanciar no novo programa.

Com isto pode-se ressaltar como a diferença mais marcante entre o PROMED e o PRO-SAÚDE, a ampliação da cobertura do quadro de profissionais que atuam no setor, incluindo, nesta oportunidade, além dos médicos, também as enfermeiras e os dentistas, e cobrindo as três profissões que participam diretamente da atenção básica de saúde. Com as Associações que representam estas três profissões foi possível rever toda a orientação inicial do Programa, para assegurar a adequação do instrumento às particularidades de cada uma e, para surpresa de todos, foram mínimos os ajustes necessários. Tal fato, na realidade, realça a grande identidade existente entre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos três cursos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação em novembro de 2001 e março de 2002, os quais têm perfis e objetivos semelhantes, variando apenas nos respectivos conteúdos programáticos.

Para traçarmos um paralelo entre o que foi o PROMED, em sua primeira fase, e o PRO-SAÚDE no momento atual, especialmente, tomando em conta aqueles ensinamentos do primeiro programa que tratamos de aplicar no segundo, parece mais importante a consideração dos aspectos negativos que não podiam deixar de ser corrigidos, na implantação do PRO-SAÚDE. Entre esses destacamos:

1. Na interpretação da proposta anterior, o eixo de orientação teórica, foi trabalhado com a intenção de ampliar o âmbito da pesquisa, para cobrir também a atenção básica e fazer o mesmo com as opções de pós-graduação, não chegando, entretanto a dar a devida ênfase aos fatores determinantes da saúde e ao enfoque de promoção da saúde;
2. A integração docente assistencial, ainda desenvolveu-se, em muitos casos no contexto hospitalário, ficando a abordagem comunitária limitada a pequenas áreas carentes, na proximidade da escola;



3. A abordagem pedagógica foi interpretada por muitas escolas como consistindo essencialmente da utilização do PBL, não havendo sido tomado em conta, o fato de que este método, embora possa favorecer o aprendizado, não chega a poder induzir reorientações mais profundas em relação ao tipo de profissional que se quer formar. Tanto o superespecialista como o generalista, ambos podem beneficiar-se com esta abordagem, porém ela, isoladamente, não tem a capacidade de induzir as mudanças que são necessárias.
4. Na aplicação do orçamento foi priorizada, na primeira fase, a contratação de consultores e aquisição de equipamentos, reforçando a escola, porém, não tomando em consideração que o desempenho a nível dos serviços era o objetivo prioritários do programa.
5. Outro aspecto que merecia ser revisto, foi o excessivo número de debates, em seminários, grupos de trabalhos e oficinas, que algumas escolas adotaram para sensibilizar os professores ao processo de mudança.

Estes, entre vários outros, foram os aspectos que se tomaram em conta na reorientação do novo PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE – agora conhecido como PRÓ-SAÚDE.

Foram redefinidos os eixos de programação com a concomitante ampliação dos vetores, que em total passaram de seis para nove, com a intenção de melhor explicitar o alcance da mudança em cada área. Entre os novos vetores se incluíram, os determinantes de saúde e doença; a integração docente-assistencial; e a análise crítica da atenção básica, um em cada um dos eixos

Também, inúmeras alterações foram adotadas na estratégia do programa, estabelecendo limites em certas medidas e favorecendo um melhor aproveitamento a nível dos serviços. Na realidade, sendo este um programa de incentivos promovido pelo Ministério da Saúde, nada mais lógico do que admitir que também os serviços de saúde, particularmente os do SUS, viessem a se beneficiar com os recursos adicionais que possam ser oferecidos por aquela Pasta. Na nova versão do programa concedeu-se especial prioridade à melhoria das condições de trabalho na rede pública de atenção básica, fato que não só facilitará um melhor relacionamento da Escola com o SUS, como também, permitirá um melhor atendimento da população e mais fácil integração do processo de ensino-aprendizagem, no ambiente concreto da atividade assistencial. Esta reorientação implicou numa ampla reformulação dos critérios de avaliação e qualificação, os quais, no PROMED,

foram responsáveis pela ênfase no componente pedagógico e na concentração das ações na própria Escola, com pouca aplicação ao nível dos serviços de saúde.

Finalmente, com todos os ajustes introduzidos, nesta segunda fase e, apesar do curto tempo disponível para a elaboração dos projetos, estes vieram a constituir, uma vez mais, uma clara evidência da importância e oportunidade deste programa, que mais que qualquer outra iniciativa, representa o cumprimento, pelo Ministério da Saúde, do Artigo 200 da Constituição, que lhe concede o direito de ordenar a formação do pessoal que atua no setor.

Por muitos anos, este Ministério foi omissos nesse particular, com base na aceitação de que correspondia ao Ministério da Educação toda função formadora. Entretanto, o que agora vem sendo promovido, obedece a uma política mais coerente, segundo a qual, o setor responsável pela análise de situação de saúde, determina as necessidades e as estratégias para seu atendimento, sem prejuízo de que o setor educacional siga orientando os aspectos de natureza acadêmica. Por esta razão, o Programa conta com a participação do Ministério da Saúde, através de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), ambos do Ministério da Educação.

Com este respaldo interministerial, certamente, poder-se-á garantir a sustentabilidade do programa e o seu melhor acompanhamento periódico, tanto pedagógico como assistencial, possibilitando os ajustes necessários durante a evolução do mesmo e, com toda a certeza, um melhor resultado final, não só para as Escolas que agora participam, como também para as que venham se incorporar no futuro.

O PRÓ-SAÚDE, portanto, representa a consolidação do esforço inicial proposto pelo PROMED, e ao envolver as três profissões, poderá condicionar um sentido competitivo salutar entre elas, na medida em que cada uma se esmere por contribuir da melhor forma possível para uma orientação mais adequada do atendimento à população, com maior equidade, eficiência e eficácia.

* *Ex-Diretor de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana da Saúde (1974/95)
Coordenador de Relações Internacionais da Fundação Oswaldo Cruz (1996/até o presente)*



PROJETOS E PERSPECTIVAS DA SGTES/MS

*II Conferência Nacional
de Gestão do Trabalho e
da Educação na Saúde -
Março/2006 - Brasília/df*

*Francisco Eduardo de Campos **

O ano de 2006 marca uma importante inflexão entre os formuladores de política internacional de saúde ao se centrar, com o tema do Dia Mundial da Saúde e o Informe Mundial no tema dos trabalhadores da saúde. No Brasil a indissociabilidade entre a educação e a gestão já havia sido reconhecida desde os anos 70, culminando na estruturação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no âmbito do gestor federal do SUS.

Aqui no Brasil se estabeleceu também precocemente o conceito de que as reformas dos serviços de saúde são, mais que mudanças nas estruturas físicas e de produção de insumos, novas modalidades de tratar a formação e o trabalho setoriais. Ilustra bem esta afirmativa o fato de que a principal política promovida pelo SUS, que é a atenção básica, tenha atingido seu limite estrutural caso não se promovam profundas reformas na formação profissional.

Profissionais capazes de entender a determinação bio-psico-social da enfermidade e que possam advogar a promoção da saúde são cada vez mais necessários à operação de um sistema que tem como pilares a universalidade, a equidade e a abordagem integral do processo de saúde e enfermidade.

Apesar deste descompasso, há que se reconhecer que muito se acumulou no Brasil, provavelmente o país onde mais reformas curriculares tenham acontecido, em todo o mundo. As inquietações neste campo geraram distintas iniciativas governamentais e não governamentais de reflexão sobre a educação em ciências da saúde, desde a Comissão Ministerial do Ensino Médico da década dos 60, passando pela CINAEM até a recente aprovação das Diretrizes Curriculares.

Após muitas tentativas se atingiu um bom diálogo com o setor educacional. Do momento em que assumimos a Secretaria, há aproximadamente 7 meses atrás, até agora, as iniciativas implementadas na gestão da educação na saúde têm sido apontadas na direção política da promoção da integração dos setores da saúde e da educação com o objetivo de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área da saúde.

Um dos eixos estruturantes da política de educação em saúde está na relevância da articulação intersetorial entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. Nesse sentido, a Portaria nº 2.118 instituiu a cooperação técnica entre os Ministérios da Educação e da Saúde para a formação de recursos humanos em saúde, tanto no nível técnico como superior, e daí derivam várias ações conjuntas em andamento.

A principal é o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – o Pró-Saúde – lançado após 90 dias da atual gestão ter assumido a SGTES. As mudanças curriculares a serem implementadas nos cursos de graduação da saúde têm como objetivo a aproximação entre o ensino e os serviços de saúde, com especial destaque para as necessidades da atenção básica, traduzida no Brasil pela estratégia de saúde da família. O distanciamento entre o mundo acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado em todo o mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde. No momento em que a comunidade global toma consciência da importância dos trabalhadores de saúde e se prepara para uma década em que os recursos humanos serão valorizados, a formação de profissionais mais capazes de desenvolver uma assistência humanizada, de alta qualidade e resolutiva, será impactante até mesmo para os custos do SUS. A experiência internacional aponta que profissionais generalistas são capazes de resolver quatro quintos dos casos sem recorrer a propedêutica complementar, cada dia mais custosa.

O Brasil tem uma notável experiência em aproximação entre academia e serviços, mas que ainda está muito aquém do necessário. Projetos experimentais, vinculados a escolas de Medicina, Enfermagem e Odontologia devem se expandir e tornar-se o centro do processo de ensino e aprendizagem.

Embora o Pró-Saúde envolva neste primeiro momento apenas os três cursos correspondentes aos profissionais que compõem as equipes do Programa Saúde da Família, as mudanças devem estender-se a todas as profissões da saúde. Vale ressaltar a articulação necessária entre a política da SGTES e a polí-

tica mais ampla do Ministério da Saúde, na gestão federal do SUS. Sendo limitado o recurso, se o mesmo for pulverizado, perde-se a efetividade da ação. Portanto, no momento em que os esforços da Secretaria de Atenção à Saúde voltam-se para a expansão da estratégia do PSF nas regiões metropolitanas, através do Programa de Expansão do Saúde da Família em municípios com mais de 100 mil habitantes – o PROESF – é decisivo que a SGTES articule-se com o setor educacional para propiciar a formação destes profissionais.

Em tempo, outras três iniciativas da SGTES alcançam todas as áreas da saúde, e vêm potencializar as mudanças na graduação propostas pelo Pró-Saúde. A primeira diz respeito à avaliação da educação superior. O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), criado pela Lei nº 10.861 de 14 de abril de 2004, teve o mérito de substituir o antigo sistema que classificava os cursos com base no desempenho pontual dos seus concluintes, por um sistema permanente de avaliação processual, que além de avaliar o aluno ao ingressar e ao concluir a graduação, coloca seu maior peso na avaliação institucional, onde a Instituição de Ensino Superior (IES) é avaliada a partir do seu projeto político pedagógico e do seu plano de desenvolvimento institucional, dentro de um processo de auto-avaliação, seguida da avaliação externa. Entendendo a avaliação como um poderoso indutor de mudança, a SGTES e o INEP realizaram um ciclo de oficinas de trabalho com os avaliadores da educação superior da saúde, com o objetivo de voltar o olhar dos avaliadores para a importância de valorizar nas instituições, além dos aspectos gerais do SINAES, também a coerência do ensino com as necessidades de saúde da população, e com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos da saúde. Como resultado e demanda dos próprios docentes avaliadores, estamos preparando um novo de oficinas para aprofundar o conhecimento deles sobre o SUS.

A segunda iniciativa que alcança todas as profissões da saúde é o apoio técnico e financeiro às associações de ensino da área da saúde, reunidas através do Fórum Nacional pela Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS), que congrega ainda a Rede Unida e a Associação Brasileira dos Hospitais Universitários. As oficinas para orientar docentes e coordenadores de curso por todo o Brasil com vistas à implementação das DCNs já estão em andamento na Odontologia, pela ABENO, na Fisioterapia, pela ABENFISIO, na fonoaudiologia, pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, na Psicologia, pela ABEP em parceria com o Conselho Federal de Psicologia, entre outros. Vale ressaltar também o papel de destaque desempenhado pela Rede Unida, na construção das DCNs que são bastante avançadas comparado ao cenário internacional. Este avanço resultou da interação com a comunidade a partir de sucessivas audiências públicas a que as mesmas foram submetidas, antes da sua versão final.

E a terceira é o curso de especialização em ativação de mudanças, implementada ainda na gestão anterior; teve sua continuidade nesta gestão, entendendo que todas convergem para um mesmo objetivo, e têm seus efeitos mutuamente potencializados. Este curso, na modalidade de educação à distância com momentos presenciais, é realizado por meio de uma parceria da SGTES com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da FIOCRUZ, e com a Rede Unida.

No âmbito da pós-graduação, o foco também tem sido a saúde da família. Na Residência em Medicina de Família e Comunidade, a Comissão Nacional de Residência Médica aprovou 400 novas vagas nesta especialidade para início em fevereiro e março de 2006. Procedendo à regulamentação da Lei nº 11.129 de 30 de julho de 2005, foi instituída a Residência Multiprofissional em Saúde, pela Portaria Interministerial nº 2.117 – MEC e MS.

Sendo a residência uma modalidade dispendiosa de formação, que nem sempre se adequa à necessidade dos profissionais que já estão no serviço, em especial nas equipes do PSF, a SGTES organizou a Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família e Comunidade (Rede MAES). Um dos principais objetivos é o de aproveitar as experiências já bem sucedidas de especialização voltada para o serviço, através de intercâmbio permanente e aproveitamento do expertise já desenvolvido para a criação de novos cursos em locais cuja demanda por estes profissionais ainda não esteja suprida.

Vale citar ainda dois outros eixos estruturantes desta política. Um deles diz respeito à necessidade de formar quadros para a gestão do SUS. Foi instituída então, pela Portaria nº 176 de janeiro de 2006 a Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS (REGES SUS) com o intuito de apoiar e fortalecer as instituições responsáveis pela formação e capacitação de pessoal para a gestão estratégica do SUS. Dentro desta mesma perspectiva, a SGTES, em parceria com a CAPES, está iniciando um trabalho de análise das necessidades de fortalecimento e expansão com qualidade dos programas de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

O terceiro eixo, o da Telesaúde, passa pelo uso das tecnologias de educação à distância, aplicados à teleeducação e teleassistência para as equipes do PSF vinculadas a territórios de difícil acesso, bem como a facilitar a fixação de profissionais da saúde principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste, onde aproximadamente 1.000 municípios ainda não contam com médicos ou outros profissionais de saúde residentes e em condições de prestar assistência à saúde em caráter permanente.

Nota: Publicado no Boletim ABEM, set-dez/2005

* Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Ministério da Saúde

PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE TERRITÓRIOS DE APRENDIZAGEM E O TRABALHO DE EQUIPES MATRICIAIS EM SAÚDE

João José Neves Marins *



“InterAÇÃO Escola Médica, Serviço de Saúde e Sociedade”

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) tem atuado de forma coletiva, visando contribuir para a melhora do processo de ensino-aprendizagem na área médica e a conseqüente atenção à saúde em nosso país. Defendemos a formação de um médico competente, humano, que atue em equipes transdisciplinares e esteja comprometido com a qualidade de vida de nossa população.

As ações institucionais têm sido desenvolvidas de forma conjunta com as representações de diversas áreas profissionais e estudantis, assim como com os órgãos governamentais, sem, todavia, perder a autonomia referendada por nossos ideais.

A Diretoria da ABEM, eleita em novembro de 2004, reuniu-se com a Diretoria Executiva, as Coordenações Regionais Docentes e Discentes e os coordenadores de Comissões Temáticas em fevereiro de 2005, na cidade de São Paulo, a fim de estabelecer o planejamento estratégico de Gestão 2004-2006. Na oportunidade, foi identificada a necessidade de as Escolas Médicas implementarem as transformações curriculares em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina.

A partir deste referencial, foram construídas algumas estratégias e ações dirigidas a atender as demandas de solicitação a respeito, bem como ampliar o debate para viabilizar a realização de ações específicas voltadas a rever e adequar o

modelo de atenção à saúde e a correspondente formação e capacitação dos profissionais: processos de avaliação institucional – interno e externo; aprimoramento da residência médica; papel da atenção básica na formação médica; recentemente, foram incluídas questões referentes ao internato e, como desdobramento das oficinas que enfocaram o papel da Atenção Básica de Saúde na formação profissional, a construção de um termo de referência com vistas à elaboração de Contratos de Gestão para os Territórios de Aprendizagem, envolvendo as equipes de referência e matriciais em saúde. Esses contratos têm como objeto o estabelecimento de compromissos entre a instituição formadora e a de serviços, visando à definição de espaços de aprendizagem para estudantes de graduação e pós-graduação, e a educação permanente de profissionais da rede, assim como de docentes que atuam nos territórios de aprendizagem.

Identifica-se, portanto, a necessidade atual de ampliação dos compromissos – gerenciais éticos, assistenciais e humanísticos – dos processos de formação, ressaltando-se os das instituições de ensino com os problemas da realidade local e com a construção do SUS. Em particular, identifica-se a necessidade de ampliação do papel dos cenários de prática na produção do conhecimento ao longo do processo de formação e capacitação, e na utilização de metodologias ativas para a aprendizagem.

Todos esses indicativos são coerentes com as propostas de incentivar as mudanças na graduação das profissões da saúde tendo como referência as Diretrizes Curriculares. Isto implica trabalhar com um conceito ampliado de saúde, aprofundar o conhecimento sobre os contextos locais e contar com o trabalho articulado entre as diferentes profissões da saúde. Ressalte-se, a esse respeito, o implemento das ações propostas pelo Fórum Nacional de Educação das Profissões de Saúde (FNEPAS).

O FNEPAS, criado em julho de 2004, envolve as seguintes instituições: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO); Associação Brasileira de Psicologia (ABEP); Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO); Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa); Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional (RENETO); Rede Unida: Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE); Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

O desenvolvimento das ações preconizadas, no entanto, requer investimentos técnicos, políticos e financeiros para viabilizar a transformação das relações e dos conceitos nos quais se baseia a organização atual dos cursos na área de saúde.

Nesse sentido, a ABEM propõe desenvolver trabalhos em parceria com as outras instituições afins, visando à execução de atividades que possam alavancar, avaliar e retroalimentar os projetos atualmente em operação e à construção de propostas inovadoras. Dentre estas atividades, ressaltamos:

1. Estudo, Incentivo, Acompanhamento e Avaliação dos Estágios de Transformação dos Cursos de Graduação
Pretende-se a utilização de instrumentos e métodos de avaliação construídos sobre a evolução das escolas e seu processo de adequação dos cursos às Diretrizes Curriculares. Essa proposta é um desdobramento dos trabalhos em desenvolvimento. Convém ressaltar que um dos referenciais para o estudo se refere às variações em função das políticas governamentais a respeito.
2. Construção de Métodos e Instrumentos de Avaliação a partir das Competências e Habilidades Definidas nos Cursos de Graduação
As ações envolvem: a) Levantamento e sistematização das experiências; b) Organização de oficinas regionais e nacionais para viabilizar o intercâmbio entre as diversas áreas; c) Divulgação dos produtos aos interessados, por meio dos vários instrumentos.
3. Realização de Oficinas Nacionais e Regionais sobre SINAES/ENADE
Prevê a atuação conjunta do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde e dos ministérios da Saúde e da Educação. Pretende-se a realização de reuniões nas

escolas, nas regionais e nacionais, a fim de sistematizar as sugestões para o aperfeiçoamento dos instrumentos e métodos de avaliação, assim como a necessária capacitação dos profissionais nas respectivas aplicações da avaliação.

4. Sistematização de Experiências de Formação e Capacitação em Atenção Básica em Saúde
Desenvolvimento de estudos que identifiquem as diversas experiências de formação de profissionais para atuarem na Atenção Básica de Saúde. Este estudo envolve principalmente: a forma dos trabalhos em equipes multiprofissionais (estrutura matricial); ações intersetoriais; a lógica da atenção integral à saúde nas áreas de ensino-aprendizagem e de serviços de saúde; modelos pedagógicos (quando – em que período?, o que é abordado? como é abordado?); cenários utilizados. Esses estudos têm como propósito subsidiar a organização de práticas que propiciem a aprendizagem em função da lógica do processo de trabalho que atenda as necessidades de saúde da população.
5. Construção de um Referencial que Permita Estabelecer uma Política de Formação para o País segundo a Estrutura dos Serviços e Organização e Características das Microrregiões
6. Estágio Supervisionando, Internato e Sua relação com as Residências
Desenvolvimento de estudos sobre as experiências existentes no Brasil (incluindo-se questionário, observação participante grupos focais, oficinas) e levantamento bibliográfico, visando à construção de um referencial teórico destinado a subsidiar a organização dos respectivos programas e a permitir a capacitação das equipes envolvidas no processo por intermédio de consultorias, cursos presenciais e a distância.
7. Contratos de Gestão para o Desenvolvimento de Território de Aprendizagem e o Trabalho de Equipes Matriciais
Tendo como referência os estudos e oficinas realizados envolvendo a ABEM, DENEM e CONASENS, além do FNEPAS e a REDE UNIDA, pretende-se a continuidade do processo, de forma a permitir a construção de um referencial teórico que fundamente a elaboração dos termos para pactuação formal das instituições e a programação das práticas, objetivando as adequações dos modos de ensino e de serviços em territórios específicos que permitam a operação de um processo de trabalho que envolva equipes matriciais que tenham como foco principal atender as necessidades de saúde da população.

A sistematização de algumas iniciativas retratadas sob a forma de atividades propostas tem como objetivo subsidiar o debate sobre as ações interinstitucionais voltadas a adequar os modos de atenção e a formação dos profissionais às necessidades de saúde da população.

* Médico, mestre em Medicina Social, professor-adjunto, Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense e Diretor Executivo da ABEM.

Estevão Toffoli Rodrigues

Coordenador Geral da DENEM

Movimento Social criado em 1986, a DENEM - Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina - vem trabalhando a questão da transformação da Educação Médica brasileira regional e nacionalmente. Representando os estudantes de medicina brasileiros, reflete sistematicamente questões como a estrutura da sociedade, a conjuntura internacional, a relação entre Sociedade Civil, Movimentos Sociais e Estado, entre outros. Articula-se com outras Executivas e Federações de Curso, com servidores, professores e outros Movimentos Sociais. Envolve-se ativamente nas pautas relacionadas à construção do SUS e compõe a Comissão Interministerial de Hospitais de Ensino. Seu atual Coordenador Geral, Estevão Toffoli Rodrigues, concedeu esta entrevista à ABEM, contando um pouco do histórico e das propostas da DENEM.



Coordenador Geral da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM, acadêmico do 8º período da Universidade Federal de Uberlândia/MG

Quando foi criada e qual tem sido a participação da DENEM no processo de análise e de transformação dos Cursos de Medicina no país?

A DENEM foi criada em 1986, no ECEM (Encontro Científico dos Estudantes de Medicina) de Fortaleza, CE. Desde sua criação, tem trabalhado como uma de suas principais pautas a questão da transformação da Educação Médica brasileira, passando de propostas como o PTEM (Projeto de Transformação da Educação Médica), do final da década de 80 e início da década de 90, até as recentes propostas como o APRENDER-SUS, passando pelo intenso protagonismo de mais de uma década no Projeto CINAEM – do qual éramos vice-presidentes, e no qual sempre investimos muito – do MOVIREM (Movimento de Transformação da Educação Médica) e do PROMED (ao qual sempre fizemos duras críticas).

Faz parte do cotidiano e da natureza de nossa prática a defesa da melhoria dos Cursos de Medicina no país, seja pela atuação concreta de nossas Coordenações Locais (Centros e Diretórios Acadêmicos de Medicina) nos colegiados de curso, nas constantes disputas em salas de aula, na estrutura formal e informal do poder na Escola Médica, seja em nossa atuação regional e, especialmente, nacional, pela elaboração de uma estrutura e de acúmulos conjuntos que possibilitem a racionalização e a facilitação dos processos locais. Pela grande penetração que conseguimos ter nas diferentes realidades das escolas, conseguimos nos colocar em uma situação privilegiada de análise de um panorama nacional, que nos permite conceber as necessidades de mudança e organizar processos coletivamente.

Quais são as principais questões defendidas atualmente pela DENEM? Como são construídas essas bandeiras?

Sucintamente, posso dizer que, além da defesa da melhoria da Educação Médica, que se confunde bastante com a própria história de nossa entidade, vimos passando por um processo de ampliação de nossa atuação. Temos, hoje, uma complexificação das demandas e atuações do Movimento, que tem extrapolado nosso âmbito, digamos, “tradicional” de atuação, como os grandes núcleos de discussão da Saúde e da Educação – sem, obviamente, esquecê-los.

Por nossa compreensão de que fazemos parte da rica estrutura dos Movimentos Sociais, temos refletido questões como a estrutura da sociedade (e daí o tema de nosso último ECEM ter sido “Que sociedade queremos?”), conjuntura internacional, relação entre Sociedade Civil / Movimentos Sociais / Estado, entre outros.

No que se refere à área da Educação, além da Educação Médica, temos construído um movimento, em conjunto com outras Executivas e Fede-

rações de Curso, com servidores, professores e outros Movimentos Sociais, de contraposição a essa proposta de Reforma Universitária que tem sido apresentada.

Nos envolvemos ativamente nas pautas relacionadas à construção do SUS, compomos a Comissão Intermunicipal de Hospitais de Ensino, apresentando nosso acúmulo histórico nessa área, integramos de forma intensa a construção do VER-SUS (Vivências e Estágios na realidade do SUS), proposta, aliás, que teve origem no Movimento Estudantil.

Nossas bandeiras são construídas de forma coletiva pelos estudantes de Medicina de todo o Brasil em nossos fóruns nacionais e, especialmente, organizados e estruturados segundo a metodologia do Planejamento Estratégico, que utilizamos em nosso Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina (COBREM), no início de cada ano. Historicamente, temos essas diretrizes traçadas de acordo com grandes princípios, que estão previstos em nosso Estatuto: o Estado de Direito, a Defesa da Vida, o ensino público e gratuito de qualidade e de acesso universal, o ensino médico voltado às reais necessidades da população brasileira, a independência em relação a movimentos de cunho estritamente partidário e a defesa do Sistema Único de Saúde enquanto um sistema público de saúde, gratuito e de qualidade.

Qual é a pauta de trabalho da DENEM e quem são seus parceiros?

A DENEM apresenta, como já disse, uma ampla pauta de assuntos que permeiam nossas atividades, reuniões, seminários, congressos. Realizamos recentemente um Seminário sobre “A Reforma Sanitária e a Soci-

idade que Queremos”, em que aprofundamos nossa leitura sobre a importância histórica do Movimento Estudantil na Área da Saúde para a construção do SUS.

Possuímos uma pauta dinâmica, que dialoga sempre com nosso Planejamento e com nossa função intrínseca de representação dos estudantes de Medicina de todo o país. Por isso buscamos sempre trabalhar de forma democrática, participativa, de tal forma que as expressões pessoais possam dialeticamente se confrontar. Utilizamos-nos da compreensão de que, por meio da ação comunicativa, com convencimentos e criações de consensos progressivos, chegamos melhor às conclusões, respeitamos melhor a multiplicidade de avaliações da realidade e das possibilidades de trabalho e atuação. Dessa forma, construímos cotidianamente nossa pauta, nossa atuação e nossos posicionamentos.

Já com relação aos parceiros, temos que considerar a que tipo de atividades estamos nos referindo. Assim, temos parcerias históricas com a própria ABEM, com as outras Executivas e Federações de Cursos e DCE's (Diretórios Centrais de Estudantes), com outros Movimentos Sociais, como a ANEPS (Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde), o MST e outros movimentos de Educação Popular em Saúde, com sindicatos, entre outros. Hoje, temos tido boas relações inclusive com o Ministério da Saúde, o que para um Movimento como o nosso, sem dúvida, é extremamente novo e difícil, pois exige uma maturidade na relação política que nos cobra freqüentes reavaliações e leituras complexas. Tivemos também, em outros momentos, boas articulações com as entidades médicas, mas hoje essas relações

estão estremecidas, principalmente por nosso posicionamento contrário ao Projeto de Lei 25/02, de regulamentação do Ato Médico – em nossa avaliação, uma falta de maturidade política por parte dessas entidades em podermos manter boas relações, apesar de algumas discordâncias e de avaliações diferentes...

Em suma, as relações de parcerias tendem a ser bastante múltiplas e dinâmicas, na dependência dos assuntos e da conjuntura, de tal forma que possamos manter nossa coerência com nossos princípios históricos e nossa autonomia.

O que a DENEM sugere como estratégia para o envolvimento articulado das diversas instituições no processo de adequações dos modos de ensino-aprendizagem e de organização dos serviços?

Em primeiro lugar, cremos ser necessária, na criação de qualquer processo que tenha por objetivo a articulação das instituições e dos serviços, ou que envolva qualquer coletivo de atores políticos e sociais, a instituição de um processo de construção coletiva e democrática dos projetos e das pactuações, com a presença de todos os envolvidos. Não há, afora isso, grande novidade, ou como reinventar a roda. Todos os processos, necessariamente, passam por negociações políticas, por tentativas de equilíbrio entre os interesses, a partir do pressuposto de termos algum objetivo em comum.

Para qualquer mudança de paradigma, seja o da Educação Médica, o da atenção à Saúde, o da concepção de Universidade, etc., há necessidade de ruptura com diversas estruturas de poder e criação de novas, necessidade de mudança de cultura e de infraestrutura. Para tanto, qualquer pro-

cesso de mudança, partindo dos pressupostos democráticos, deve avançar, progressivamente, por várias frentes: por políticas públicas que possam prover a sustentação financeira (pois dinheiro, já se sabe há tempos, é dos melhores argumentos existentes...), convencimentos progressivos, com educação permanente, com fortalecimento de núcleos que produzam racionalidades diferentes das hegemonicamente existentes, mudanças em arcabouços jurídicos, e por aí vai. Não é uma questão simples, portanto exige uma atuação em diversas frentes, tempo e coragem para enfrentar e questionar o que já está bastante cristalizado.

Qual a posição de DENEM em relação ao exame prático no acesso à Residência Médica?

A DENEM, embora já tenha discutido essa questão em nossas reuniões, não conseguiu ainda fechar uma posição com relação e esse assunto. Temos, entretanto, claras algumas ques-

tões. Sabemos que o exame de acesso à Residência, da forma como hoje está estruturado (com 90% da prova teórica), exerce uma influência negativa na graduação, pois coloca como central tão somente a cognição e acúmulos teóricos, enquanto vimos há muito trabalhando a importância de uma formação ampla, centrada nas necessidades de saúde da população, na formação humanística e ética, com foco importante em habilidades e competências que se trabalham somente na atuação prática e concreta, e que, portanto, não pode se resumir a um formulário de perguntas e respostas. Temos também ciência do risco que corremos de ceder espaço ao chamado apadrinhamento dos candidatos, ou a uma corrupção do processo de seleção por privilegiamento e escolha de candidatos conhecidos ou pertencentes às próprias instituições.

Em poucas palavras, posso dizer que achamos um avanço a instituição de um exame prático no acesso à Re-

sidência Médica, entretanto, vemos ainda como importante uma padronização da forma de elaboração e realização desses exames. Para isso achamos necessária a realização de uma oficina nacional sobre esse tema, em que possam ser pensadas possibilidades para a melhor racionalização desses exames. Vemos um potencial negativo na excessiva autonomia às instituições para realizarem esses exames, sem um mínimo de diretrizes pactuadas e traçadas coletiva e nacionalmente. Achamos, por fim, imprescindível a presença de avaliadores externos à instituição na realização dos exames, em bancas mistas, e necessária alguma forma de registro dos exames – resguardados, obviamente, a ética e o respeito aos pacientes e aos candidatos.

** Perguntas elaboradas pelo Prof. João José Neves Marins - Diretor Executivo da ABEM.*

Denise Ornelas Fontes Pereira

Coordenadora Geral da DENEM

Qual a sua trajetória no movimento estudantil até a Coordenação Geral da DENEM?

Minha militância começou antes da Universidade, pois como secundarista colaborava ativamente com o Grêmio Estudantil da Escola Técnica Federal de Química - RJ. Já como universitária, continuei participando do movimento através do meu DA, o Diretório Acadêmico Barros Terra; fui Coordenadora de Relações Estudantis em 2002/2003, Coordenadora Geral em 2004/2005 e atualmente, sou Coordenadora de Divulgação e Imprensa. Paralelamente, me envolvi também com a DENEM - Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, sendo com outros companheiros, Coordenadora da Regional Sudeste-I em 2003 e 2004, e Coordenadora de Políticas de Saúde em 2005.

Quais as prioridades da DENEM para seu período de gestão?

O planejamento da DENEM, realizado anualmente no COBREM – Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina – é o orientador do trabalho da gestão. De sua elaboração, pode participar todo e qualquer estudante de medicina do Brasil e ele representa, portanto, muito da concepção de democracia participativa defendida pela DENEM. Para 2006 foram definidas sete frentes de atuação prioritárias: 1) a luta contra a

mercantilização da Educação; 2) a defesa incondicional da Universidade pública, gratuita e de qualidade; 3) disputar ideologicamente na sociedade a concepção de saúde, visando reforçar a implementação total do SUS, garantindo seus princípios e diretrizes; 4) trabalhar pela formação de profissionais de saúde referenciados no SUS, tecnicamente capacitados e com visão crítica e reflexiva sobre a sua prática e sobre a sociedade; 5) combater o preconceito e construir alternativas para a inclusão social, com ênfase no respeito à diversidade étnica, cultural, de gênero e de orientação sexual; 6) consolidar uma organização interna objetiva e transparente, voltada para a integração dos estudantes de medicina e 7) aprofundar nossa formação política.

Como estimular a participação discente na transformação da escola médica?

Nossas Escolas tendem a nos cercar dentro de um mundo competitivo e que valoriza muito pouco a atuação política, a cidadania e o trabalho em equipe, dentre outros valores que não podem ser medidos em provas ou testes. Isso se reflete também no envolvimento dos estudantes com a transformação de sua própria realidade, como é o caso da Transformação da Escola Médica!



Acadêmica do oitavo período da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense

Assim, o movimento estudantil é uma das formas de estimular a participação discente, pois através dos encontros regionais e nacionais, dos seminários, dos Estágios & Vivências nacionais e internacionais promovidos pela DENEM, podemos ter contato com realidades diferentes das nossas; o contato com outros estudantes e a troca de informações revigora o ânimo e a percepção de que vale a pena se dedicar para mudar aquilo que achávamos que não tinha jeito, além de enriquecer nossa formação. Sem dúvida, o suporte e reconhecimento institucional para a realização dessas atividades são fundamentais.

O próprio COBREM é um espaço fantástico de troca entre as escolas médicas – docentes e discentes, médicos, residentes, educadores e gestores de saúde. A participação dos discentes no Congresso da ABEM até a década de 80 era praticamente restrita a apresentação de traba-

lhos e hoje vem se consolidando em forma de protagonismo político a cada Congresso. O primeiro passo foi a participação paritária entre estudantes e professores representando as escolas médicas associadas nos espaços deliberativos da ABEM, conseguida no início da década de 90. Com o fortalecimento do movimento, em 2001 conseguimos que os sócios discentes também estejam representados na Coordenação dos Núcleos Regionais e atuem junto a Diretoria com a criação do Fórum Discente da ABEM – espaço de encontro entre os Coordenadores Regionais Discentes e os estudantes de Medicina.

Tudo isso é fundamental para enfatizar a idéia de que o estudante é um ator fundamental para a transformação da Escola Médica... Mostramos nacionalmente que a parceria com os docentes é possível, viável e pode ser diferente da relação vertical que normalmente se estabelece nas salas de aula. Toda essa atividade se propaga nas escolas: é o fortalecimento das representações estudantis nos Colegiados e Conselhos, é a formação de vínculos entre os estudantes que estendem a possibilidade de troca de experiências entre as Escolas para além do Congresso, é a sensibilização dos estudantes desde as Semanas de Calouros que já discutem a importância da transformação!

O que devemos esperar da parceria ABEM/DENEM, e quais as estratégias para um trabalho conjunto?

Acredito que podemos esperar um ano bastante produtivo, uma vez que a facilidade de comunicação entre as diretorias das duas entidades e a clareza de objetivos pode potencializar bastante a atuação conjunta que a ABEM e a DENEM historicamente vem construindo.

No caso das frentes prioritárias da ABEM, desde o ano passado a DENEM vem se dedicando especialmente à incorporação da Atenção Básica na Graduação – em 2006, esperamos colaborar mais intensamente no aprofundamento da discussão sobre a Residência Médica e do Internato.

Politicamente, entendendo que a Escola Médica não deve estar fechada em si mesma, desejamos que temas como a Certificação Profissional e a Reforma Universitária sejam pontos melhor trabalhados pela ABEM. É fundamental trabalharmos a frente de Avaliação dentro do cenário das Políticas Educacionais brasileiras e continuar apostando num processo de Avaliação Institucional Nacional realmente transformador.

A principal estratégia é trabalhar em conjunto com os Coordenadores Regionais Discentes e Docentes da ABEM, através de Coordenadores de Educação e Saúde, Coordenadores

Políticas de Saúde e Coordenadores Regionais da DENEM, mobilizando cada vez mais professores e estudantes para participar dos nossos fóruns. Temos como compromisso participar ativamente da construção do XLIV COBEM Gramado e dos Congressos Regionais de Educação médica.

O que você gostaria de acrescentar?

Há muito tempo o movimento estudantil vem contribuindo de maneira decisiva nos rumos da Educação Médica brasileira, mostrando sua capacidade de articulação, formulação e debate. Ainda assim, muitas vezes a participação discente é menosprezada – em muitas escolas, os Centros e Diretórios Acadêmicos não contam com nenhuma infra-estrutura para funcionar: não tem sala própria, telefone, computador e são literalmente, impedidos de participar dos espaços deliberativos. Penso que seria um grande avanço para a construção da ABEM e de alternativas para a Educação Médica se percebermos os discentes como sujeitos que querem ampliar o debate, que são capazes de formular propostas e superar as dificuldades em parceria com os professores, afinal, temos o mesmo interesse: formar médicos comprometidos com as necessidades de saúde da população e com a consolidação do Sistema Único de Saúde. Mesmo na divergência queremos e vamos manter o diálogo, o respeito e a coerência. Muito obrigada pelo espaço!

