
APRESENTAÇÃO

O trabalho médico deve estar direcionado às pessoas. Estas vivem e relacionam-se com outros grupos e populações em ambientes diversos que interferem em suas condições de saúde.

Os indivíduos enfermam, apresentam problemas biológicos, psíquicos, sociais e interpretam os seus problemas em função de princípios culturais.

A população no mundo aumenta e a distribuição por faixa etária varia. O perfil das doenças modifica-se no tempo e nas regiões.

O saber técnico e científico evolui, surgem novas experiências de aprendizagem para adultos, onde se enfatiza o intercâmbio de conhecimento entre professores e estudantes.

A estrutura dos serviços responde as demandas e surgem propostas de adequação do processo de trabalho e da organização da cadeia do cuidado em saúde.

Os profissionais que viverão essa evolução no exercício de suas práticas necessitam ser formados para esta nova lógica de agir.

Como, quando e onde devem ser formados os profissionais de saúde? Como devem ser avaliados? Os docentes estão sintonizados com este método de aprendizagem e com as ações de saúde segundo as solicitações da sociedade, direta ou indiretamente?

As reflexões a respeito devem levar em consideração alguns parâmetros considerados relevantes para o referendo das necessidades de transformações na educação médica: Política de Estado e de Governo;

Perfil Demográfico e Epidemiológico; Desenvolvimento Tecnológico; Organização dos Serviços; Modelo Tecnoassistencial; O Referencial do Processo de Trabalho; Integralidade da Atenção; Os Modelos Pedagógicos em Curso; As Necessidades da População.

Convém ressaltar que o grau de sucesso do processo de inovação/transformação extrapola o uso de técnicas ou de métodos. Consolida-se como resultante da possibilidade da conformação de teias e canais que darão sustentação as mais diversas formas de se ver e se estar

no mundo, detectando as barreiras epistemológicas, psicológicas, culturais, sociais e políticas que a ela se opõem.

Devemos entender também as formatações dos novos cenários de práticas como espaços de embates constantes entre as escolhas políticas, éticas e pedagógicas, assumindo elevado grau de importância na determinação dos possíveis caminhos a serem adotados pelas políticas de saúde e de formação e capacitação de pessoal, e não como modelos artificiais da realidade.

Enfatizamos que o enfoque teórico do curso deve envolver uma visão intersectorial na abordagem do processo saúde/doença e o uso crítico de tecnologias inovadoras que busquem a integralidade da atenção; as linhas de pesquisa devem conter enfoque no diagnóstico das condições de vida e saúde da população, na construção de tecnologias dirigidas a tomadas de decisão (gestão) e na melhoria da assistência à saúde; a abordagem pedagógica estar atrelado a estrutura curricular integrada à realidade, valorizando a construção do próprio conhecimento (aprender à aprender); a avaliação do processo de ensino/aprendizagem referendada nas competências, habilidades, atitudes, postura ética/humanista; o perfil docente valorizando a capacitação, experiência, motivação, produção acadêmica; na gestão ocorrer a participação dos diversos segmentos, e a integração interinstitucional.

Neste contexto a ABEM vem desenvolvendo ações visando subsidiar o debate e a reflexão sobre o trabalho em saúde referendado pelo SUS e a formação profissional segundo as Diretrizes Curriculares.

Os artigos deste Caderno foram encomendados à profissionais e instituições que vem desenvolvendo trabalhos referentes a Educação Médica em diversos níveis e locais do país. Acreditamos que os textos apresentados venham colaborar com os debates, os fóruns do COBEM e seus desdobramentos.

João José Neves Marins
Diretor Executivo
Associação Brasileira de Educação Médica

SUMÁRIO

ARTIGOS

- Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica – Diretrizes 6
Gastão Wagner de Sousa Campos
- Formação e Atenção Básica de Saúde – Pacto de Gestão para Territórios de Aprendizagem 11
João José Neves Marins
- Humano Demasiado Humano: Bioética e
Humanização como Temas Transversais na Educação Médica. 24
Sergio Rego
Andréia Patrícia Gomes
Rodrigo Siqueira-Batista
- Programas de Desenvolvimento Docente em Escolas Médicas:
Oportunidades e Perspectivas – Mais do que uma Necessidade. 34
Henry de Holanda Campos
João José Batista de Campos
Maria José Salles de Faria
Pamela Fernanda Alves Barbosa
Maria Neile Torres de Araújo
- Avaliação da Aprendizagem do Estudante 39
Angélica Maria Bicudo Zeferino
Sílvia Maria Riceto Ronchim Passeri
- Avaliação Institucional e Mudanças na Formação do Profissional de Saúde:
Diretrizes, Sinaes e Projeto da CAEM/ABEM 44
Jadete Barbosa Lampert
- A Construção de Parcerias como Estratégia para o Sucesso do Pró-Saúde 53
José Roberto de Ferreira
Geraldo Cunha Cury
Francisco Eduardo Campos
Ana Estela Haddad
Gustavo Diniz Ferreira Gusso

PAPEL DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA – DIRETRIZES

Gastão Wagner de Sousa Campos¹

Pretendemos neste documento apontar algumas diretrizes para o ensino médico na rede de atenção primária à saúde.

FUNÇÕES DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA DE SAÚDE E A BUSCA DA UNIVERSALIDADE, EQÜIDADE E INTEGRALIDADE

A atenção básica à saúde (ABS) deveria se constituir em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde (não a única, o que implicaria em burocratização intolerável, o Pronto-socorro é outra porta possível e necessária, por exemplo). Porém espera-se dela muito mais do que isso. Afirma-se que na ABS deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população¹, assume-se com isso que, nas configurações que o SUS vem adquirindo colocam-se para a ABS pelo menos três funções importantes²:

- Acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade: os pacientes precisam ser acolhidos no momento em que demandam. Sem isso a ABS nunca se constituirá em verdadeira porta do sistema. A dimensão do acolhimento pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variável, grande variedade de demandas e avaliar os riscos implicados assegurando seu atendimento, visando à máxima resolutividade possível. Ao mesmo tempo, por meio do recurso da visita domiciliar, a descrição de clientela e análise das condições de saúde da comunidade e do território espera-se uma postura que vincule pessoas, famílias e a comunidade às Equipes de

ABS e identifique o risco e vulnerabilidade desses indivíduos, famílias e setores da comunidade.

- Clínica ampliada: a clínica realizada na rede básica de saúde tem uma série de especificidades, o que a torna diferente da realizada em grandes centros hospitalares ou ambulatorios de especialidades³. Contrário ao que se costuma pensar há grande complexidade nas intervenções na rede básica. O complexo se define em termos de número de variáveis envolvidas em um dado processo, nesse sentido é necessário intervir sobre a dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, mas será também necessário encarar os riscos subjetivos e sociais. Essas dimensões estarão presentes em qualquer trabalho em saúde, no entanto na rede básica atingem uma expressão maior, sendo necessário não somente considerar esses aspectos no momento do diagnóstico, mas também lograr ações que incidam sobre estas três diferentes dimensões. A proximidade com as redes familiares e sociais dos pacientes facilita essas intervenções, porém sem eliminar sua complexidade.

Ainda, a possibilidade de se construir vínculos duradouros com os pacientes é condição para o aumento de eficácia das intervenções clínicas, sejam essas diagnósticas, terapêuticas ou de reabilitação. A construção do caso clínico pode ser efetivada em vários encontros ao longo do tempo, com isso, ao mesmo tempo, aumentar-se-á a confiança

¹ Professor, Doutor, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

entre profissionais e usuários. Assim, a clínica deverá ser ampliada, partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso – “cada caso é um caso” – sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos (diretrizes clínicas, programas, etc).

- **Saúde Coletiva:** ainda será necessário que a rede básica realize procedimentos de cunho preventivo e de promoção à saúde no seu território. Busca ativa de doentes, vacinas, educação, medidas para melhorar a qualidade de vida, projetos intersetoriais, tudo isso vêm sendo recomendado amplamente pela bibliografia da área e contribui com certeza para a resolução e prevenção de inúmeros problemas de saúde⁴.

Observa-se que, na prática, essas funções se entrelaçam, a integralidade e a efetividade do cuidado dependem da possibilidade e da capacidade de cada Equipe combinar modos de intervenção de cada um desses campos na proporção exigida pelo caso.

A composição dessas três funções não é uma tarefa simples. É freqüente se observar desvios que diminuem a capacidade da rede, em alguns casos há redes que se voltam somente para a prevenção de riscos e ações comunitárias deixando toda a resolutividade clínica para a rede de urgência e hospitalar. Em outros, observa-se uma ABS transformada em pronto atendimento clínico de baixa qualidade. Nenhuma dessas alternativas garante o papel resolutivo que a ABS deve sustentar. A capacidade de a rede básica resolver 80% dos problemas de saúde dependerá tanto de investimentos, quanto da adoção de um modelo organizacional adequado e que permita o cumprimento dessas três funções.

MODELO ORGANIZACIONAL PARA A ABS

Para atingir-se essa capacidade de resolver problemas de saúde, há hoje um reconhecimento de que a ABS deverá ordenar-se segundo algumas diretrizes:

- **Trabalho em Equipe Interdisciplinar:** sabe-se que nenhum profissional conseguiria ter um acúmulo de conhecimentos e habilidades práticas suficiente para cumprir simultaneamente essas três funções. Por outro lado, a fragmentação da atenção básica em diversas especialidades ou profissões, que não buscam formas integradas para a atuação, tem se demonstrando como sendo um modelo inadequado. No Brasil, o Ministério

da Saúde, a partir de 1994, apoiando-se em experiências municipais, adotou um desenho para a composição básica dessa Equipe com base na lógica da Saúde da Família: médico, enfermeiro, dentista, técnicos ou auxiliares de enfermagem e odontologia, todos com formação e função de generalistas, e os agentes de saúde, uma nova profissão, em que trabalhadores recrutados na comunidade fazem ligação da equipe com família e com a comunidade⁵.

Em algumas localidades há experiências que incorporam outros profissionais à ABS, ainda que procurem manter sempre a Equipe de Saúde da Família como núcleo central para ordenar a atenção. Com a idéia de constituírem-se redes de Apoio Matricial, agregam-se Equipe de Saúde Mental, Reabilitação, Nutrição, Saúde Coletiva e Desenvolvimento Social, Saúde da Mulher e da Criança, entre outras, que trabalham articuladas com várias Equipes de Saúde da Família em um determinado território. Algumas cidades têm experimentado deslocar especialistas em áreas com grande demanda para também atuarem na atenção básica.

- **Responsabilidade Sanitária por um Território e Construção de Vínculo entre Equipe e Usuários:** com objetivo de definir-se a responsabilidade sanitária de modo claro, recomenda-se que cada Equipe de Saúde da Família bem como outras com função de Apoio Matricial tenham a seu encargo o cuidado à saúde de um conjunto de pessoas que vivem em um mesmo território. A Equipe deve conhecer os condicionantes de saúde dessa região, bem como identificar risco e vulnerabilidade de grupos, famílias e pessoas, desenvolvendo projetos singulares de intervenção. A construção de vínculo depende desse desenho organizacional e também da ligação longitudinal – horizontal ao longo do tempo – entre Equipe e usuários.
- **Abordagem do Sujeito, da Família e do seu Contexto,** a busca da Integralidade em ABS: que depende do exercício combinado das três funções acima explicitadas. Dentro dos limites da ABS, cada Equipe deve contar com meios para resolver problemas de saúde valendo-se de ações clínicas, de promoção e prevenção e, até mesmo, de reabilitação e alívio do sofrimento. Espera-se que as Equipes consigam tanto apoiar a comunidade e outros setores para a intervenção sobre determinantes do processo saúde/doença, quanto garantir atenção singular aos casos com maior vulnerabilidade.

- Reformulação do saber e da prática tradicional em saúde: recomenda-se uma reformulação e ampliação do saber clínico, com a incorporação de conceitos e de ferramentas originários da saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais e de outros campos do conhecimento que permitam aos trabalhadores de saúde lidar com a complexidade do processo saúde e doença, incorporando o social e o subjetivo, bem como fazer a gestão do trabalho em equipe e em sistemas de rede.

Para isso é fundamental a instituição de programas de educação permanente, com cursos e discussão de casos, de consensos clínicos, que tornem possível esse trajeto.

Migrar o ensino para a ABS não significa automaticamente migrar o ensino para um paradigma novo. Frequentemente a ABS reproduz, em condições limitadas, o mesmo modelo de atenção à saúde dos serviços especializados. A Abordagem Integral depende da reformulação do paradigma tradicional denominado de biomédico. Para isso recomenda-se tomar o sujeito em sua família e em seu contexto econômico, social e cultural, bem como envolver os usuários tanto na gestão do sistema de saúde, quanto na construção de sua própria saúde.

- Articular a ABS em uma rede de serviços de saúde que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas de saúde. A ABS necessita de uma ligação dinâmica e de apoio com outras redes, a saber, de urgência, hospitalar, de centros especializados, de saúde coletiva, de desenvolvimento social, etc.

A ABS REALMENTE EXISTENTE

De fato, onde existiria essa ABS idealizada em recomendações e textos teóricos? Em nenhum lugar, com certeza. Como está acontecendo com o SUS em geral, também a implantação da rede de ABS no Brasil está ocorrendo de maneira bastante heterogênea. O que se resumiu acima são recomendações genéricas, que alguns gestores e profissionais procuram transformar em realidade.

Em tese teríamos quase 100 milhões de brasileiros vinculados a distintos programas na ABS. No entanto, a qualidade e a capacidade resolutiva desses serviços é muito desigual. Temos desde cidades com baixa cobertura, até outras que alcançaram setenta por cento de famílias vinculadas a ABS. O apoio ao exercício de uma clínica eficaz é igualmente heterogêneo, o mesmo se pode dizer sobre a integração da ABS ao sistema hospitalar e de especialida-

des. Além disso, há problemas sérios com a política de pessoal, desde o sistema precário de contratação até a quase inexistência de oportunidade tanto para a formação especializada quanto para acesso a processos de educação permanente. A maioria absoluta dos médicos, enfermeiros e dentistas não tem formação especializada em saúde da família, ou saúde coletiva ou para o exercício de uma clínica ampliada de cunho generalista, nem contam tampouco com apoio técnico ou institucional⁶.

Concluindo pode-se observar que, apesar da mudança de cenário, a ABS tende, na prática, a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços continuados e sistemáticos para reformular esse tipo de prática e de saber.

Nesse sentido, as Escolas Médicas deverão colocar-se como parceiras dos sistemas locais de saúde objetivando um esforço articulado para a efetiva organização da ABS.

POR QUE O ENSINO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE?

Há uma recomendação curricular genérica de que a formação médica busque uma variação de cenários para o ensino prático. Na mesma linha recomenda-se a inserção do aluno desde o início do curso em atividades práticas⁷. Além disso, se na rede básica se espera sejam resolvidos 80% dos problemas de saúde da população, se aceitamos que as intervenções no território são de grande complexidade, e se ainda acrescentamos a isso que grande parte da população brasileira vive na pobreza, teremos claras evidências técnicas e éticas de que nossas escolas médicas devem formar um profissional competente para intervir nessa realidade. Nesse sentido, a rede básica é um campo de práticas potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação de profissionais de saúde deverão inserir seus alunos.

Em medicina, cursos que combinem teoria e prática voltada para o campo da Saúde Coletiva podem ser desenvolvidos desde o primeiro ano. O ensino de metodologia sobre educação em saúde, visita domiciliar, epidemiologia aplicada a serviços, política e gestão em saúde, projetos comunitários e intersetoriais, tudo isto e muito mais pode fazer parte de módulos com estágios em ABS desde o primeiro ano.

Além do mais, se observa que, progressivamente, com a implantação do SUS, grande parte dos casos que antes de-

mandava atendimento em hospitais e serviços de urgência, busca atenção na ABS. Assim o próprio ensino da clínica necessita de novos cenários. Além do mais, na ABS o aluno seria ensinado a fazer uma abordagem ampliada e singular de cada caso, o que qualificaria a formação teórica sobre diretrizes. Entrar em contacto com essa complexidade, com a obrigação de trabalhar em equipe e de fazer um seguimento longitudinal possibilita que o aluno se aproprie de competências essenciais para o exercício da profissão.

Valorizar o ensino na rede básica visa atender uma demanda social inelutável de nosso país, bem como ampliar os cenários para práticas tanto de clínica quanto de saúde coletiva, e também honrar a promessa de bem formar nossos alunos⁸. Ainda, pressupõe aceitar que a prática é fundante da formação e que há experiências que nenhum livro pode fornecer.

Por último, implica reconhecer que os problemas que o SUS deve resolver são problemas também para as Escolas Médicas. Nesse sentido, não estamos formando médicos com competência e habilidade para o exercício dessa função essencial ao sistema e à saúde dos brasileiros. A ABS não logrará efetivar-se se não contar com milhares de médicos capazes para trabalhar em equipe, exercer uma clínica ampliada, participar de projetos coletivos e que estejam abertos para continuar aprendendo.

NECESSIDADES PEDAGÓGICAS COLOCADAS PELA RELAÇÃO ENSINO – SERVIÇOS NA ABS

- O aluno de graduação precisa de uma estrutura de estágio que permita e facilite o trânsito entre teoria e prática. Os docentes – como mediadores fundamentais dessa relação – deveriam, necessariamente, ser capacitados para esse novo tipo de ensino.

O vínculo com o docente é um grande facilitador, assim o contato prolongado, horizontal, com um mesmo professor deveria ser estimulado. Isso ainda permitiria um cuidado adicional com os alunos que, muitas vezes, sentem-se desorientados nessa etapa de sua formação e sofrem o impacto da realidade que lhes é apresentada.

As atividades planejadas deveriam estimular a busca de informação, leituras, reflexões e permitir que a partir das questões que a prática coloca se descubram e estudem novos conteúdos.

No caso, a grade curricular deverá ser ordenada de maneira a permitir cursos mais longos, com estágios no mesmo serviço, de modo que o aluno possa acompanhar casos clínicos ou sanitários por um período longo.

- O estágio na rede básica precisa ser ordenado, tanto por razões pedagógicas quanto de funcionamento dos serviços, em pequenos grupos de alunos, com supervisão e acompanhamento de professores e de tutores ou colaboradores escolhidos entre Equipes da ABS. Nos primeiros anos, os estágios na rede básica se voltam para o campo da saúde coletiva, e seriam coordenados por professores e profissionais com formação especializada ou que se apropriaram de conhecimentos sobre clínica ampliada e saúde pública.

A partir do quarto ano e no internato, contudo, recomendam-se estágios clínicos na rede básica. O ensino de pediatria, ginecologia, obstetrícia, clínica médica, psiquiatria, infectologia, entre outras disciplinas, depende cada vez mais da prática que acontece fora do hospital universitário, na ABS ou em Centros de Referência. Nessa situação é importante que os professores especialistas se articulem com as Equipes de generalistas em saúde da família, buscando articular o ensino prático com a lógica de funcionamento do modelo de atenção da rede básica. Operando com os agentes de saúde, fazendo discussão de caso em Equipe, visita domiciliar, educação em saúde, elaboração de projeto terapêutico e de intervenção sobre o território, etc.

O ensino na ABS não pode ser responsabilidade apenas dos docentes de Saúde Coletiva ou de Saúde da Família, necessita do envolvimento de outras especialidades conforme descrito acima. Depende ainda da possibilidade de se recrutar na rede de ABS monitores ou tutores que dêem viabilidade à necessária descentralização e multiplicação dos campos de prática.

COMO OPERACIONALIZAR AS RELAÇÕES ENSINO–SERVIÇO?

- Contratação clara de responsabilidades com a rede pública (projetos de integração, contratos e convênios, etc.). Em geral, os Hospitais Universitários estão sob gestão da própria Universidade, o mesmo não acontece com as redes de atenção básica. No Brasil, 97% da rede básica encontram-se sob direção municipal, nesse caso a descentralização se realizou quase completa-

mente. Recomenda-se que as Escolas elaborem projetos de integração docente-assistencial com as Secretarias Municipais, definindo com clareza os vários componentes dessa relação. Por um lado, é importante assegurar espaço para os alunos: definição de distritos, serviços e equipes onde ocorrerão os estágios; por outro, é fundamental assegurar reciprocidade; ou seja, compromisso da Escola, representada por alunos e docentes, com o respeito às diretrizes políticas sanitárias adotadas, bem como com a qualidade da atenção.

- Investimento para assegurar infra-estrutura básica para o ensino em ABS: os locais onde trabalham as Equipes não necessariamente estão preparados para receber um grupo, ainda que pequeno, de alunos; é importante que a Universidade, em parceria com o Ministério e Secretarias de Estado, elabore projetos para adaptação desses espaços também para o ensino. Algum apoio ao transporte de alunos e professores é importante, com a descentralização dos espaços de prática fica complicado o deslocamento de alunos e docentes, sendo conveniente assegurar-se formas que facilitem esses deslocamentos. Apoio em informática é fundamental para o ensino a distância e a utilização de recursos da tele-medicina pelos alunos, docentes e Equipes. Projetos de acesso fácil à biblioteca e consulta especializada qualificam esses estágios bem como o próprio funcionamento da rede básica.
- Parceria estreita com gerencia local e Equipe (reuniões, discussões, planejamento conjunto, etc.) em todos os locais onde ocorra estágio. Além do contrato geral com o gestor municipal, é importante que cada docente com seus alunos realizem um contrato – explicitação do projeto de ensino e assunção de compromissos compartilhados – com o dirigente e com a Equipe junto aos quais ocorrerá o estágio prático.
- Desenho de estágios que valorizem o contato horizontal propiciando a construção de vínculos, tanto com usuários (visando a ampliação da clínica) quanto com a equipe (favorecendo a construção de uma identidade profissional apta para esse tipo de trabalho).
- Elaboração de uma rede de cooperação entre Hospital Universitário e rede básica, respeitando-se as diretrizes de regionalização porventura existentes, mas faci-

tando o apoio de especialistas às Equipes de Saúde da Família.

- Montagem de dispositivos de Desenvolvimento Docente com apoio institucional, objetivando educação continuada dos docentes, contratados e tutores por meio de discussão de temas teóricos, de casos e problemas originários da própria experiência e também de outras experiências análogas.
- Definição de um Corpo Docente para cada um desses módulos, composto por professores, profissionais contratados e tutores recrutados entre o próprio pessoal da rede básica. Ainda que os papéis e responsabilidades sejam distintos, recomenda-se o funcionamento do Corpo Docente em lógica de equipe com colegiado de gestão. Ainda que haja polêmica sobre o tema, seria conveniente remunerar a dedicação docente dos tutores.
- Apoiar docentes e alunos para que a rede básica se constitua em um campo de investigação e produção de conhecimento, sempre que possível e conveniente envolvendo parceiros do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Primary Health Care. Geneva: WHO; 1978.
2. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/MS; 2002.
4. World Health Organization. Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000. Copenhagen: WHO; 1994.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde dentro de casa: programa de saúde da família. Brasília, DF: MS; 1994.
6. Machado MH. Programa de Saúde da família no Brasil: algumas considerações sobre o perfil de médicos e enfermeiros. In: Souza MF, org. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002.
7. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4 CNE/CES de 7 de novembro 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
8. Marins JJN. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: ABEM/Hucitec; 2004.

FORMAÇÃO E ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE – PACTO DE GESTÃO PARA TERRITÓRIOS DE APRENDIZAGEM

João José Neves Marins¹

INTRODUÇÃO

O documento atual tomou como referência uma reconstrução histórica das discussões e propostas organizadas pela ABEM, em conjunto com outras instituições, a partir do primeiro semestre de 2005 sobre a Atenção Básica em Saúde (ABS). A relevância do tema para a ABEM, elegeu-o como prioridade nas suas pautas. Essa prioridade prende-se ao fato de que as escolas médicas, em geral, encontram dificuldades na implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação Médica, bem como na realização da integração ensino e serviço, através de convênios entre as escolas e os gestores da saúde.

Frente a esse cenário foi montada uma comissão na ABEM para construir junto às escolas médicas, instrumentos que norteassem a prática do ensino na Atenção Básica, sendo definido alguns itens para ação:

1. Construção de um documento da ABEM sobre a Atenção Básica;
2. Encaminhamento da discussão nas escolas médicas;
3. Definição de parceiros para o desenvolvimento das ações;
4. Inclusão da temática nos debates dos Congressos da ABEM;
5. Estudo da situação atual da ABS nas Escolas Médicas através de oficinas, questionários e grupos focais.

Em relação aos dois primeiros itens, foi elaborado pelo professor Gastão Wagner de Sousa Campos o documento: **Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica – Diretrizes¹** em abril de 2005, tendo sido disponibilizado no site da ABEM como um instrumento para provocar o debate sobre o tema. Houve uma grande mobilização sendo enviado, por vários segmentos, análises e propostas sobre as questões levantadas no texto. Algumas destas questões são apresentadas no cor-

po deste artigo e, o documento citado, consta como o primeiro artigo deste Caderno.

Os três últimos itens foram trabalhados envolvendo várias instituições (DENEM, CONASEMS, REDE UNIDA, ABEM), além de profissionais de serviço, docentes e discente de diversas Escolas Médicas através de oficinas, grupos e outras modalidades de trabalho, cujos produtos são também incluídos no corpo deste artigo sendo, uma parcela destes, em sua íntegra.

Acreditamos que esta reconstrução favoreça a continuidade e aprofundamento dos debates a respeito.

Como continuidade das ações, foi programado para o 45 COBEM – UBERLÂNDIA, em outubro de 2007 o Fórum sobre Atenção básica de Saúde, cujos objetivos e dinâmica de desenvolvimento são apresentadas ao final do texto, servindo este documento, além de um regate histórico das ações em desenvolvimento pela ABEM sobre ABS, do termo de referência para os trabalhos do referido Fórum.

O CONTEXTO

O modelo hegemônico de atenção à saúde no Brasil, marcadamente nos anos setenta, associado à reforma do ensino no período, fortaleceu a formação do profissional de saúde voltada à lógica da especialização. Essa lógica foi retratada através da fragmentação da forma de abordagem dos conteúdos e das práticas do processo de ensino-aprendizagem. Introduziram-se nos cursos a subdivisão das grandes áreas do conhecimento em diversas disciplinas e os cenários de aprendizagem ficaram, na maioria, limitados ao hospital.

Embora diversos estudos, realizados posteriormente, tenham apontado a necessidade de proceder-se às adequações dos cursos de formação profissional, poucas ini-

¹ Médico, Professor Adjunto do Departamento de Planejamento em Saúde da Universidade Federal Fluminense, Diretor Executivo da Associação Brasileira de Educação Médica.

ciativas a respeito foram efetivamente implementadas. Uma grande parcela das modificações envolveram apenas alterações de grade disciplinar ou a incorporação de modelos pedagógicos, em alguns segmentos do curso.

No que se refere às práticas, envolvendo a articulação ensino-serviço-sociedade, as propostas atuais de adequação devem considerar o desenvolvimento de projetos estratégicos dirigidos à construção, incorporação e avaliação de novas tecnologias para os serviços e a utilização de modelos político-pedagógicos que viabilizem a aprendizagem profissional, tendo como referência o processo de trabalho. Além do enfoque biológico, deve-se buscar a construção de instrumentos de atuação em saúde que privilegie a intersectorialidade, a integralidade da atenção, ou seja, que busque atuar frente aos determinantes dos principais problemas de saúde identificados num território, invertendo-se a lógica da demanda espontânea pela responsabilização dos serviços, da equipe e do profissional frente a uma população adscrita.

As modificações requeridas, incorporando uma nova lógica no processo de trabalho, dependem intimamente das competências, das habilidades e da adoção de valores éticos, sociais e culturais dos profissionais. Neste aspecto, de forma coerente com as diretrizes curriculares e os princípios da educação permanente, torna-se de fundamental importância: a escolha dos métodos de ensino-aprendizagem atrelados a uma forma de interpretar e agir em saúde visando a integralidade da atenção; a diversificação dos cenários de aprendizagem; a capacitação dos docentes que irão participar como multiplicadores do processo e, sobretudo, estimular a produção do conhecimento na área da saúde individual e coletiva, voltada a diagnosticar e a intervir nas questões de saúde da população, utilizando protocolos de atuação previamente definidos e que permitam uma avaliação permanente e ajustes em função das especificidades locais.

A construção de métodos, instrumentos e indicadores destinados à avaliação do processo ensino-aprendizagem devem ter também como referência as ações envolvendo a multiprofissionalidade. Em síntese, os instrumentos tecnopolíticos a serem utilizados, deverão considerar os diversos componentes do processo saúde-doença tanto no nível diagnóstico, quanto da intervenção nas áreas individual e coletiva. Nesse sentido, considerando-se também a estimativa de resolubilidade da rede básica de atenção,

apresenta-se como de grande relevância para o sistema de aprendizagem o estabelecimento do papel da atenção básica na formação dos profissionais de saúde.²

POSICIONAMENTO FRENTE AO DOCUMENTO DA ABEM

Vários questionamentos e sugestões foram enviados à ABEM a partir da disponibilização do documento sobre ABS citado anteriormente. Organizou-se também uma oficina a respeito sendo algumas posições apresentadas a seguir como resultado desta fase dos trabalhos.

Questões

- A assistência e o ensino devem ser feitos preferencialmente pelo médico especialista em Saúde da Família? Qual a composição ideal da equipe? O médico da rede é um docente?
 - O gestor quer um médico trabalhando na rede ou um tutor assistencial? – Existe diferença na formação entre o docente e o profissional da rede?

Sugestões

- Devemos respeitar a diversidade e especificidade regional, sob pena de engessar e impossibilitar a implantação do ensino no serviço.
- Há falta de docentes que estejam capacitados a ensinar na rede. Deve-se colocar o docente junto ao médico da rede.
- Não há profissional na escola médica disponível para ensinar na rede. A escola não pode abrir mão da formação do aluno. Devemos nos posicionar contra a postura da isenção da responsabilidade da escola na formação. O ideal é a parceria serviço/escola.
- Fica clara a preocupação dos gestores na formalização dos convênios entre ensino-serviço. Os gestores propõem que o MS auxilie a inclusão do aluno, através de recursos para viabilização disso. Os gestores têm uma postura favorável para que haja uma política do SUS para promover essa integração. Devemos fazer um esforço de entendimento com a SMF, tendo-a como parceiros. Ressalta-se que não se pode aceitar que somente médicos da saúde da família sejam os únicos a trabalharem na Atenção Básica, tendo-se o cuidado para não se ter, à cerca disso, uma visão corporativista. Torna-se evidente a necessidade do docente em campo,

sem esquecer de valorizar os outros profissionais da equipe que recebem o aluno.

- As escolas têm dificuldade de levar o profissional para a rede, sugere-se um incentivo a esse docente. O desafio é trazer o profissional da rede para dentro da escola.
- Ressalta-se a importância da comunidade e seus representantes para a definição do papel de cada profissional da equipe de saúde.
- Identifica-se a dificuldade de inserção do aluno na média complexidade. Deveria haver uma política explicitada pelo ministério para a integração do ensino-serviço.
- Entende-se que é consenso e que cabe a escola médica responsabilizar-se pela formação do aluno, incluindo planejamento e avaliação das atividades. Mas deve-se ter claro com operacionalizar as ações respeitando as especificidades locais.
- Ressalta-se a importância de envolver ministérios e secretarias e o aproveitamento dessas instâncias como parceiras no desenvolvimento das ações.

Fica evidente a necessidade de se aprofundar os estudos sobre o ensino da ABS, sistematizar e divulgar as experiências exitosas e, sobretudo, estabelecer-se as diretrizes gerais para a formalização dos pactos de gestão entre as instituições de ensino e os serviços. Estão apresentados anexos ao final do texto, um roteiro de questões construídos pela equipe de trabalho da ABEM voltadas a desenvolver um estudo sobre a formação em ABS nas escolas médicas brasileiras.

QUENTÕES TRABALHADAS

Quando o estudante deve participar da aprendizagem da Atenção Básica de Saúde?

- No início e durante toda a formação, porém em níveis de complexidade diferentes.
- O estudante não deve se limitar à postura de observador, deve desde o período inicial desenvolver trabalho planejado.
- No Internato com atuação nas áreas clínicas – pediatria, clínica médica e ginecologia – obstetrícia e medicina de família e comunidade e cirurgia ambulatorial.
- Na Saúde Coletiva, idealmente permeando a atuação clínica de forma integrada.

O que de ser ensinado ?

- Definir as competências esperadas para cada série na atenção básica. (conhecimento, habilidades e atitudes).
- Programar atividades teóricas e práticas visando responder às competências estabelecidas.
- Políticas públicas (SUS / PSF / ABS) o que é, como funciona.
- Competências profissionais (relações multiprofissionais).
- Saúde e sociedade (cultura / respeito / vínculo).
- Trabalhar conceito ampliado de saúde.
- Histórico da saúde no Brasil e no mundo.
- Vigilância epidemiológica.
- Educação popular em saúde.
- Trabalhar com famílias e grupos.
- Estimular controle social (conselhos de saúde / DA'S / CA'S).
- Conceitos acolhimento e humanização / adesão.
- Procedimentos assistenciais.
- Relação meio ambiente e saúde.
- Capacidade de aprender com o outro / identificar a história de vida do outro e respeitá-la.
- Valorizar as práticas populares.
- Entender o processo ensino / aprendizagem, práticas pedagógicas.

O que é educar?

- Habilidade de trabalhar a partir de competências desenvolvidas.
- Valorizar e acreditar no SUS entendê-lo como o resultado de um processo de conquista popular.
- Trabalhar todas as clínicas de forma interdisciplinar e contextualizada.
- Trabalhar prevenção, promoção.
- Imunização.
- Educação em saúde.
- Grupos operativos.
- Atividade de sala de espera.
- Intersetorialidade e interdisciplinaridade.

Modelos de atenção

- Sus, regionalizações, territorializações, contra-referência, referência.
- Direito e cidadania.
- Ética, humanização.

- Trabalho em equipe.
- Abertura para práticas não tradicionais.
- Educação e comunicação em saúde.
- Assistência, segundo ciclos de vida – clínica ampliada.
- Visitas domiciliares.
- Levantamento de problemas de saúde.
- Reconhecimento do território.
- Técnicas básicas (aferição de PA, curativos e outras)
- Atividades educativas na comunidade, creches, escolas, organizações da sociedade.
- Assistência.

Como desenvolver a aprendizagem?

- Não reproduzir o modelo hospitalocêntrico contextualizado.
- Reformulação dos currículos com a participação conjunta de professores / alunos / profissionais de saúde / clientela.
- Integrar teoria e prática.
- Apresentação e discussão de casos entre uma equipe multiprofissional.
- Propiciar ao aluno a proximidade com a prática / realidade local.
- Ter um processo de educação permanente entre os profissionais com a visão multiprofissional.
- Inserir o aluno na realidade da população local e da equipe saúde local.
- Estimular visão crítica do aluno e do profissional / docentes.
- Inserção pactuada com gestor local.
- Adequação de área física – o ensino exige maior número de salas, espaço para discussão de caso, seminários. (Responsabilidade deve ser prestada com a instituição de ensino).
- Supervisão : docente e profissional ou docente.
- Inserir o diálogo e os movimentos sociais no processo ensino / aprendizagem.
- Ter espaço de trocas de experiências exitosas ou não tanto em nível de serviço quanto de ensino.
- Continuidade da Atenção mantendo um vínculo recíproco.
- Contrato / avaliação / supervisão / orientação.
- Envolvimento do profissional no ensino exige: capacitação. participação nos processos avaliativos e de programação das atividades. Acordo com os gestores locais e análise de situação – perfil de profissional, estabilidade, disponibilidade.³

Dificuldades

- Financiamento.
- Clareza nos objetivos da Academia para com os Serviços.
- Falta de quadros qualificados na ponta.
- Indefinição sobre a prioridade da discussão pela instituição.
- Falta de objetivos criando um “ressentimento” entre Academia e Serviço.
- Falta de estrutura física; não está adequada à recepção de estudantes.

Estratégicas

- Criação de um fórum permanente da inter-locução (com participação dos USUÁRIOS, ESTUDANTES, DOCENTES E REDE) academia e serviço, tanto no âmbito da própria Universidade como no âmbito de gestão (municipal, estadual e nacional).
- Comissão Nacional de Acompanhamento da Atenção Básica ativa e funcionando.
- Interlocutor qualificado em educação na saúde.
- Construir sistema de contratualização.
- Estabelecimento de Projeto Interministerial (MEC/MS) com garantia de financiamento (Ensino, Pesquisa e Extensão) e definição de objetivos, modelo de contra-avaliação referencial.

Instrumento

- Contrato formalizado entre gestores do SUS e Universidade, com definição de responsabilidades e com compromissos, discutidos e aprovados nos Conselhos de Saúde.

Diretrizes

- Formação pedagógica dos tutores de Serviços e da Universidade.
- Acreditação de equipe e serviços com base na adesão destes.
- Reconhecimento do trabalho de tutoria e preceptorial, com certificação e pontuação.
- Incentivo financeiro via bolsas para incentivo dessas atividades (extensão, pesquisa).
- Uso de recursos de educação à distância e telemedicina.
- Incorporação de projetos de extensão e de suas experiências no tema.
- Integração / Parcerias.

Torna-se evidente a necessidade de se oficializar, através de instrumentos, os acordos entre as Instituições, tanto federal (Ministérios da Educação e Saúde, CONASEMS, ABEM) e locais (Universidades e Secretarias Municipais de Saúde). Esta pactuação deve envolver, principalmente ao nível local, as instituições de ensino, as de serviços e a sociedade.

Participação das Instituições de Ensino – IES

- As IES podem contribuir oferecendo cursos de aperfeiçoamento, especialização e mestrado profissionais da Secretaria Municipal de Saúde.
- Trabalhar em conjunto no planejamento e gestão das unidades básicas de saúde.
- Atender demandas específicas do gestor do SMS, como realização de pesquisas etc.
- Assumir compromisso com a continuidade do serviço nos períodos de férias ou até mesmo de greve, com programas de extensão, voluntários.

Participação dos Serviços

- O serviço pode contribuir abrindo os postos de serviços de saúde para a IES.
- Construir conjuntamente a proposta dos estagiários nos serviços.
- Reconhecer e valorizar os profissionais que estão trabalhando na formação de estudantes.

Receber os estudantes não como um favor e sim como uma atividade com ganhos mútuos, por exemplo maximizar e otimizar utilização de recursos financeiros.

Participação Social

- A comunidade pode participar com participação nos Conselhos Gestores Locais, Conselhos Municipais de Saúde e como movimento popular através de suas associações.
- Poderá, em algumas circunstâncias, servir como mediadores entre a IES e SMS.
- Participar construindo as necessidades de saúde da população.
- Contribuir na construção do Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina.

Em síntese, podemos ressaltar

- A ampliação de atividades de ensino e pesquisa na rede de ABS é condição fundamental para implantação das Diretrizes Curriculares.
- A inserção do aluno na rede de ABS deve ocorrer desde o primeiro ano até o internato, promovendo integração entre teoria e prática. O ensino na ABS deve ser baseado em atividades de saúde de promoção e prevenção, de clínica e reabilitação, bem como se abrir espaço para que participem de atividades em conjunto com usuários e gestores. As competências e habilidades a serem adquiridas devem ser definidas de forma progressiva, conforme os conteúdos específicos de cada semestre. Procurar integração entre ensino clínico e de saúde coletiva, bem como entre abordagem geral e a especializada. Durante o internato os alunos devem realizar estágio na ABS nas áreas de saúde da mulher, do adulto (idoso) e da criança, complementando com abordagem em saúde coletiva e saúde da família.
- Organização de cursos e da grade curricular que permitam vínculo do aluno com usuários e equipes da ABS, valorizando a inserção longitudinal (horizontal) do aluno de modo que possa acompanhar casos clínicos e sanitários. Diminuir a fragmentação dos currículos tradicionais em que alunos permanecem alguns dias ou semanas em uma grande variedade de especialidades.
- Assegurar integração dos alunos nas Equipes de Saúde da Família e de Apoio Especializado, com trabalho conjunto, discussão de casos, visita domiciliar, educação em saúde, elaboração de projeto terapêutico, intervenções comunitárias e intersetoriais.
- Trabalhar na perspectiva da clínica ampliada, da saúde coletiva e da promoção à saúde.
- Assegurar supervisão docente aos estágios, bem como articulação estreita entre preceptores, professores e equipes da ABS, tanto no que se refere a docência quanto à atenção à saúde.
- Planejamento e programação conjunta de atividades e grade de estágios com equipes dos serviços e alunos.
- Construir e consolidar programas de investigação e de produção de conhecimentos na ABS.
- Articular rede de cooperação entre ABS, Hospital Universitário e Centros Especializados de Referência.

EIXOS NORTEADORES

Tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária Brasileira e as propostas de adequação da formação profissional contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais, identificam-se a necessidade de ampliação dos compromissos, gerenciais, éticos, assistenciais e humanísticos da formação profissional, ressaltando-se o papel das instituições de ensino na busca das soluções dos problemas identificados na realidade local e com a construção do SUS. Em particular, impõe-se a necessidade de ampliação dos cenários de prática, da produção do conhecimento ao longo do processo de capacitação e da utilização de metodologias ativas da aprendizagem. Essa lógica implica em trabalhar com um conceito ampliado de saúde, aprofundar o conhecimento sobre os contextos locais, contar com o trabalho articulado entre as diferentes profissões.

Visando subsidiar a organização da aprendizagem nos cursos de graduação, foram trabalhados nos grupos um roteiro de sugestões tomando-se como base alguns eixos norteadores.

Práticas sugeridas na ABS

- Planejamento Integrado (diversos/diferentes cursos).
- Todos os níveis de complexidade e qualificação.
- Nível Técnico não somente no âmbito hospitalar.
- Território de ação da unidade de saúde, programas da rede. saúde mental, saúde oral, vigilância à saúde.
- Atuar na cadeia do cuidado – gestão do cuidado em saúde.
- Multiprofissionalidade (enquanto composição) e Interdisciplinaridade (enquanto construção de conhecimento/prática).
- Debate na escola sobre o SUS.
- Desenvolvimento de Atividades que favoreçam: vínculo, responsabilização e acolhimento.
- Práticas Integradas, Intrasetoriais (Universidade) e Intersetoriais (Rede, Serviços Públicos).
- Atividades de Campo com presença de profissional da unidade.
- Equipe Matricial (especialidades da universidade).
- Programas de Residência: inserção na rede (diferentes níveis de complexidade) visando ampliar integralidade da atenção.
- Envolvimento das Ligas (projetos de promoção da saúde) no processo de negociação.

- Compromissos e Responsabilidades.
- Participação do Processo de Ensino como indicador de qualidade x produtividade.

Cenários de aprendizagem

- Territórios e suas relações.
- Rede de Cuidados (unidade de saúde, PSF, centros de saúde, ambulatórios, hospital, rede de saúde suplementar, escola, creche, quartel, unidade no trabalho).
- Estruturas e espaços de gestão.
- Organização de serviços em saúde.
- Promoção da saúde.
- Espaços sociais/culturais, coletivos, grupos de apoio, redes de solidariedade em diversas dimensões.
- Rede de ensino local.
- Práticas em diferentes competências e profissões em saúde.
- Estrutura física que garanta integração ensino/serviço/pesquisa.

Metodologias ativas de aprendizagem

- Autonomia (sujeito em ensino, sujeito em prática).
- Co-responsabilidade.
- Avaliação processual.
- Participação da Rede em todo processo pedagógico.
- Pactuação – Viabilidade e Continuidade dos processos/projetos.
- Organização das escolas: Departamentos x Disciplinas integradoras.
- ABP e Problematização (Problemas definidos no cotidiano das práticas/dos processos).
- Laboratórios de Práticas Profissionais (orientadas pelas Competências).
- Portifólio/Diários de Trajetórias Pedagógicas e das Práticas em saúde.

Avaliação de aprendizagem

- Diversos atores no planejamento, acompanhamento e avaliação de resultados e processos (quadrilátero).
- Competências e Habilidades.
- Avaliação Institucional.
- Avaliação da Qualidade (prática e conflitos com a organização do serviço).

Trabalhos de equipes transdisciplinares

Multiprofissionalidade (enquanto composição) e Interdisciplinaridade (enquanto construção de conhecimento/prática).

- Comunicação (agir comunicativo) e subjetividade na definição de tipos de equipes de saúde.
- Formalidade/Organização de espaços para atuação em equipe.
- Profissional Assistencial para substituição durante férias.
- SUS como referencial de trabalho em equipe.
- Vínculos (trabalho/emprego).

Referencial Teórico que fundamenta as ações

- Estado e Políticas de Saúde, Educação e Pessoal.
- LDB, Diretrizes Curriculares.
- LOS, Diretrizes do SUS.
- Modo de atenção (organização, tipologia de rede).
- Modo de ensino-aprendizagem (avaliação, metodologias).
- Análise Institucional.
- Processo de Trabalho-Processo de Ensino-Aprendizagem.
- Professor/Preceptor/Tutor/Supervisor.
- Atenção em Saúde/ Gestão do Cuidado (vínculo, responsabilização e acolhimento).
- Educação, Educação Permanente.

Produção do conhecimento voltado aos problemas locais.

- Definição de interesses (espaços e sujeitos).
- Necessidades sociais locais como referência.
- Produção e Intercâmbio de Informações/Conhecimentos/Produtos.
- Comunicação em Saúde.
- Continuidade e Temporalidade.
- Fortalecer, Construir Autoria/sujeitos – profissionais da rede.

Educação permanente

- Necessidade (profissional/serviço/rede) e Oferta orientada.

- Competências e Habilidades para prática do ensino em serviço e para prática do serviço durante processo de ensino.
- Perfil profissional para docência.
- Redução da Produtividade x Participação processo ensino.
- Institucionalização da organização dos processos educativos.
- PEP – participação nos espaços de negociação.
- Núcleos EP nas escolas (participação dos usuários).
- Espaço de construção central e representativo para contratualização e sustentabilidade dos processos.
- EP garantindo diferentes vias de produção e ferramentas gerenciais (Rede – Escola).
- Escola – Rede; Movimentos Sociais – Rede/Escola – Movimentos Sociais.

Gestão

- Modalidade de contratualização.
- Articulação Interinstitucional.
- Formador nos contratos de metas, produção, prestação de serviços.
- Definição de responsabilidades e papéis (instituição de ensino e setor saúde).
- Definição de estrutura/organização que garanta a contratualização (dificuldades/rupturas nas mudanças das gestões – escolas e rede).
- Definição de política (local e nacional).
- Políticas públicas de valorização profissional (carreira).
- Diferenças gerenciais e operacionais (escolas públicas, comunitárias, filantrópicas e privadas).
- Política de Pessoal em Saúde (MEC).
- Política de Avaliação (SINAES-INEP) com categorias contemplando as experiências de integração (serviços).

Controle social

- Discussão da Proposta Curricular no CMS.
- Fortalecimento dos Conselhos (representatividade e participação).
- Discussão e construção em conjunto com Conselhos (Locais, Regionais, Distritais e Municipais).
- Convênio, Termo Aditivo, Acordo Normativo.
- Fóruns de Pactuação/Planejamento/Acompanhamento/Avaliação (gerencial e operacional no âmbito da coordenação/colegiado/congregação de curso e da rede).

- Docente participando do Colegiado Gestor/Conselho Local de Saúde.
- Participação do Usuário nos diferentes espaços interinstitucionais de construção da proposta/projeto.
- Construção de políticas (que ultrapassem administrações) – sustentabilidade, pactuação e democratização do processo.

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Para garantir sustentabilidade à integração ensino-serviço é necessário oficializar relação mediante celebração de contrato e convênios entre universidade e gestor local, bem como construir instância de gestão compartilhada do convênio, com seguimento e avaliação, e envolvimento de usuários, câmara municipal, professores e alunos, além de gestores municipais e universitários; criar espaços de gestão compartilhada e elaboração de contratos entre equipes da universidade e da ABS em cada serviço onde ocorra integração ensino-serviço. Elaborar contratos que compatibilizem atividades didáticas e de pesquisa com dinâmica assistencial, definindo-se responsabilidades para equipes docentes e da ABS; compatibilizar lógica e necessidades didáticas com modelo de atenção da ABS.

Para assegurar financiamento e continuidade a integração ensino-serviço, devemos elaborar diretrizes para contrato de gestão com repasse de recursos e critérios de avaliação a serem estabelecidos entre Ministérios da Saúde, Secretarias de Estado, Secretarias Municipais e Faculdades, objetivando também remuneração de preceptores, programas de capacitação de docentes e preceptores e criação de infra-estrutura adequada à integração ensino-serviço, investir em ensino a distância e valorizar projetos de extensão.

Instrumentos de Pactuação para o Desenvolvimento de Territórios de Aprendizagem

Papel e atribuições das instituições de ensino.

- Elaboração do projeto Político Pedagógico, definido e conhecido com o parceiro.
- Estimular e integrar processos de discussão entre os parceiros para definição de pontos de conflitos.
- Preparar atores da escola para planejamento das ações e integração.
- Conhecer o modelo da gestão, SUS, princípios.
- Qualificação de profissionais respeitando os interesses.
- Planejamento das ações em parceria.

- Pesquisas necessárias ao serviço e socialização das mesmas.
- Estratégia da promoção da saúde compondo conteúdo dos cursos.
- Metodologias ativas de aprendizagem.
- Aproveitar os espaços e questões do serviço para qualificar e instrumentalizar os profissionais e os estudantes com estratégias de caráter permanente.
- Graduar no enfoque na humanização.
- Trabalhar as políticas setoriais a partir das necessidades e prioridades da população.
- Valorizar o sujeito como partícipe do seu cuidado.
- Avaliação do processo de aprendizagem em parceria.
- Envolver o parceiro na construção os objetivos da instituição de ensino.
- Construir práticas pedagógicas que favoreçam a integração inter e multidisciplinaridade.
- Controle social como cenário de ensino e vivência.
- Respeitar o espaço público, o usuário e as rotinas do serviço.

Papel e Atribuições das Instituição Serviço

- Diagnóstico de saúde de cada local.
- Disseminar a adoção de modelos de atenção integral a saúde.
 - Promover transferência e contra-transferência.
 - Otimizar protocolos clínicos na articulação do processo de promoção e prevenção de saúde.
- Políticas de Educação Permanente.
- Educação em saúde, cuidado, espaços para discussão sobre qualidade de vida.
- Aumentar a resolutividade no setor público através da análise e avaliação do uso de Tecnologias (densidade).
- Identificar o perfil do profissional desejado.
- Criar uma estrutura de funcionamento do processo de ensino (dinâmica de atenção, reunião, atividade em grupo).
- Rever estrutura hospitalar, identificando o perfil epidemiológico, dando ênfase a humanização).
- Responsabilização do serviço e de equipes profissionais por determinado território pensando no estabelecimento do vínculo.
- Política de recursos humanos envolvendo a extinção do vínculo precário e promovendo isonomia.

- Participação do controle social, estar aberto ao intercâmbio entre os outros serviços e a universidade.
- Buscar uma interação entre o público-privado-suplementar.
- Adequar o sistema hierárquico para uma forma horizontal, sair do modelo pirâmide (primeiro, segundo e terceiro).
- Viabilizar a internação domiciliar (proporcionar maior conforto do paciente).
- Inclusão na equipe dos “cuidadores” da própria família ou da comunidade promoção da reabilitação.
- Desenvolvimento de trabalhos transdisciplinares e intersetoriais.
- Implementar o desenvolvimento de Saúde Mental.
- Fomentar formação de serviços (em carência) das especialidades médicas
- Avaliar o sistema e suas ações periodicamente.⁴

Instrumentos de pactuação em função das diversas características loco-regionais

Estratégias

- Organização/definição de instâncias intra-institucionais com vista a conduzir o processo de aproximação entre formação e trabalho em saúde.
- Organização de fóruns intra e interinstitucionais para definição, acompanhamento e avaliação das ações relativas à parceria entre instituições formadoras e serviços de saúde considerando os seguintes eixos de competências: político-gerencial, cuidado em saúde, educacional.

Instrumentos

- Formalização de convênios/contratos/termos de cooperação com a definição de responsabilidades individuais e co-responsabilidades.
- Estabelecimento de um contrato de metas entre as instituições parceiras.
- Criação de instrumentos de avaliação referentes a todos os aspectos na parceria.
- Construção de uma base documental com instrumentos legais referentes à regulação de estágios e de práticas profissionais: resoluções dos conselhos profissionais; documentos reguladores das práticas profissionais e de estágio em cada área/categoria.

A integração ensino serviço deve ser sustentada. Deve-se pensar na sua validação e na construção de convênios. A definição do compromisso é importante nesse momento.

Pactos de gestão são de responsabilidades das três esferas, é válido levar também a instancias de controle social. Discutir o perfil do profissional e as características que ele deve ter no processo de formação. A comunidade se apropria, com a construção conjunta de políticas, financiamento para capacitação e melhorias estruturais. A universidade pode oferecer a vivência prática aos alunos, buscando um olhar crítico da rede de cuidados e auxiliando o gestor no reconhecimento das necessidades das referências e contra-referências.

A pactuação efetivamente deve acordar um processo de co-gestão, envolvendo estudantes e profissionais e gerida de maneira compartilhada. Deve incluir necessidades e potencialidades dos serviços de saúde.

Nem todas as unidades têm espaço físico ideal para o ensino em serviço. Deve-se caracterizar as unidades e a presença de professores e alunos explicitada por inserção no trabalho da rede, como continuidade e vínculo, a idéia da qualificação recíproca., produzindo conjuntamente ações articuladas.

Hoje a escola de medicina deve estar centrada no serviço. Negar a parceria inviabiliza a escola médica.

Aceitar os alunos, por outro lado, acarreta custo à rede. No que tange recursos materiais e humanos, deveria acontecer ampliação das unidades, mas isso depende de financiamento. Sugere-se a construção de uma rede escola, tendo claro que uma das atribuições dos profissionais da rede é participar da formação. Além da capacitação existem muitas outras ações que devem acontecer, por exemplo: a construção de projetos de educação permanente. A entrada das escolas médicas na rede, deve ser institucionalizada, para que isso não fique na dependência das alternância de gestores e dirigentes da academia.

Deve-se levar em conta a preocupação com número de acadêmicos que essas unidades recebem e quais as instituições contempladas com esse contrato. A escola pública perde espaço por falta de recursos para bancar auxílio em determinadas regiões.

O estudante trabalha no serviço de forma assistencialista e o conhecimento produzido fica na academia não

voltando para o serviço. Não há integração nesses processos de extensão.

A discussão do contrato deve ser colocada em outro patamar pois parte das ferramentas são do campo da interdisciplinaridade. O gestor da saúde por vezes fica deslocado dessas políticas públicas locais. Para o gestor seria interessante que estudantes de diferentes áreas fossem inseridos na rede, não só aqueles da área de saúde.

O contrato exigirá do gestor e de uma contra-partida da escola. Compromissos com os pólos, busca de recursos municipais e estaduais. As diretrizes podem ser gerais, mas esse contrato deve ter especificidades locais, para que tenha sustentabilidade.

O contrato de gestão deve trabalhar com a descentralização, respeitando a característica regional e institucional. Esse fórum tripartite deveria ser acompanhado pelo ministério, para que esse contrato de gestão fosse já construído de forma conjunta. Deveria também tentar envolver o MEC e o CONASS.

A presença da ABEM nesse processo e seu posicionamento é de muita importância e valor. Os muitos cenários da formação envolvem também o atendimento secundário e o hospital.

É fundamental que o protocolo ou convenio seja estabelecido com o olhar do MEC e do MS, para que essa política seja institucionalizada. Preceptores mais adequados talvez não estejam na academia. Por que não colocar esses profissionais na academia? Deve existir um interesse recíproco. O Protocolo deve estender-se às ações, voltadas a residência médica.

Colocar o estudante na rede trás benefícios para o atendimento e para a escola médica

Algumas questões devem ser aprofundadas: desenvolvimento do campo da atenção primária ;mesmo com o arcabouço teórico formado, o desenvolvimento na prática ainda é um grande desafio. As escolas da saúde não têm capacitado o aluno para viver a realidade do serviço e as necessidades da população. Tentamos juntar os saberes de alguns profissionais ligados a essa área e reunindo os saberes de outras áreas de saúde para ampliar essa área de trabalho. Ainda temos um arcabouço que não olha o indivíduo como um todo. Poucas universidades conseguiram se estruturar de fato para oferecer isso aos serviços. Criou-se uma preceptoria, porém esses preceptores necessitam de um desenvolvimento específico. O campo da

atenção primária é maravilhoso e riquíssimo. Deve-se criar um campo de gestão com diversos atores e um processo de discussão coletiva. Tem que ser avaliado quais são os espaços que podem ser cenários de ensino. E ainda a importância da produção de conhecimentos nesses cenários. A universidade está muito aquém do que ela pode desenvolver de pesquisa na área de ABS.

O gestor tem que se preocupar com a assistência, gestão e formação. Tudo isso tem um custo que deve ser previsto. A contratação do SUS deve ter uma visão de melhorar o custeio da tabela do SUS, para viabilizar a manutenção do atendimento. Quem dos gestores de hospitais participa da construção desse tipo de contrato. Os professores que não participam do funcionamento e financiamento da escola e do hospital, não entendem que uma nova forma de contrato deve ser estabelecida. Deve-se mergulhar um pouco mais na realidade do serviço, aprofundando a discussão O gestor deve incentivar o profissional para entender a saúde como qualidade de vida.

A contratualização da rede-escola deve ser amplo. Podemos construir as linhas gerais do contrato com base nas experiências vividas, inclusive da residência. Criar uma comissão de acompanhamento do processo e sua avaliação. Contemplar também as diferenças de escolas públicas e privadas, mesmo pensando, em certas situações, somente em Medicina, Enfermagem e Odontologia.

ORGANIZAÇÃO DO FÓRUM DO 45 COBEM

Acreditamos que o consolidado apresentado, fruto de diversos trabalhos e oficinas realizadas pela ABEM em conjunto com outras instituições, poderão servir de referencial para o aprofundamento do debate no Fórum do 45 COBEM e seus desdobramentos.

Considerando que os modelos político-pedagógicos dos cursos de graduação devam estar vinculados aos princípios do SUS e norteados pelas Diretrizes Curriculares, o Fórum tem como objeto: *incentivar o debate a respeito e iniciar o processo de construção de um referencial teórico que oriente a organização dos conteúdos e práticas da atenção básica no processo de formação dos profissionais de saúde.*

Objetivo

Elaborar um documento contendo propostas para o desenvolvimento da formação na área de Atenção Básica de

Saúde, incluindo-se as diretrizes gerais para a formalização de Pactos de Gestão entre as instituições de ensino e os gestores de serviços de saúde.

Dinâmica dos Trabalhos

- a) Seleção de 3 temas de referência para o debate a serem apresentados durante os primeiros 30 minutos de cada dia:
 - Os Serviços de Atenção Básica de Saúde – conceito, desenvolvimento e avaliação.
 - Definição de Competências, Habilidades e Atitudes dos Profissionais.
 - Seleção dos Cenários de Aprendizagem e Métodos de Aprendizagem.
 - Pacto de Gestão – instrumento, atribuições dos serviços e das instituições de ensino.
- b) Trabalhos em Grupos (Média de 20 pessoas) durante 80 minutos visando responder, através de um documento, as questões levantadas pelos facilitadores na apresentação de cada dia. Cada Grupo deve trabalhar com um coordenador e um relator, responsáveis pela entrega do documento do grupo ao final do dia aos coordenadores do Fórum.
- c) No último dia ocorrerá a apresentação de grupos sobre as diversas temáticas levantadas. Cabe aos Coordenadores do Fórum a elaboração de um consolidado das propostas a ser divulgado nos Anais do Congresso.

Serão disponibilizados o Termo de Referência, que aborda questões envolvendo conceitos e experiências a respeito do tema, visando subsidiar os trabalhos a serem desenvolvidos no Fórum.

Produto

Elaboração de um texto analítico que oriente a organização dos conteúdos e práticas da Atenção Básica de Saúde no processo de formação dos profissionais de saúde e estratégias para o desenvolvimento de Pactos de Gestão para Territórios de aprendizagem.

CONCLUSÃO

A forte e fundamental ligação entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino/aprendizagem permite identificar o processo de trabalho como espaço privilegiado de execução de serviços e de ensino em saúde. A amplitude deste processo possibilita reconhecer que o resultado de sua

prática envolve, entre outros, uma ação onde o cuidar em saúde gera qualidade de atenção e qualidade de formação. Os profissionais formados ou em formação, usuários e os demais atores: redes de serviços, instituições formadoras e movimentos sociais, estabelecem relações que possibilitam construir redes apoiada na alteridade, co-responsabilidade, autonomia, satisfação e construção de novas linguagens e saberes. A atuação nesta teia, com a intenção de romper os códigos disciplinares e barreiras sociais, culturais e institucionais, permite a cada ator (sujeito- indivíduo e sujeito-coletivo) se reposicionar e ativamente fortalecer as arenas de relação e provocar a definição de políticas que garantam respostas aos desafios identificados.

Os processos de transformações necessários na relação setor saúde - setor educação, passa por reconhecer o campo das políticas públicas, incluindo-se aí a Atenção Básica de Saúde, como um dos eixos integrante do modelo tecnoassistencial escolhido e, conseqüentemente, como resposta pactuada e socialmente relevante.

A formação profissional, entendida neste contexto, se define então mais como uma estratégias políticas do que pedagógica a priori e incorpora a seguir ferramentas pedagógicas enquanto fortalecimento da trama que sedimenta e engloba o campo das políticas públicas. A Atenção Básica de Saúde, tanto no que se refere aos serviços quanto a formação, deve ser organizada em função da imagem objeto que se tem referente ao processo de trabalho e a adoção de uma política de saúde voltada a atender as necessidades sociais.⁵

REFERÊNCIAS

1. Campos GW. Diretrizes para o ensino médico na rede básica de saúde. Rio de Janeiro: ABEM; 2005. p.11. [mimeo].
2. Campos GW, Marins JJN. A abordagem da atenção básica na formação dos profissionais de saúde. Olho Mágico. 2005; 12(4): 118-22.
3. Pires AC, Koifman L, Marins JJN. Estratégias para a construção de parcerias entre formadores e gestores municipais de saúde: contrato de gestão. [Oficina do Congresso da Rede Unida; 2006; Paraná].
4. Associação Brasileira de Educação Médica. Relatório das oficinas sobre atenção básica de saúde em Brasília, Natal e Gramado. Rio de Janeiro; 2006. [mimeo].
5. Marins JJN, Pires AC. A formação profissional no contexto das políticas públicas: a análise e as práticas no processo de reforma curricular em Medicina. Cad ABEM. 2004; 1(1): 37-40.

HUMANO DEMASIADO HUMANO: BIOÉTICA E HUMANIZAÇÃO COMO TEMAS TRANSVERSAIS NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Sergio Rego¹ Andréia Patrícia Gomes² Rodrigo Siqueira-Batista³

We don't need no education
We don't need no thought control
No dark sarcasm in the classroom
Teachers leave them kids alone
Hey! Teachers! Leave them kids alone!
All in all it's just another brick in the wall.
All in all you're just another brick in the wall.
Wrong, Do it again!
If you don't eat yer meat, you can't have any pudding. How can you have any
pudding if you don't eat yer meat?
Roger Waters (Pink Floyd)

INTRODUÇÃO

As atuais transformações vivenciadas nas sociedades laicas e plurais contemporâneas têm tornado a bioética e a humanização temas centrais na educação médica (Ferreira, 2004; Rego, Palácios, Schramm, 2004). Num contexto globalizado, de informações rapidamente difundidas e de uma ciência cada vez mais complexa, é notório que os indivíduos tenham que apresentar competências diversas das habitualmente exigidas, para que haja integração e exercício de um dado saber-fazer (Silva Filho, 1994; Perrenoud, 1999). De fato, aspectos como:

1. A extrema velocidade na produção de conhecimento – e a conseqüente efemeridade das “verdades” construídas no saber-fazer científico (Santos, 2003).

2. A necessidade de reorganizar o saber-fazer da saúde, levando em conta a integralidade, a interdisciplinaridade e a recuperação da dimensão ética cuidadora/compassiva (Zoboli, Fortes, 2004).
3. A premência de otimização dos gastos em saúde, em face das infrenes produção de conhecimento e incorporação tecnológica em saúde (Santos, Gerschman, 2004).
4. O questionamento crescente de valores tradicionalmente hegemônicos na prática da saúde e o emergente papel social dos pacientes e da sociedade em geral, os quais têm forçado uma nova reflexão sobre a formação e a prática dos profissionais neste setor.

¹ Doutor em Ciências, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisador Associado da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz

² Médica. Doutoranda em Ciências, Fundação Oswaldo Cruz. Professora Titular do Curso de Graduação em Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos.

³ Médico e filósofo. Doutor em Ciências, Fundação Oswaldo Cruz. Professor Titular do Curso de Graduação em Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos e Professor Adjunto do Curso de Licenciatura em Física, Centro Federal de Educação Tecnológica de Química de Nilópolis.

5. A inequívoca influência dos meios de comunicação e das novas tecnologias de informação na construção/formatação do homem/profissional nestes primórdios do século 21 (Struchiner, 2005).
6. O advento/desenvolvimento das sociedades de controle – em contraposição às (em *ultrapassagem*, senão completamente *ultrapassadas*) sociedades disciplinares, constituídas em torno de estratégias de confinamento (Deleuze, 1992; Siqueira-Batista, Siqueira-Batista, 2007).

Marcam, decisivamente, o contexto no qual deverá ser formado o profissional médico, de modo a torná-lo capaz de responder às díspares demandas de uma sociedade na qual se mantêm presentes às doenças infecto-parasitárias (como a malária, a hanseníase e a tuberculose) e as doenças degenerativas (como as cardiovasculares e as neoplasias) (Prata, 1992; Brasil, 2001), especialmente ao se levar em conta as *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*, as quais propõem que o egresso seja um médico crítico, reflexivo, cidadão e autônomo, capaz de atuar nos diversos níveis de atenção à saúde (Brasil, 1996; Brasil, 2001).

Estas questões, relativas à *formação* – entendida no sentido grego de *Paidéia* (Jaeger, 1995) –, à *ética* e ao *homem* – na medida em que *humanizar* é entendido como “tornar (-se) humano, dar ou adquirir condição humana; humanar (-se)” (Houaiss, 2001, p.459) –, ainda que sejam atualíssimas, remontam à alvorada da civilização ocidental, tendo sido discutidas no âmago do pensamento helênico antigo. Pode-se considerar, deste modo, que a *educação do homem* foi originalmente pensada como formação ética, voltada para a vida política na cidade-estado (*pólis*) (Severino, 2006).

Com efeito, percebe-se a imbricação dos termos deste debate – envolvendo *ética*, *humanização* e *educação* –, os quais podem ser pensados, conjuntamente, de forma articulada e complexa, no âmbito da formação médica, de modo a constituírem espaços para uma abordagem interdisciplinar – interdisciplinaridade entendida como “a utilização de vários pontos de vista, mas com a finalidade cooperativa de construir um objeto teórico comum” (Schramm, 2001, p.38) – e transversal –, caracterizando-se transversalidade como “uma forma de organizar o trabalho didático na qual alguns temas são integrados nas áreas convencionais de forma a estarem presentes em to-

das elas” (Agência EducaBrasil, 2007). O escopo do presente artigo é esboçar linhas de fuga para se pensar a bioética e a humanização, transversalmente e interdisciplinarmente, na graduação e pós-graduação em Medicina, enfocando a discussão teórica e os métodos pedagógicos.

BIOÉTICA, ÉTICA E FORMAÇÃO MÉDICA

A *bioética*, em sua formulação originária pelo oncologista Van Rensselaer Potter, em 1970, foi concebida como uma *nova ética científica* capaz de dar respostas à deterioração das relações homem-natureza, cujos objetivos principais seriam garantir a perpetuação da espécie humana e de sua qualidade de vida (Potter, 1970). Já Hellegers, fundador do Kennedy Institute of Ethics, em 1971, utilizou o nome para definir uma nova ética biomédica, uma extensão da ética médica. Ao longo destes mais de 35 anos, a disciplina adquiriu diferentes conotações – podendo-se perceber *variações* do tema (Ferrer, Alvarez, 2005) –, ainda que não tenha deixado de se orientar para a discussão da moralidade dos atos humanos – esfera da *práxis* –, como na definição de Kottow:

[Por bioética entende-se] o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos [cujos] efeitos afetam profunda e irreversivelmente, de maneira real ou potencial, os sistemas vivos.

(Kottow, 1995, p.53)

Ao considerar as ações humanas em termos morais, duas *funções* podem ser pensadas como inerentes à disciplina: a *descritiva* e a *normativa*, as quais permitem, respectivamente, explicitar os conflitos e propor a melhor forma de agir diante deles. Ou seja, a bioética preocupa-se em analisar os argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas que afetam a qualidade de vida e o bem-estar dos humanos e dos outros seres vivos e a qualidade de seus ambientes e em tomar decisões baseadas nas análises anteriores. Considerando-se de forma específica, mas não só, o campo da saúde pública, defende-se hoje que a “proteção” seja o princípio norteador das análises e decisões a serem tomadas, como proposto por Schramm e Kottow (Schramm, Kottow, 2001; Schramm, 2005). Tal compreensão está em consonância com o apresentado na *Declaração Universal sobre Bioética*

e *Direitos Humanos* (Unesco, 2005), a qual, embora ainda expresse um antropocentrismo ético, consolida a compreensão de incluir entre suas preocupações os problemas morais relacionados com o meio ambiente e animais não humanos.

Embora possa ser entendido como um *movimento* típico das sociedades laicas e plurais contemporâneas da segunda metade do século 20, deve-se reconhecer sua inscrição na tradição ética ocidental como uma das éticas aplicadas, como já identificava Warren Thomas Reich na introdução à segunda edição revista da *Encyclopedia of Bioethics* em 1995.

Com efeito, cabe, afinal, interrogar: *o que é ética?* Termo bastante polissêmico, pode ser compreendido, do ponto de vista filosófico, como o saber que investiga os juízos sobre os atos qualificados como bons ou maus (Abbagnano, 2003; Lalande, 1983). Em geral, a ética pode ser diferenciada da moral – ainda que em muitas situações os termos sejam utilizados como sinônimos – tal qual o ponderado por Cortina:

Ética e moral distinguem-se simplesmente no sentido de que, enquanto a moral faz parte da vida cotidiana das sociedades e dos indivíduos, e não foi inventada pelos filósofos, a ética é um saber filosófico.

(Cortina, 2003, p. 14)

Ou, buscando-se ainda maior clareza, pode-se dizer que a moral se refere às normas de conduta vigentes em dada sociedade (portanto, intuitivas e “vindas de fora” do indivíduo) e que a ética se refere às normas de conduta resultantes do exercício da razão crítica (Rego, Palácios, Schramm, 2004).

Do ponto de vista do debate ético e de suas implicações educativas, a conceituação de Blackburn acrescenta elementos pertinentes:

Estudo dos conceitos envolvidos no raciocínio prático: o bem, a ação correta, o dever, a obrigação, a virtude, a liberdade, a racionalidade, a escolha. É também o estudo de segunda ordem das características objetivas, subjetivas, relativas ou céticas que as afirmações feitas nesses termos possam apresentar.

(Blackburn, 1997, p. 129)

As distinções apresentadas – ponderando sobre a diferenciação entre ética e moral e sobre os discursos de primeira e de segunda ordem – têm marcante implicação nas questões pedagógicas atinentes ao ensino de ética. Tais caracterizações têm influência na própria compreensão sobre o que é a competência moral e sobre o que é uma competência em ética ou bioética. Kohlberg definiu competência do juízo moral como a capacidade de tomar decisões e julgar moralmente, isto é, com base em princípios internos e agir de acordo com tais juízos. Assim, reconhece-se que a capacidade de realizar julgamentos morais – ou seja, de avaliar se determinado ato é correto ou não, justo ou não – independe de uma formação disciplinar em filosofia ou, mais especificamente, em ética.

Com efeito, em princípio, todo indivíduo é capaz de realizar julgamentos morais, capacidade esta que se desenvolverá mais ou menos de acordo com as características e as oportunidades da interação dos sujeitos com o seu meio. De maneira geral, pode-se sintetizar que essa evolução do desenvolvimento individual vai do julgamento fundamentado em razões heterônomas ao fundamentado em razões autônomas e dos interesses egoísticos aos baseados em princípios éticos universais. Neste movimento, as condições da interação dos indivíduos com o seu meio social – e as oportunidades que esse meio social lhes oferece – é que são determinantes para a compreensão das resultantes deste processo. Isto confere grande responsabilidade ao sistema educacional – e, no caso em análise, ao sistema de ensino de nível superior –, posto que é sua missão a formação dos profissionais de saúde não apenas nos aspectos técnicos, mas também morais e éticos.

A pertinência desta atribuição é reconhecida ou determinada pelas próprias diretrizes curriculares nacionais supramencionadas, embora, em geral, as instituições de ensino superior tratem da formação moral como se ela ocorresse naturalmente em decorrência da formação técnica. Também não é raro encontrar pessoas que julgam que o comportamento ético de um médico (ou de qualquer outro profissional) é diretamente relacionado com sua competência técnica, como se da utilização de uma técnica derivasse uma valoração moral daquele ato. Mas, de fato, a realidade é mais complexa, e tais pensamentos só evidenciam a grande dificuldade que médicos muitas vezes demonstram de diferenciar os problemas

morais dos técnicos, ainda que tais esferas – técnica e ética – sejam distintas, como bem expresso nos atuais debates sobre ética em pesquisas que envolvem seres humanos (Palácios, Rego, Schramm, 2002).

Mas não são apenas estes os problemas que devem ser enfrentados no campo. As questões envolvidas pela ética e pela bioética são bem mais amplas e candentes do que aquelas discutidas no bojo da ética médica tradicional, de inspiração hipocrática, centradas principalmente nos conceitos de não-maleficência (*primum non nocere*) e beneficência (*bonum facere*). Transcendendo, horizontalmente, a mera questão de prescrever as melhores condutas nas atividades profissionais, a bioética inclui, no seu corpo teórico-prático, outros referenciais, como autonomia, justiça, proteção e compaixão (somente para citar alguns), aproximando-se mais do homem e da perspectiva do tornar-se homem – ou seja, do humanizar-se –, não o considerando apenas como paciente, mas mantendo-se atenta a sua complexa inscrição no mundo, aspecto extremamente significativo no atual processo de trabalho em saúde.

Não basta à bioética, portanto, a mera explanação sobre conceitos abstratos e normatizações de conduta corporativa, como realizado, por muito tempo, pela disciplina de deontologia médica (Rego, 2003). Para sua real *in-corporação* na realidade diária do sujeito/médico, é preciso saber mais que citar — ou recitar — o atual Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 2002). É preciso criar condições para o alvorecer da genuína autonomia e para o seu efetivo exercício (Kant, 1960); é preciso agir como educador, possibilitando a formulação de uma *moral aberta* (Cortina, 2003). Deve-se pensar e agir, enquanto professores que pretendam trabalhar as questões atinentes a bioética, incluindo nestas ações a perspectiva do desenvolvimento da competência moral, tendo claro que:

[...] diferentemente dos saberes também racionais, mas preferencialmente teóricos (contemplativos), para os quais não importa, a princípio, orientar a ação, a moral é, essencialmente, um saber prático: um saber para atuar.

(Cortina, 2003, p.22)

Um saber para atuar como agente racional autônomo, ou seja, como humano... eis o caminho para discutir a humanização.

HUMANIZAÇÃO E FORMAÇÃO MÉDICA

Humanizar diz respeito à aquisição de forma humana, podendo ser considerado, igualmente, de acordo com Houaiss, como:

[...] tornar(-se) benévolo, ameno, tolerável; humanar(-se); tornar(-se) mais sociável, mais tratável; civilizar(-se), socializar(-se).

(Houaiss, 2001, p.459)

Com base nesta caracterização, torna-se claro que a questão da humanização tem relação auto-evidente com a própria construção do *conceito de homem* na tradição ocidental, a qual pode ser situada, em termos de suas origens, no alvorecer da cultura helênica, com as epopéias homéricas:

Esse processo, a descoberta do espírito, manifesta-se a nós através da história da poesia grega e da filosofia, a partir de Homero; as formas poéticas da épica, da lírica, do drama, as tentativas de um entendimento racional da natureza e da essência do homem representam as etapas desse caminho.

(Snell, 2001, p. XVIII)

Desde estes primórdios, lançados num tempo tão arcaico quanto os séculos 9 e 8 a.C., nos quais são cantados os feitos de deuses e homens (Siqueira-Batista, 2003) na *Iliada* e na *Odisséia*, até a concepção da alma formulada por Sócrates, Platão e Aristóteles – passando, evidentemente, pela especulação pré-socrática dirigida à *physis* –, pode-se argumentar que todo o esforço do pensamento grego diz respeito à tematização do homem. Com efeito, da poesia à filosofia, da tragédia à medicina, o que esteve sempre em foco foi a questão do homem.

Entre as possibilidades de caracterização do homem está aquela, instituída com o pensamento grego clássico – Platão e Aristóteles –, que o considera um *animal racional* (Aristóteles, 2000) ou como *uma coisa que pensa* (Descartes, 2000), às quais se pode vincular a perspectiva ética e política, como discutido por Kant – este reconhece a pergunta *O que é o homem?* como a questão central da filosofia.

As influências desta tradição na compreensão dos processos inerentes à saúde são inextricáveis. A própria idéia de saúde, bem como os modos para mantê-la e restabele-

cê-la foram dirigidos originariamente ao homem, mote recorrente nas obras de Hipócrates de Cós e de Cláudio Galeno. Não é difícil, deste modo, vincular tais referências ao atual debate sobre a humanização em saúde, a qual, no Brasil, está em plena discussão no bojo do Sistema Único de Saúde (SUS):

De qualquer modo, tende-se a qualificar de desumanas relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder e o lado poderoso se aproveita desta vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, reduzindo-o a situação de objeto que poderia ser manipulado em função de interesses e desejos do dominante. Partindo deste pressuposto, não há como haver projeto de Humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições. No SUS a Humanização depende, portanto, do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas.

(Campos, 2005, p.399)

A leitura atenta deste excerto permite demarcar, claramente, o papel da humanização enquanto oposição à perpetuação de espúrias relações de poder, na dependência do fortalecimento da participação democrática dos diferentes atores envolvidos, especialmente os usuários, tal como disposto no artigo 198 da Constituição Brasileira:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.

(Brasil, 2000)

Neste processo, ganham ressonância as indagações relativas à necessidade de repensar a formação de sujeitos autônomos, capazes de se posicionar criticamente em relação à dominação e de exercer sua cidadania – o que é,

por definição, uma questão ética –, cabendo importante papel à humanização em saúde, ao se considerá-la:

[...] uma possibilidade política de se alterar essa lógica e de instaurar, no interior das instituições, espaços de liberdade capazes de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença e às ações de profissionais de saúde, gestores e pacientes, ao considerar suas dimensões subjetivas e singulares.

(Reis, Marazina, Gallo, 2004, p.41)

Pode-se demarcar, do ponto de vista conceitual, que os valores que norteiam a política de humanização são a autonomia, a justiça, a co-responsabilidade entre os sujeitos, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2004), caracterizando uma proposta ética, estética e política:

Ética porque implica mudança de atitude dos usuários, dos gestores e dos trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como co-responsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; estética, porque relativa ao processo de produção da saúde e das subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão, na rede do SUS. Este compromisso ético, estético e político de Humanização do SUS assenta-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, na co-responsabilização entre eles, na solidariedade dos vínculos estabelecidos, no respeito aos direitos dos usuários e na participação coletiva no processo de gestão.

(Brasil, 2005)

Diante desta perspectiva, torna-se factível a apropriação e incorporação, pelos diferentes atores envolvidos no processo de produção da saúde (usuários, profissionais de saúde e gestores), de atitudes/conceitos tais como acolhimento, solidariedade, alteridade e compaixão, como elementos cruciais para a construção das relações intersubjetivas, ou seja, entre *eu* e *outro*:

[...] A relevante função humanizadora faz estabelecer com o outro uma relação construtiva e de inclusão. No fundo, tudo passa pelo outro, pois sem o diálogo com o tu não nasce o verdadeiro eu, nem surge o nós que cria o espaço da convivência e da co-

munhão. A exclusão do outro está na base do terror moderno, seja econômico ou político-militar. O que na área da saúde significa a perda da qualificação da relação profissional de saúde – usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. [...] A relação com o outro suscita a responsabilidade. O outro faz surgir em nós a ética; nos obriga a uma atitude de acolhimento ou de rechaço.

(Boff, 2004)

Humanizar a atenção à saúde, com toda a intensidade de sua inscrição no debate (bio)ético, passa, então, a significar (Brasil, 2005):

1. A valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia e orientação sexual, entre outras.
2. A garantia ao acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito ao acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha).
3. A possibilidade de estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio da gestão participativa, com os trabalhadores e os usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS de seu município.

O grande desafio, especialmente no âmbito do SUS, tem sido o fomento dos debates acerca da humanização nos processos de reformulação curricular, de modo a permitir a formação de profissionais com uma visão mais abrangente do processo de promoção, prevenção e assistência à saúde (Cotta *et al.*, 2004).

Como fazê-lo? – eis a questão. Certamente, não consiste em um rol de atividades simples ou numa reforma pontual de metodologias ou currículos. Sabe-se, há muito, que educar é formar (Freire, 2003). Logo, o papel do educador e das instituições de educação, certamente, não é só o de informar, tampouco o de transformar experiência educativa em puro treinamento técnico (Freire, 2003). Reconhece-se, igualmente, que, para a garantia da integralidade do cuidado, deve-se permitir o desenvolvimento de um trabalhador ativo e capaz de *aprender a aprender*, que deve compreender o *aprender a conhecer*, o *aprender*

a fazer, o *aprender a conviver* e o *aprender a ser* (Fernandes *et al.*, 2003). Portanto, as abordagens pedagógicas progressivas de ensino-aprendizagem – ou metodologias ativas – vêm sendo construídas como ferramentas para a re-integração de habilidades perdidas pelo médico em sua trajetória histórica, permitindo alcançar como resultado a formação de profissionais como sujeitos autônomos, com competências humanas, éticas, políticas e técnicas, dotados de conhecimento técnico, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, e capacitados para intervir em contextos de incertezas e complexidades, como os da medicina atual (Zanolli, 2004).

Observe-se, portanto, que, neste contexto de grandes diferenças e múltiplas interações, como já enfatizado, discutir bioética e humanização ou a contribuição ao desenvolvimento das competências moral e ética não é simples. E as mudanças, para se tornarem efetivas, não serão, certamente, simplórias e localizadas, concentrando-se apenas nos métodos de ensino. É preciso compreender o problema em toda a sua complexidade. Além disso, um dos principais aspectos a considerar é que é possível, sim, ao aparelho escolar contribuir de forma inequívoca com o processo de desenvolvimento da competência moral e ética de um indivíduo. Para isto, importam não apenas as abordagens pedagógicas apropriadas, como também as oportunidades para o exercício da autonomia individual e da prática dialógica (Lind, 2006; Schillinger, 2006).

BIOÉTICA E HUMANIZAÇÃO: COMO TRATÁ-LAS TRANSVERSALMENTE?

Considerando-se as propostas de humanização que ganharam materialidade no Programa Nacional de Humanização, Deslandes (2004) identifica a humanização com:

1. O resgate da humanidade do atendimento, ou seja, postar-se contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, a negação do “outro” em sua humanidade.
2. A necessidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados; neste sentido, a humanização é vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento.

A perspectiva de reconhecimento do outro e do estímulo ao diálogo como indispensáveis ao processo de humanização confere centralidade aos processos de forma-

ção moral e ética para essas discussões, embora não se esgote neles.

Humanizar a relação profissional de saúde-usuário e os serviços de saúde exige profundas transformações das práticas, as quais passam pela:

1. Valorização de novos saberes.
2. Aquisição de uma postura mais dialógica da equipe, entre si e com os usuários.
3. Rediscussão do modelo excessivamente biológico da medicina.
4. Adoção de maior responsabilidade política e ideológica dos gestores (Favoreto, Camargo, 2002).

Essas transformações são potenciais construtores de vínculos, aproximando aqueles que oferecem o serviço daqueles que o recebem, personalizando a relação, que deve ser compromissada e compassiva.

Propor alternativas para a abordagem transversal destes temas faz parte das mais necessárias discussões em pauta na agenda da prática médica. Sabendo-se, *a priori*, das dificuldades quanto à mudança dos comportamentos instituídos, não se deve perder de vista a importância de estabelecer espaços para a emergência de soluções mais efetivas do que as atualmente oferecidas. Nesta esfera de discussão, é pertinente atentar e ratificar que, muitas vezes, se aborda todo o tempo a questão da formação dos novos médicos, escusando-se de perceber e mencionar a relevância – para garantir o canal de comunicação dialógica – da capacitação dos profissionais em atuação no momento, já que muitos destes se mantêm à margem dos pontos acima comentados. Formar uma rede de pessoas é fator essencial à abordagem da questão. Permitir que os temas humanização e bioética sejam transversais, ou, melhor ainda, se articulem de modo a constituir uma parte de um grande eixo norteador no ensino médico, é, antes de tudo, um desafio a ser enfrentado por todos aqueles que acreditam numa sociedade verdadeiramente composta por cidadãos.

Assim, não é razoável considerar que a tarefa de contribuir para a formação moral e ética dos estudantes seja apenas de um docente ou de um grupo específico – por exemplo, aqueles diretamente envolvidos no ensino da ética/bioética ou da psicologia médica –, devendo ser considerada como papel de todo e cada professor envolvido na educação profissional. E não é o caso de aceitar a falsa idéia de que este ou aquele docente não tem vocação

para o ensino da ética. Todos já contribuem neste campo, conscientes ou não, intencionalmente ou não. Nunca é demais recordar a própria concepção de currículo oculto para apoiar esta idéia. A cada atitude tomada por um professor – punir ou não punir o estudante que cola, permitir ou não que um estudante pratique um procedimento num paciente sem estar de fato preparado para isto –, uma lição está sendo ministrada. A importância desse “conhecimento”, que é socializado inconscientemente, é bem conhecida dos educadores médicos. O que se propõe aqui é que esta participação involuntária se dê em torno dos objetivos educacionais assumidos pelo curso médico, tornando-se explícita – numa lúdima tomada de consciência – para aquele que a protagoniza.

Dessa maneira, é importante reconhecer que não apenas os docentes precisam estar conscientes e envolvidos nesse processo, como a própria faculdade deve deixar claro, para todo o seu corpo docente e discente, seu compromisso com a formação moral, não apenas explicitando que valores defende (por exemplo, respeito aos outros), como também instando a participação democrática dos indivíduos em seu cotidiano acadêmico.

Do ponto de vista dos métodos e técnicas pedagógicas utilizados no ensino da ética e da bioética, cabe examinar o que se pode esperar de cada um, de seus limites e potencialidades. Por exemplo, é majoritariamente aceito hoje que as atividades de ensino-aprendizagem realizadas em pequenos grupos são mais eficazes. Mas que tipo de atividades? Eficazes para quê? A necessidade de um olhar diferenciado para atividades que parecem rotineiras e compreensíveis é indispensável para se poder refletir sobre as próprias práticas. Considere-se, à guisa de exercício, a seguinte questão: genericamente, pode-se aceitar que os pequenos grupos são melhores por possibilitarem maior participação dos estudantes em cada uma das atividades, já que possibilitam uma participação efetiva dos membros do grupo. Entretanto, nas atividades educacionais que pretendem contribuir para a formação moral dos indivíduos, a possibilidade de participação é substantiva, mas qualquer tentativa de constrangimento ou de obrigação para participar pode resultar em efeito contrário ao desejado.

É importante recordar, então, alguns métodos tradicionalmente utilizados no ensino da ética e da bioética, pensando-se suas possibilidades de mobilização de sentimen-

tos morais verdadeiros e de promoção de conflitos cognitivos capazes de possibilitar a elaboração de uma nova estrutura de pensamento. Lind (2006, s.d.) oferece uma breve avaliação dessas técnicas e propõe um método (Método Konstanz de Discussão de Dilemas Morais) capaz de possibilitar os efeitos desejados, ainda que nem por isso possa ser pensado como a única técnica a ser utilizada (Rego, 2003; Shilinger, 2006, Siqueira-Batista *et al.*, 2004). Existem outros métodos que podem e devem ser empregados, mas tendo-se bastante clareza em relação ao objetivo educacional a que se propõe. Por exemplo, considerem-se os métodos abaixo descritos (Lind, s.d.):

1. Discussão de casos – é usada para que os participantes apliquem um conhecimento aprendido (em geral, princípios gerais morais ou técnicos) a um caso particular; dessa forma, pode-se demonstrar a eles próprios e a outros quão bem aprenderam a aplicar um conhecimento geral a um caso em particular; é um método apropriado para trabalhar o desenvolvimento da competência em ética ou bioética.
2. *Role-playing* – é usado para dar aos participantes a oportunidade de demonstrar como sabem que diferentes pessoas atuam em diferentes papéis com diferentes perspectivas e pontos de vista (“pai”, “profissional de saúde”, “paciente”, “religioso”); mas os papéis são representados, não vividos, e, em geral, não proporcionam o surgimento de sentimentos morais autênticos.
3. Clubes de debate e competições (simulações de julgamento inclusive) – servem para testar a habilidade dos participantes em convencer uma audiência sobre sua posição num debate público; sinceridade e autenticidade na argumentação não são importantes nesta atividade e são mesmo vistas como possíveis obstáculos para que se vença o debate.
4. Discussão de filmes – serve para despertar e mobilizar sentimentos morais; pode ser usada como casos a serem discutidos.
5. Ensino direto de teorias éticas e discussão de métodos – modificam as atitudes auto-referidas da audiência.

A escolha do método dependerá da familiaridade do docente com ele, mas, sobretudo, dos objetivos a alcançar com a atividade proposta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo não pretende esgotar as perguntas acerca de como inserir na formação do médico a bioética e a humanização como pontos que atravessem a estrutura curricular, independentemente de ser ela tradicional, moderna, integrada ou fragmentada. Não objetiva, em princípio, dar respostas prontas às perguntas de como fazê-lo. Pretende, sim, suscitar um verdadeiro processo de parturição das idéias, reflexões e questionamentos sobre a importância dos temas e a urgência de buscar soluções criativas, que, em sua essência, poderão permitir que o cidadão-paciente tenha garantido o acesso a um cidadão-médico mais habilitado a lidar com o sujeito que naquele momento se põe a sua frente.

A idéia central é que a capilarização destes debates seja capaz de permitir a construção de uma genuína práxis em saúde, na qual cada um dos envolvidos – profissionais de saúde, gestores, comunidade, academia e serviço – seja capaz de incorporar às suas reflexões e ações os referenciais da bioética e da humanização, tomando-os como significativos para o cuidado do humano, demasiadamente humano, e reconhecendo as dimensões que o caracterizam em sua *igualdade* essencial: o nascer, o sofrer e o morrer.

REFERÊNCIAS

- Ferreira NSC. Repensando e ressignificando a gestão democrática da educação na "cultura globalizada". *Educ Soc.* 2004; 25(89): 1227-49.
- Rego S, Palácios M, Schramm FR. O ensino da Bioética nos Cursos de Graduação em Saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2004. p.165-185.
- Silva Filho HP. O empresariado e a educação. In: Ferreti CJ, et al. Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar. Petrópolis: Vozes; 1994.
- Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed; 1999.
- Santos BS. Um discurso sobre as ciências. São Paulo: Cortez; 2003.
- Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Pub.*2004; 20(6):1690-9.
- Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Cienc Saude Coletiva.* 2004; 9(3): 795-806.

- Struchiner M, Gianella TR, Ricciardi RMV. Novas tecnologias de informação e educação em saúde diante da revolução comunicacional e informacional. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA, orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.257-272.
- Deleuze G. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992. Cáp.: Post-scriptum sobre as sociedades de controle.
- Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. *Cienc Saude Coletiva*. 2007 (no prelo).
- Prata PR. A transição epidemiológica no Brasil. *Cad Saude Pub*. 1992; 8(2): 168-75.
- Silva LMV, Paim JS, Costa MCN. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Rev Saude Pub*. 1999; 33(2): 187-97.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4 CNE/CES de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
- Brasil. Lei n.9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 23 dez. 1996.
- Jaeger WW. *Paidéia: a formação do homem grego*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
- Houaiss A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- Severino AJ. A busca do sentido da formação humana: tarefa da filosofia da educação. *Educ Pesqui*. 2006; 32(3): 619-34.
- Schramm FR. As diferentes abordagens da bioética. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro OA. *Ética, ciência e saúde: desafios da bioética*. Petrópolis: Vozes; 2001. p.28-45.
- Agência EducaBrasil. *Dicionário Interativo da Educação Brasileira*. [online]. [Capturado set. 2007]. Disponível em: <http://www.educabrazil.com.br/eb/dic/dicionario.asp?id=70>.
- Potter VR. Bioethics, science of survival. *Persp Biol Med*. 1970; 14:127-52.
- Ferrer JJ, Alvarez JC. *Para fundamentar a bioética*. São Paulo: Loyola; 2005.
- Kottow MH. *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile: Universitária; 1995.
- Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saude Pub*. 2001; 17(4): 949-56.
- Schramm FR. Bioética da proteção: justificativas e finalidades. *la-trós*. 2005; 1: 121-30.
- Unesco. *Declaração Universal em Bioética e Direitos Humanos*. [online]. Unesco; 2005. [Capturado 11 ago. 2007]. Disponível em: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/hm/X%20-%20htm/documentos/declaracaojulho2006.pdf>.
- Lalande A. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. 14 éd. Paris: Presses Universitaires de France; 1983.
- Abbagnano N. *Dicionário de filosofia*. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
- Cortina A. *O fazer ético: um guia para a educação moral*. São Paulo: Moderna; 2003.
- Blackburn S. *Dicionário Oxford de filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
- Palácios M, Rego S, Schramm FR. A regulamentação brasileira de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. In: Medronho R, Carvalho DM, orgs. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2002. p.465-477.
- Rego S. *A formação ética do médico: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica: Resolução CFM n. 1.246/88*. 10 ed. Rio de Janeiro: Ediouro; 2002.
- Kant I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Edições 70; 1960.
- Snell B. *A cultura grega e as origens do pensamento europeu*. São Paulo: Perspectiva; 2001.
- Siqueira-Batista R. *Deuses e homens: mito, filosofia e medicina na Grécia antiga*. São Paulo: Landy; 2003.
- Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface*. 2005; 9(17): 398-406.
- Brasil Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; 2000.
- Reis AOA, Marazina IV, Gallo PR. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saude Sociedade*. 2004; 13(3): 36-43.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF: MS; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília, DF: MS; 2005.
- Boff L. *O outro é tudo*. JB on line. [online], 2004. [Capturado 14 jul. 2006]. Disponível em: <http://ibonline.com.terra.br/ib/papel/coluna/boff/2004/11/2005/jorcolbof20041125001.html>
- Cotta RMM, Pereira RJ, Maia TM, Marques ES, Franceschini SCC. *Apreheñsion y conocimiento de las directrices del SUS: un reto en la consolidación de la política de salud brasileña*. *Rev Agathos*. 2004; 3: 16-23.
- Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
- Fernandes JD, Ferreira SLA, Oliva R, Santos S. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. *Rev Enfermagem*. 2003; 56(54): 392-5.
- Zanolli MB. *Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica*. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2004.
- Lind G. *La moral se puede enseñar: un manual de teoría y práctica de la formación moral y democrática*. Ciudad del Mexico: Trillas; 2006.

Shillinger M. Learning environment and moral development: how university education fosters moral judgment competence in Brazil and two German-speaking countries. Deutschland Aachen: Shaker; 2006.

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cienc Saude Coletiva. 2004; 9(1):7-14.

Favoreto CAO, Camargo Jr KR. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do Modelo Assistencial. Physis. 2002; 12(1):59-76.

Lind G. Konstanz Method of Dilemma Discussion (KMDD). [online]. [Capturado 09 set. 2007]. Disponível em: <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/>

Siqueira-Batista R, Santos SS, Osterne EMC, Cardoso APF, Carmel JM. Ética e formação médica II: o cinema e o teatro no debate bioético sobre o fim da vida. Rev Dig Educ Permanente Saúde. 2004; 1(1 Supl.2): 62.

Maturana H. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 1998.

PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO DOCENTE EM ESCOLAS MÉDICAS: OPORTUNIDADES E PERSPECTIVAS – MAIS DO QUE UMA NECESSIDADE

Henry de Holanda Campos¹ João José Batista de Campos² Maria José Salles de Faria³
Pamela Fernanda Alves Barbosa⁴ Maria Neile Torres de Araújo⁵

INTRODUÇÃO

A cada dia, os docentes de escolas médicas enfrentam o desafio de desenvolver tarefas acadêmicas para as quais se faz necessária à aquisição de novos conhecimentos e habilidades: ensino ambulatorial eficiente em espaços de tempo limitados, trabalhos em pequenos grupos, sessões tutoriais, novas formas de apresentar casos clínicos, avaliação estruturada de habilidades clínicas, portfólios, práticas na comunidade, ferramentas de educação a distancia. Esta constatação, por si, bastaria para levantar a questão sobre como deveria ocorrer o adequado treinamento docente para o exercício dessas funções.

Adicione-se a esse quadro o crescimento exponencial do conhecimento médico, favorecedor da fragmentação do conhecimento e da superespecialização, as conflituosas relações de trabalho praticado em sistemas de saúde cada dia mais onerosos e deficitários, pacientes cada dia mais bem informados e com maior poder reivindicatório, e já teremos um panorama bem mais complexo do que aquele identificado por Flexner em 1910, em seu relatório de análise de 155 escolas médicas americanas e canadenses². Ao contrário da era Flexner, passaram as escolas a conviver com a cultura do “publicar ou perecer”, com a conseqüente desvalorização do ensino. Cabe-nos hoje a

tarefa de corrigir o *gap* entre o que conhecemos sobre os processos de aprendizagem e o modo como ensinamos medicina, de combater a neutralidade que incorporamos de outras áreas da universidade e de promover estratégias de ensino que facilitem a incorporação do profissionalismo e da orientação moral requerida pelo exercício profissional. Educar para a profissão médica, eis o desafio³.

Até meados do século passado, assumia-se que a *expertise* de conteúdo garantia a condição para um desempenho docente efetivo, que seria, portanto, corolário decorrente do conhecimento da disciplina⁴. Progressivamente, ensinar passou a traduzir uma habilidade distinta, embora associada à *expertise* no conhecimento da disciplina. Nos primeiros estudos que trataram a questão, verifica-se que a obtenção da fonte primária de aprendizagem da docência médica ocorreu ainda na condição de estudante, pela observação direta dos próprios professores^{5,6}.

Antes que fosse firmado o conceito de desenvolvimento docente, as estratégias para a melhora do desempenho do professor foram descritas nas décadas de 1970 a 1990, guardando estreita associação com as teorias sobre aprendizagem vigentes ou dominantes⁷. Assim é que, na década de 1970, guardavam relação com teorias comportamentais e assim permaneceram até os anos 1980, quan-

¹ Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Ceará. Pró-Reitor de Extensão da Universidade Federal do Ceará e Coordenador do Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores Médicos do Instituto Regional de Educação Médica Faimer.

² Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Coordenador do Grupo de Trabalho sobre Profissionalização Docente da Associação Brasileira de Educação Médica e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo.

³ Professora Adjunta do Departamento de Biologia Geral da Universidade Estadual de Londrina. Coordenadora da Comissão de Educação Permanente Docente do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina.

⁴ Acadêmica da 3ª Série do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. Coordenadora do Centro Acadêmico Samuel Pessôa.

⁵ Professora Adjunta do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Núcleo de Desenvolvimento da Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

do passaram a ser influenciadas pelas teorias cognitivas, merecendo destaque como novo paradigma a construção ativa do conhecimento⁸. Nos anos 1990, registra-se a ênfase na construção social do conhecimento e nas práticas reflexivas⁹.

Wilkerson e Irby definem desenvolvimento docente como “uma ferramenta para a melhora da vitalidade educacional de nossas instituições, através da atenção às competências requeridas para promover a excelência acadêmica”¹. Para esses autores, o objetivo do desenvolvimento docente é o “empoderamento dos docentes para que possam exercer com excelência o seu papel de educadores e, ao fazê-lo, criar organizações que estimulem e premiem a aprendizagem contínua”¹.

Beneficiando-se do acúmulo obtido ao longo dos últimos 30 anos sobre estratégias de desenvolvimento docente, é cada dia maior o número de escolas médicas que desenvolvem esses programas, como alternativa de promoção da vitalidade acadêmica dessas instituições.

Ao longo deste artigo, abordaremos alguns aspectos dos programas de desenvolvimento docente e de sua importância para que as escolas médicas alcancem o objetivo de educar para uma profissão.

EFICIÊNCIA E IMPACTO DE PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO DOCENTE

Na mais completa revisão disponível sobre programas de desenvolvimento docente, Steinert *et al.*, como representantes da Best Evidence Medical Collaboration (Beme), buscaram responder à seguinte questão: Quais os efeitos do desenvolvimento docente sobre o conhecimento, atitudes e habilidades em educação médica dos docentes e sobre as instituições em que trabalham? De modo complementar, foram explorados aspectos relacionados às atividades desenvolvidas, a aspectos metodológicos dos estudos analisados e a implicações práticas para programas de desenvolvimento docente e para a pesquisa na área¹⁰.

No período selecionado (1980-2002), foram identificados 2.777 resumos, dos quais foram examinados 53 artigos completos, após triagem por critérios de inclusão e exclusão e apreciação da qualidade da metodologia empregada. Desses estudos, 38 (72%) foram realizados nos Estados Unidos, e os demais nos seguintes países: Canadá, Egito, Israel, Malta, Nigéria, Reino Unido e África do

Sul. O número de participantes variou de 6 a 399, com média de 60.

A satisfação geral com os programas foi alta, e, apesar do critério voluntário de adesão, os programas foram bem aceitos, considerados úteis e relevantes para o alcance de objetivos pessoais dos participantes. As metodologias empregadas, notadamente aquelas com enfoque prático ou que contemplam treinamento de habilidades, também foram valorizadas.

Os participantes descrevem uma mudança positiva de atitudes em relação ao desenvolvimento docente, daí resultando maior envolvimento com essa atividade. É relatada maior conscientização de fortalezas e limitações pessoais, aumento na motivação e entusiasmo para o ensino, marcante valorização dos benefícios advindos do desenvolvimento profissional.

Também foram descritos aumentos no conhecimento de conceitos e princípios educacionais, de estratégias específicas de ensino e aquisição de habilidades. De modo consistente, foram referidas mudanças atitudinais nas práticas de ensino e a implantação de novas atividades educacionais. Nos poucos estudos que analisaram mudanças organizacionais, observou-se maior envolvimento dos participantes e o estabelecimento de trabalho em rede entre os docentes.

Alguns aspectos-chave desses programas que puderam ser detectados incluem: a importância da aprendizagem vivencial, a importância do *feedback* para promover mudanças, a relação com os pares, a aderência aos princípios de ensino-aprendizagem, o emprego de múltiplos métodos instrucionais para atingir os objetivos.

O estudo destaca a importância do contexto na formulação dos programas educacionais, a necessidade de que os programas sejam distribuídos ao longo de maior intervalo de tempo para permitir aprendizagem cumulativa, prática e crescimento. É também sugerido um reexame da natureza voluntária da participação, pois há casos em que ela deve ser requerida, além das implicações que pode acarretar na cultura institucional.

DESENVOLVIMENTO DOCENTE E SISTEMAS DE SAÚDE

No documento *Towards Unity for Health.*, publicado pela Organização Mundial de Saúde em 2000, é claramente estabelecido o papel reservado às instituições formadoras

na preparação de futuras gerações que sejam capazes de contribuir efetivamente para a reorientação de sistemas de saúde por meio de intervenções de promoção da saúde, de combate à fragmentação dos sistemas e em sua reorganização, para que se alcancem qualidade e equidade na atenção à saúde, respeitando-se os princípios de relevância e custo-efetividade¹¹. A adoção dessa nova missão institucional implica a incorporação, pela escola médica, de responsabilidade e compromisso social para reorientação de suas três funções básicas – ensino, pesquisa e serviços –, bem como para combater a neutralidade que, muitas vezes, ignora as necessidades mais urgentes de saúde da população. Espera-se, portanto, que as escolas médicas se preparem para reagir de modo proativo às mudanças constantes das necessidades de saúde da população e às modificações introduzidas no sistema de saúde.

Ao analisar as causas pelas quais não foram produzidas mudanças efetivas na formação médica nos últimos 30 anos, Feuerwerker aponta vários fatores, ligados, direta ou indiretamente, à “condição” docente: concepção tradicional de ensino, modo de construção do saber acadêmico, relações de poder, relações com os serviços de saúde e com a comunidade¹². O enfrentamento dessa realidade requer a aquisição de habilidades por programas de desenvolvimento docente, pois “a viabilidade dos projetos de mudança depende da capacidade de criar *massa crítica* e do grau de *governabilidade* dos sujeitos proponentes da mudança”.

Programas de desenvolvimento docente também poderão ser relevantes para a implantação de iniciativas internacionais que visem promover estratégias educacionais comuns para definição de competências, processos de acreditação e certificação, como previsto no Processo de Bolonha¹³ e discutido no âmbito de uma comissão formada por representantes de países do Mercosul.

OPORTUNIDADES E PERSPECTIVAS

Trataremos nesta seção de oportunidades e perspectivas menos freqüentemente relatadas, proporcionadas por programas de desenvolvimento docente e que constituem elementos que devem ser considerados em sua implantação.

Na prática diária de ensino médico, muitas críticas formuladas por estudantes levam a considerar que se trata

de “problemas de formação docente”. Estas implicações, freqüentemente explícitas, costumam ter poucas consequências e raramente levam a uma reflexão dos educadores sobre como desempenhar melhor suas atividades educacionais¹⁴.

Se considerarmos que o professor contribui mais para o sucesso do estudante do que outras variáveis, como sugerido por McLeod *et al.*¹⁵, devemos levar em conta que a aquisição tácita de conhecimentos educacionais não garante que esses conhecimentos sejam revertidos em benefício do estudante. Assim, os programas para favorecer um melhor trabalho docente deveriam proporcionar também o *feedback* aos docentes de como o seu trabalho é desenvolvido, não devendo se limitar, portanto, à simples provisão de tecnologias educacionais.

A construção de uma identidade profissional como professor, por parte de médicos e demais profissionais de saúde, é outro aspecto que pode ser favorecido por programas de desenvolvimento docente. Embora poucas pesquisas tenham sido realizadas para definir características que estabelecem a identidade clínica de um professor, vários estudos têm examinado pontos marcantes de professores considerados eficientes no ensino em ambientes clínicos^{16,17,18}. Os papéis de modelo, supervisor clínico, líder do conhecimento e do desenvolvimento acadêmico parecem bem associados à imagem de professores de ensino clínico considerados eficientes^{19,20}. Enquanto a confiança do preceptor clínico em suas habilidades parece ser um fator importante para o desempenho de práticas de ensino clínico efetivas²¹, atitudes negativas em relação a estudantes são identificadas como um dos principais fatores limitantes para um bom desempenho no ensino clínico²².

Apesar da ênfase geralmente dada para que médicos e demais profissionais de saúde cresçam como professores, menor atenção é dispensada à profissionalização da docência, e, se de um lado, o conceito de profissionalismo é facilmente abraçado na área específica da sua profissão, de outro, a assimilação de uma identidade profissional como professor parece menos evidente. Enquanto a identidade profissional médica específica é influenciada pela orientação do serviço²³, a literatura mostra que, para que ocorra a formação de uma identidade profissional, as mudanças se processam em dois níveis – externa e internamente²⁴. A aculturação a uma carreira ocorre, externa-

mente, pela aquisição de novas informações e pela participação em um novo conjunto social. O processo de interiorização, por sua vez, requer uma transformação, uma “autoconceitualização subjetiva”, em resposta a um apelo interior, como definem McGowen e Hart²⁵. Esse desenvolvimento interno se exterioriza na socialização profissional, na qual desfrutar da companhia de outros que realizam tarefas semelhantes com competência confere um positivo espírito de corpo e de pertencimento a uma comunidade seleta, diferenciada pela satisfação profissional e pela qualidade do trabalho desenvolvido.

Programas de desenvolvimento docente, tradicionalmente centrados em habilidades específicas de ensino e comportamento, podem oferecer também essas oportunidades de afirmação da docência médica personalizada, endereçando questões de desenvolvimento afetivo e oportunidades de reflexão sobre as práticas de ensino²⁶.

Um aspecto importante dos programas de desenvolvimento docente, realçado por John Bligh, é o efeito moral que podem desempenhar nas instituições, favorecendo a aderência de docentes, traduzindo confiança das instituições em sua força de trabalho, pois “valores, crenças e comportamento de docentes de escolas médicas constituem parte substancial do currículo oculto” das instituições²⁷.

Se considerarmos que a aprendizagem é um processo ativo de construção, com base em um contexto social e que inclui um processo de auto-reflexão, tais princípios também devem nortear os programas de desenvolvimento docente²⁸.

Um dos maiores desafios apresentados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais é o desenvolvimento de currículos que favoreçam a incorporação do profissionalismo, cuja importância é reclamada pela sociedade, uma vez que a insatisfação com a prática da medicina não pode ser ignorada. Iniciativas que proporcionam o conhecimento básico sobre profissionalismo, atributos e características de um profissional devem igualmente encorajar esses comportamentos em estudantes, residentes e professores²⁹. Segundo Whitcomb, este último aspecto é fundamental para que o profissionalismo possa ser aprendido³⁰.

Entre as questões que devem ser incluídas no desenvolvimento do profissionalismo, figura a discussão sobre o papel do médico na sociedade, vinculando-o a seu papel no sistema de saúde, e o impacto financeiro de decisões

médicas sobre a saúde das populações³¹. Embora possa ser motivo de debate, a participação direta do médico em campanhas por justiça social e equidade na saúde é indispensável ao conhecimento de políticas de saúde e custos relacionados, ainda mais no Brasil, cuja população depende majoritariamente dos serviços oferecidos pelo sistema público de saúde. O compromisso com a consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro deve constar entre os compromissos de formação dos futuros médicos e demais profissionais de saúde.

A literatura dispõe de farta evidência que demonstra a importância de programas de desenvolvimento docente no desencadeamento e estabelecimento de mudanças curriculares, podendo constituir o principal desencadeador dessas mudanças³².

Recentemente, Knight *et al.* publicaram uma avaliação sobre o impacto a longo prazo de um programa de desenvolvimento docente oferecido pela John Hopkins University. A partir de dados obtidos em 14 coortes, concluíram que essa iniciativa, planejada para o desenvolvimento de habilidades de ensino, ultrapassou aquele objetivo, favorecendo também o desenvolvimento pessoal, de relações interpessoais e de carreiras³³. A formação de rede de educadores é outro importante produto que pode ser esperado de programas de desenvolvimento docente e igualmente associado ao sucesso acadêmico na carreira docente³⁴.

Programas de desenvolvimento docente oferecem potencial para a construção de verdadeiras comunidades de educadores médicos. A importância da estruturação desses corpos profissionais pode ser exemplificada pela recente criação, no Reino Unido, da Academia Nacional de Educadores Médicos, que tem como principais objetivos: promover o desenvolvimento sustentável da educação médica como campo acadêmico de conhecimento; apoiar lideranças acadêmicas e profissionais em educação médica; promover e apoiar todos aqueles envolvidos em educação médica³⁵.

Como se demonstrou ao longo deste artigo, programas de desenvolvimento docente têm constituído uma estratégia efetiva de profissionalização da docência em escolas médicas que oferece oportunidades e perspectivas adicionais de fortalecimento de docentes e da própria escola médica, representando, adicionalmente, uma valiosa contribuição para a promoção acadêmico-científica da educação médica em nosso meio.

REFERÊNCIAS

1. Wilkerson L, Irby DM. Strategies for improving teaching practices: a comprehensive approach to faculty development. *Acad Med.* 1998; 73(4): 387-96.
2. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
3. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner report. *N Engl J Med.* 2006; 355(13):1339-44.
4. Gaff JG, Simpson RD. Faculty development in the United States. *Innov High Educ.* 1994; 18(3):167-76.
5. Jason H, Westberg J. Teachers and teaching in US medical schools. Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1982.
6. Irby DM. What clinical teachers in medicine need to know. *Acad Med.* 1993; 69(5): 333-42.
7. Skeff KM, Berman J, Stratos G. A review of clinical teaching improvement methods and a theoretical framework for this evaluation. In: Edwards JC, Marrier RL, eds. *Clinical teaching for medical residents: roles, techniques and programs.* New York: Springer; 1988. p.92-120.
8. Bruer JT. *Schools for thought: a science of learning in the classroom.* Cambridge, MA: MIT Press; 1993.
9. Bruffee KA. *Collaborative learning: higher education, interdependence and the authority of knowledge.* Baltimore: John Hopkins University Press; 1993.
10. Steinert Y, Mann K, Centano A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide. [online] 2006; 8. Disponível em: www.bemecollaboration.org/beme/pages/reviews/steinert.html.
11. Boelen C. Towards unity for health: challenges and opportunities for partnership in health development: a working paper. *Bull World Health Org.* 2000.
12. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica. Rio de Janeiro: Hucitec; 2002. Cap.: O problema: por que não se conseguiu produzir mudanças efetivas na formação médica nos últimos trinta anos?
13. Oliver R, Sanz M. The Bologna Process and health science education: times are changing. *Med Educ.* 2007; 41(3):309-17.
14. Eva KE. Wither the need for faculty development? *Med Educ.* 2006; 40:99-100.
15. McLeod PJ, Steinert Y, Meagher T, Schuwirth L, Tabatabai D, McLeod AH. The acquisition of tacit knowledge in medical education: learning by doing. *Med Educ.* 2006; 40:146-9.
16. Irby DM, Ramsey PG, Gillmore GM, Schaad D. Characteristics of effective clinical teachers of ambulatory care medicine. *Acad Med.* 1991; 66(1):54-5.
17. Kendrick SB, Simmons JMP, Richard BF, Roberge LP. Resident's perception of their teachers, facilitative behaviour and the learning value of rotations. *Med Educ.* 1993; 27:55-61.
18. Ullian JA, Bland CJ, Simpsons DE. An alternative approach to defining the role of the clinical teacher. *Acad Med.* 1994; 69:832-8.
19. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med.* 1995; 70:898-931.
20. Irby DM. Clinical teaching and the clinical teacher. *J Med Educ.* 1986; 61(9):35-45.
21. Vanek EP; Snyder CN; Hull AL; Hekelman FP. The relationship between teacher's confidence and use of clinical teaching skills in ambulatory care settings. *Teach Learn Med.* 1996; 8:137-41.
22. Gjerke CL, Coble RJ. Resident and faculty perception of effective clinical teaching in family practice. *J Fam Pract.* 1982; 14:323-27.
23. Young RE. Faculty development and the concept of profession. *Academe.* 1987; 73:12-4.
24. Kerr S, Von Glinow MA, Schriesheim J. Issues in the study of professional in organizations: the case of scientists and engineers. *Organ Behav Hum Perform.* 1977; 18:329-45.
25. McGowen KR, Hart LE. Still different after all these years: gender differences in professional identity formation. *Prof Psychol Res Pr.* 1998; 21:118-23.
26. Stone S, Ellers B, Holmes D, Orgren R, Qualters D, Thompson J. Identifying oneself as a teacher: the perception of preceptors. *Med Educ.* 2002; 36(2):180-5.
27. Bligh J. Faculty development. *Med Educ.* 2005; 39(2):120-1.
28. Irby DM, Wilkerson L. Educational innovation in academic medicine and environmental trends. *J Gen Intern Med.* 2003; 18(5): 370-6.
29. Steinert Y, Cruess S, Cruess R, Snell L. Faculty development for teaching and evaluating professionalism: from programme design to curriculum change. *Med Educ.* 2005; 39(2): 127-136.
30. Whitcomb ME. Fostering and evaluating professionalism in medical education. *Acad Med.* 2002; 77(6): 473-4.
31. Thistlethwaite JE. Reflection on professionalism, medical politics and moving countries. *Med Educ.* 2007; 41(4):328-30.
32. Rubeck RF, Witzke DB. Faculty development: a field of dreams. *Acad Med.* 1998; 73(9): S33-37.
33. Knight AM, Carrese JA, Wright SM. Qualitative assessment of the long-term impact of a faculty development programme in teaching skills. *Med Educ.* 2007; 41(6): 592-600.
34. Morzinski JA, Fisher JC. A nationwide study of the the influence of faculty development programs on colleague relationships. *Acad Med.* 2002; 77(5):402-6.
35. Bligh J, Brice J. The Academy of Medical Educators a professional home for medical educators in the UK. *Med Educ.* 2007; 41(7): 625-7.

AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DO ESTUDANTE

Angélica Maria Bicudo Zeferino ¹ Silvia Maria Riceto Ronchim Passeri ²

O processo de aprendizagem pode ser definido de forma sintética como o modo como os seres humanos adquirem novos conhecimentos, desenvolvem competências e mudam o comportamento. O ser humano nasce potencialmente inclinado a aprender, necessitando de estímulos externos e internos para o aprendizado. Há aprendizados que podem ser considerados natos, como o ato de aprender a falar, a andar, e que necessitam passar pelo processo de maturação física, psicológica e social. Mas a maioria da aprendizagem se dá no meio social em que o indivíduo convive. A motivação tem um papel fundamental na aprendizagem, ninguém aprende se não desejar aprender. No entanto, cada pessoa aprende a seu modo, estilo e ritmo¹.

A aprendizagem se faz por vários meios, entre eles pelas técnicas de ensino, cujo aperfeiçoamento é tema de estudos constantes. O professor exerce a sua habilidade de mediador das construções de aprendizagem, e mediar é intervir para promover mudanças. Os desafios que a educação atualmente busca se referem a três aprendizagens básicas²: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser.

O aprender a conhecer parte do pressuposto de que estamos na era do conhecimento e não apenas da informação. É necessário adquirir competência para a compreensão das informações. A aprendizagem requer assimilação³, interpretação do conteúdo e raciocínio de como aplicar esse conhecimento à prática do indivíduo. Não devemos ofertar aos nossos estudantes aprendizagem de saberes inúteis à sua formação e que sobrecarregam currículos sem resultar numa formação profissional de qualidade. É necessário selecionar as informações que de fato possam ser contextualizadas com a realidade e com o objetivo proposto para o curso, estando-se sempre atento ao perfil de estudante que se pretende formar

e desenvolvendo habilidades para que ele construa o conhecimento.

Aprender a fazer requer do estudante a habilidade de colocar em prática seu conhecimento, saber aplicar esse conhecimento à realidade da profissão. Esta habilidade não significa apenas saber executar determinada tarefa, mas também como executá-la utilizando a criatividade, as evidências científicas e a ética, transformando o progresso do conhecimento em novos empreendimentos.

Muitos educadores acreditam que o saber fazer é primordial na educação, ou seja, se o estudante demonstra adequadamente a prática do conhecimento, pressupõem que o domínio cognitivo também foi alcançado.

Para uma formação integral do estudante, o aprender a ser é essencial para que o aluno adquira uma postura condizente com a formação que obteve. Para alguns educadores, esse termo é uma retomada do conceito de que o ser humano deve ser responsável. No entanto, aprender a ser envolve características mais complexas e mais difíceis de serem trabalhadas com os estudantes. Atualmente, os cursos superiores de ensino demonstram grande preocupação com a postura de seus estudantes tanto no ingresso ao curso quanto na conclusão deste.

O aprender a ser tem como objetivo principal desenvolver no estudante atitudes e condutas adequadas a sua profissão, estimulando o pensamento autônomo e crítico sobre o conhecimento adquirido e as evidências científicas encontradas. Diante de um conhecimento adquirido e praticado, espera-se que o aprendiz adquira competência para formar seu próprio juízo de valores, decidindo, por si mesmo, como agir em diferentes circunstâncias da vida².

Neste sentido, podemos considerar que a aprendizagem efetiva envolve três domínios básicos, cognitivo, psicomotor e afetivo, que, de forma integrada, podem ser denominados competências na aprendizagem. Essas

¹ Professora Doutora do Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

² Doutora em Educação e Assessora Pedagógica do Núcleo de Avaliação e Pesquisa em Educação Médica da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

competências são as habilidades que o estudante adquire por meio da assimilação³ do conteúdo, da aplicação prática deste e da atitude adotada frente ao conhecimento.

A aprendizagem deve estar voltada para a formação ampla do profissional e não se limitar apenas ao aspecto cognitivo da aprendizagem.

O reconhecimento de uma competência não passa apenas pela identificação de situações a serem controladas, de problemas a serem resolvidos, de decisões a serem tomadas, mas também pela explicitação dos saberes, das capacidades, dos esquemas de pensamento e das orientações éticas necessárias⁴. (p.19)

Como saber se o estudante adquiriu competência para a profissão ao final do curso? Neste sentido, o papel do professor é essencial, pois cabe a ele adquirir uma visão longitudinal dos objetivos de ensino e administrar a progressão da aprendizagem dos alunos⁵. Essa progressão pode ser acompanhada por meio da avaliação. Muitos são os estudos sobre esse tema, e parece não haver um consenso sobre a melhor forma de avaliar a aprendizagem.

Estamos numa época em que a avaliação da aprendizagem já não é mais compreendida como o ato de medir o desempenho de um estudante. A avaliação é um instrumento de aprendizagem, pois exerce um poderoso efeito sobre ela.

Na abordagem por competências, a aprendizagem não deve ser vista como uma transferência de conhecimentos, mas deve partir da análise de situações e da atitude para derivar o conhecimento, abrangendo, entre outras características, conhecimento, capacidade de execução, habilidade para a execução, raciocínio, pensamento crítico, postura profissional e ética, relacionamento humano, comportamento, valores, mudança de atitude e até certa independência para a produção do saber⁶.

Avaliar a aprendizagem significa determinar as competências adquiridas por meio de aspectos quantitativos e qualitativos do comportamento humano. A área cognitiva inclui comportamentos de caráter intelectual, a área motora aborda os comportamentos que mais facilmente se evidenciam na prática, e a área afetiva aqueles comportamentos que denominamos atitude, idéias, interesse e valores⁷.

O processo de avaliar consiste essencialmente em determinar em que medida os objetivos educacionais estão

sendo alcançados, objetivos estes propostos para promover mudanças no comportamento do estudante. Assim, enfatizamos que a avaliação deve se processar em função dos objetivos do curso.

A avaliação é um método de coleta de dados necessários à melhoria da aprendizagem. Ela auxilia no esclarecimento de metas, na tomada de decisão em relação às mudanças curriculares e determina cada passo do processo ensino-aprendizagem, indicando sua eficácia⁸. A aprendizagem deve ser avaliada de forma contínua e sistemática para oferecer um *feedback* ao aprendiz, assumindo, assim, uma dimensão orientadora e não seletiva⁹.

FORMAS DE AVALIAÇÃO: DIAGNÓSTICA, SOMATIVA E FORMATIVA

Há três formas de avaliação, fundamentais em qualquer curso: diagnóstica, somativa e formativa.

A avaliação diagnóstica tem como propósito constatar se os alunos possuem os conhecimentos básicos e imprescindíveis às novas aprendizagens. O programa de ensino de um curso deve conter em seu planejamento disciplinas estruturadas numa seqüência lógica de desenvolvimento e com aumento da complexidade dos temas. Com isso o professor, ao definir o objetivo de uma disciplina, deve definir também quais conteúdos são pré-requisitos para que o aluno consiga acompanhar a sua proposta de ensino. Para identificar se o aluno possui o domínio dos conhecimentos prévios, sugere-se a realização de uma avaliação diagnóstica no início de um curso, quando podem ser identificadas falhas a serem monitoradas ou sanadas.

A avaliação formativa é aquela realizada no decorrer do curso com o objetivo de verificar se os alunos estão dominando gradativamente cada etapa proposta. Neste intuito, é importante considerar que os alunos progredirão se compreenderem suas possibilidades e fragilidades, e se souberem como se relacionar com elas¹⁰.

São vários os instrumentos que podem ser utilizados na avaliação formativa. As técnicas de avaliação apresentam características que demandam atenção do professor para sua utilização. É fundamental considerar as características específicas de cada curso na determinação dessas técnicas, tornando-as mais efetivas e condizentes com o ensino proposto.

A prova escrita, por exemplo, permite verificar o domínio cognitivo adquirido e pode ser desenvolvida por

meio de questões de testagens ou dissertativas. Os testes proporcionam uma verificação ampla do conhecimento por permitirem um grande número de questões numa mesma prova. Não há subjetividade na correção, o *feedback* ao aluno é praticamente imediato, porém ele se limita a uma avaliação rápida e objetiva, que não avalia a habilidade de expressão do aluno. Sua elaboração é difícil, pois requer muita atenção na montagem das opções, que devem ser apresentadas por meio de linguagem clara e sucinta.

As questões dissertativas para uma prova escrita avaliam, além do conhecimento, a capacidade reflexiva do estudante, a organização de suas idéias e sua capacidade de expressão. No entanto, sua correção demanda maior dedicação do professor, que necessita interpretar as respostas com base num padrão esperado, e, com isso, o retorno ao aluno é mais demorado. Para minimizar este inconveniente, muitos professores discutem a prova com os alunos imediatamente após o término.

A prova oral, que foi o recurso de avaliação mais utilizado até o final do século passado, é hoje usado com o objetivo de identificar a capacidade reflexiva e crítica do estudante. Nos cursos médicos, por exemplo, utiliza-se essa técnica para a discussão de casos clínicos, o que permite observar no estudante sua atitude, raciocínio clínico e conhecimento sobre determinado tema. Sua característica flexível proporciona maior exploração do conhecimento. Em contrapartida, é um instrumento que gera estresse no estudante, e sua correção também é subjetiva.

O portfólio é uma técnica de avaliação muito empregada no ensino médico, que permite registrar elementos significativos da progressão da aprendizagem¹². Ele deve ser produzido pelo aluno, sob orientação docente, para relatar a evolução do processo de aprendizagem e as competências adquiridas no decorrer deste. Este método de avaliação é muito motivador para o aluno, que participa integralmente do processo. No entanto, a análise do portfólio demanda uma dedicação significativa por parte do professor, o que dificulta a implantação da técnica em cursos com grande número de alunos.

Ainda procurando identificar as competências que o aluno adquire no decorrer do curso, é fundamental avaliar o domínio psicomotor, e isso só se faz por meio da observação da habilidade aprendida. Para isso, os cursos estão investindo em avaliações práticas nas quais o aluno de-

verá demonstrar sua habilidade por meio de simulações ou realidades que podem ser observadas pelo professor.

No internato médico, por exemplo, o estudante desenvolve sua habilidade clínica em praticamente todo o tempo do curso, o que nos faz considerar que uma avaliação somente cognitiva não reflete a aprendizagem adquirida. Neste caso, é necessário observar as habilidades constantemente ou determinar períodos de avaliação em que se consiga reproduzir a realidade em que o aluno desenvolveu sua aprendizagem. O estudante de Medicina, durante o internato, sempre exerce a prática sob supervisão. Geralmente, ele revê o caso clínico atendido, mas não acompanhou o atendimento, a abordagem feita na história clínica e o exame clínico realizado. Muitos formandos nem sempre têm a possibilidade de ser observado durante sua prática clínica, o que nos leva a concluir que muitas falhas na avaliação podem ser corrigidas, propiciando uma formação melhor.

Considerando que as habilidades para realizar história e exame físico e para se comunicar com o paciente continuam sendo as mais importantes e eficazes ferramentas diagnósticas e terapêuticas diante de um caso clínico, não podemos permitir que os estudantes permaneçam com estas deficiências no término do curso¹³.

O *Objective Structured Clinical Examination* (Osce), bastante utilizado na área médica, avalia o desempenho do estudante em situações delimitadas, com roteiro preestabelecido (*checklists*), podendo haver interação com paciente simulado ou recursos didáticos, utilizando-se estações de avaliação em rodízio. A operacionalização é trabalhosa, e o custo é alto. As limitações do processo se referem ao tempo restrito em cada estação, exigindo que o aluno demonstre habilidades isoladas de uma consulta, não considerando a relação médico-paciente; ao fato de se basear num *checklist* de tarefas, o que pode passar a mensagem de que uma lista de ações seria suficiente; e ao fato de haver uma limitação dos problemas que podem ser abordados pelo paciente simulado¹⁴. O Osce propicia a avaliação do “saber como” da pirâmide de Miller.

Na utilização de discussões de casos clínicos, o professor pode avaliar o “mostrar como” (degrau acima do “saber como” da pirâmide de Miller) com o relato e a apresentação do caso e com a observação curta da interação com o paciente. Pode-se utilizar o *Objective Structured*

Long Examination Record (Osler), instrumento que dará maior confiabilidade ao processo avaliativo.

O *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (Mini-Cex), consiste numa observação estruturada de diversos itens de atitudes e habilidades, seguida de *feedback* e com duração total de 20-30 minutos. Ele pode ser repetido várias vezes para o mesmo aluno, podendo constituir uma avaliação complementar dentro de um conjunto de instrumentos e processos avaliativos.

Não temos dúvidas hoje de que é preciso avaliar a competência na verdadeira prática clínica (o nível “fazer”), com a observação do desempenho do estudante com pacientes reais. Como são raros os momentos em que os professores observam atendimentos realizados pelo estudante (geralmente aceitam a veracidade da história e do exame físico), esta realidade deve ser prioritariamente mudada por parte dos educadores, coordenadores e diretores de escolas médicas, para melhor formação de nossos profissionais.

O domínio afetivo pode ser avaliado no decorrer do curso por meio da observação do professor. A nota de conceito que hoje é muito utilizada nos cursos médicos reflete um acompanhamento do professor diante do comportamento do estudante. Esta técnica de avaliação agrega a possibilidade de identificar habilidades e atitudes evidenciadas durante o curso. É importante que exista um formulário-padrão para o registro das informações, uma vez que esta avaliação é muito subjetiva.

Outra forma de avaliação é o Conceito Global, que, no final de um estágio, atribui ao estudante um conceito de maneira retrospectiva, utilizando categorias gerais ao invés de comportamentos específicos. Este conceito deve ser construído com itens que especifiquem o que está sendo avaliado, contemplando os atributos necessários (conhecimentos, atitudes, valores e habilidades) para o desempenho profissional esperado. Desta maneira, o conceito torna-se um instrumento que pode ser utilizado para uma avaliação formativa, uma vez que pode ser apresentado ao estudante como *feedback*¹⁵.

Muito se falou sobre a avaliação da aprendizagem sob o ponto de vista do professor, mas uma avaliação efetiva e que possui fidedignidade pode ser realizada por outros “ângulos” de observação, como, por exemplo, pelo colega ou até mesmo pelo próprio aluno. A avaliação por pares tem sido apontada como um importante indicador de

desempenho, sendo considerada consistente e confiável, fornecendo informações que não poderiam ser identificadas por métodos tradicionais de avaliação¹⁶. Identificar a perspectiva e opinião de um colega com quem o estudante convive em diferentes situações e durante um curso todo pode levar a mudanças positivas no comportamento, especialmente quando se refere à competência humanística^{17,18,19}.

No entanto, a avaliação por pares é subjetiva e pode ser influenciada pelas impressões gerais que o estudante tem do colega¹⁶, e isto somente poderá ser minimizado se houver um instrumento estruturado^{20,21} que oriente o preenchimento e que garanta o sigilo das informações, para que não ocorra nenhuma inconveniência.

A auto-avaliação do estudante também é uma técnica de muito valor para a aprendizagem e espera-se que o aluno a pratique em todos os momentos do curso. A consciência da progressão da aprendizagem permite ao aluno identificar suas falhas e necessidades a tempo de buscar orientação. Esta estratégia tem como objetivo desenvolver no aluno a habilidade para desenvolver o pensamento crítico sobre sua própria atitude no decorrer do curso. É um recurso de fácil aplicação e de fácil análise e que deveria ser uma prática constante no meio acadêmico e na vida toda.

Outro aspecto fundamental para que a avaliação cumpra sua função é que o aluno conheça de forma imediata quais foram seus acertos e erros. Quanto antes obtiver um *feedback* da avaliação, mais facilmente o aluno tenderá a reforçar as respostas certas, a superar suas deficiências e a corrigir seus erros. Estudos demonstram que o *feedback* está relacionado à melhoria do desempenho do aluno²².

Neste sentido, a avaliação contribui para a fixação da aprendizagem²³. No contexto da educação médica, o *feedback* deve ser uma prática constante, uma vez que esta habilidade percorrerá toda a trajetória da profissão.

Retomando as formas de avaliação, a avaliação somativa é aquela realizada ao final do curso e que consiste em identificar se o estudante adquiriu as competências necessárias para desenvolver novas etapas do processo de aprendizagem. Numa estrutura curricular formulada por objetivos e pré-requisitos, dificilmente esta forma de avaliação não classifica o estudante. Embora muito se fale que a avaliação somativa é punitiva, parece não haver um con-

senso em como desmistificar esse termo, pois, na realidade, ela precisa ser seletiva para não comprometer o desenvolvimento de novas aprendizagens no estudante.

É importante retomar que existem diversos instrumentos e formas de avaliação, e estes serão constantemente estudados e aperfeiçoados. A avaliação do processo ensino-aprendizagem deve ser construída com a participação do estudante para que haja maior envolvimento e aceitação do processo, criando a cultura de que a avaliação é um instrumento de aprendizagem fundamental para o crescimento pessoal e profissional do indivíduo.

O aprender clínico tem sido modificado no grande movimento de mudança dos currículos médicos, com antecipação e diversificação de cenários, e os métodos de avaliação precisam ser adaptados a essa nova realidade, na complementação de uma formação profissional médica melhor.

REFERÊNCIAS

1. S. Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem. 3 ed. Porto Alegre: ArtMed; 1989
2. Antunes C. Como desenvolver as competências em sala de aula. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2001
3. Piaget J. The psychology of intelligence. London: Routledge & Paul; 1950.
4. Perrenoud P. As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: ArtMed; 2002
Perrenoud P. Dez novas competências para ensinar. Porto Alegre: ArtMed; 2000.
5. Gentile P, Bencini R. Construindo competências. Nova Escola. 2000: 19-31.
6. Díaz Bordenave JE, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1982.
7. Bloom BS, Hastings T, Madaus G. Manual de avaliação formativa e somativa do aprendizado escolar. São Paulo: Pioneira; 1993.
8. Haydt RC. Avaliação do processo ensino-aprendizagem. 6 ed. São Paulo: Ática; 2000.
9. Harlen W, James M. Assessment and learning: differences and relationships between formative and summative assessment. *Assessment Educ.* 1997; 4(3): 365-379.
10. Moreno LR, Batista NA. Avaliação da aprendizagem em medicina: concepções e práticas docentes. In: Batista NA, Batista SH, Abdalla IG, orgs. Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte & Ciência; 2005.
11. Bernardes C, Miranda FB. Portfólio: uma escola de competências. Lisboa: Porto Ed.; 2003.
12. Holmboe ES. Faculty and the observation of trainees' clinical skills: problems and opportunities. *Acad Med.* 2004; 79(1):16-22.
13. Smee S. ABC of learning and teaching in medicine: skill based assessment. *BMJ.* 2003; 326(7391): 703-6.
14. McMullan M, Endacott R, Gray MA, Jasper M, Miller CML, Scholes J, et al. Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *J Adv Nurs.* 2003; 41(3): 283-94.
15. Domingues RCL, Amaral E, Zeferino AMB. Auto-avaliação e avaliação por pares: estratégias para o desenvolvimento profissional do médico. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(2); 173-5.
16. Davis JD. Comparison of faculty, peer, self and nurse assessment of obstetrics and gynecology residents. *Obstet Gynecol.* 2002; 99(4):657-51.
Van Rosendaal GMA, Jennett PA. Comparing peer and faculty evaluations in an internal medicine residency. *Acad. Med.* 1994; 69(4):299-303.
17. Evans R, Elwyn G, Edwards A. Review of instruments for peer assessment of physicians. *BMJ.* 2004; 328(7450):1240-3.
18. Norcini JJ. Peer assessment of competence. *Med Educ.* 2003; 37(6):539-43.
19. Arnold L. Assessing professional behavior: yesterday, today and tomorrow. *Acad Med.* 2002; 77(6):502-15.
20. Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(2); 176-9.
21. Noll VH. Introdução às medidas educacionais. São Paulo: Pioneira; 1965.

AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL E MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE: DIRETRIZES, SINAES E PROJETO DA CAEM/ABEM

Jadete Barbosa Lampert ¹

INTRODUÇÃO

Embora a avaliação faça parte do cotidiano de opinar e decidir a cada momento sobre tudo o que nos envolve, a avaliação propriamente dita está relacionada, na academia em especial, a eventos pontuais e classificatórios, com caráter punitivo, que conhecemos e reconhecemos desde o início de nossas vidas, reforçadas nos bancos escolares. A avaliação ganha referência e destaque no construtivismo e, desde então, vem buscando *status* de processo participativo, construtivo e formativo.

No Brasil, a avaliação como processo vem ganhando adeptos a partir de Paulo Freire e conquista espaço legal ao se manifestar institucionalmente na homologação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) (MEC, 2004).

O mundo vem se transformando de forma crescente e sem precedentes, com um ritmo de mudanças que exige uma dinâmica avaliativa condizente. O ensino superior brasileiro – que passou pela experiência do Paiub (Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras, 1993) como resposta ao desafio de implantar um sistema de avaliação institucional centrada na graduação, e da avaliação que incluía o Exame Nacional de Curso (Provão) – é acionado agora para construir seus processos avaliativos de forma participativa, democrática, construtiva e formativa, tendo como referência os princípios adotados no Sinaes – o que é pertinente ao mundo contemporâneo, que se mostra dinâmico em suas demandas.

As necessidades e o perfil de demandas em saúde da população brasileira se modificaram nos últimos 40 anos, e os modelos de assistência em saúde não são satisfató-

rios, na perspectiva dos avanços nos conhecimentos científicos e tecnológicos. Assim, as escolas que formam os profissionais da área da saúde são questionadas em sua responsabilidade perante a sociedade quanto a seu desempenho em acompanhar as mudanças. Desempenho que se retrata na forma como se estruturam, se organizam e se capacitam para dar uma formação adequada aos profissionais que graduam e liberam para o mundo do trabalho, a fim de se inserirem de forma crítica e construtiva no sistema de saúde vigente e prestarem uma assistência de qualidade.

A avaliação de uma instituição, de uma escola formadora de profissionais da saúde, deve estar contida no projeto de desenvolvimento institucional e no projeto político-pedagógico, fazendo parte do planejamento das ações institucionais com objetivos e estratégias específicos. No estabelecimento dos objetivos, metas institucionais e planos de ação, devem estar planejadas as formas como estes serão acompanhados e avaliados, com indicadores que possibilitem analisar processos e resultados para adequações pertinentes, de forma que o *realizado* se aproxime da situação estabelecida como a *desejada*, e se identifiquem potencialidades e fragilidades que dêem a dimensão de trabalhar o *possível*.

Este texto se propõe salientar a importância de visualizar o tema em foco na amplitude de uma avaliação institucional, com o entendimento de se estar vivendo um processo de construir estruturas e sistemas, e da especificidade de identificar e criar indicadores no detalhamento dessa construção, visualizando aspectos e situações que podem fazer a diferença nos resultados, se devidamente trabalhados.

¹ Doutora. É Professora Adjunto da Universidade Federal de Santa Maria.

QUESTIONAMENTO REFLEXIVO

“Confiro-vos o grau de médico. Podeis exercer a medicina”. Esta proclamação em ato público caracteriza oficialmente a entrega à sociedade do profissional que a partir de então deverá cuidar da saúde da população. A colação de grau do profissional de saúde, após um longo período de estudos, garante competências e o libera para atuar no mercado de trabalho. Ao afirmar “podeis exercer a medicina” ou outra profissão, a escola assume em público que a pessoa a quem confere grau pode exercer aquela profissão e marca de forma indelével sua relevância social como instituição.

Com os avanços científicos e tecnológicos e a grande fragmentação dos conhecimentos em especialidades, tratando-se da medicina, cabe questionar que medicina é esta que a escola declara em ato público que o recém-graduado pode exercer. Este questionamento sugere uma reflexão, que visa aprofundar e avançar o entendimento do momento histórico contemporâneo, que se volta para a avaliação institucional após a construção e homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). A avaliação como processo deve envolver todos os atores como um sistema que acompanha a construção do projeto de desenvolvimento institucional e dos projetos pedagógicos, as abordagens didático-pedagógicas, as práticas nos cenários de aprendizagem em interação com os serviços prestados em vários níveis de atenção, o papel e desempenho de cada um dos atores envolvidos e o desenvolvimento do corpo docente e técnico-administrativo no contexto do mundo do trabalho. Este acompanhamento deve dar conta de aspectos que carecem de avaliações que se complementem, como peças que se encaixam na montagem de um quebra-cabeça e que ao final revelam uma paisagem que era desconhecida na visão isolada de cada peça.

No ensino tradicional, é questionado o modelo com ênfase nas metodologias de transmissão de conteúdos, do professor que expõe e demonstra, e do estudante que assiste e busca simplesmente memorizar conhecimentos. Questionado sem dúvidas, apesar do contraditório e aberrante surgimento dos medicursos, em flagrante espaço de mercado sem compromisso com a formação. Novas metodologias de ensino-aprendizagem são construídas com ações proativas de identificar situações de saúde e dissecar os processos de saúde-doença e representações sociais e, apoiadas em conhecimentos científicos,

construir soluções e novos conhecimentos de forma compartilhada, sem perder de vista o objetivo de qualificar a assistência prestada à população brasileira e a educação permanente.

O momento histórico coloca a escola em xeque para que proporcione a seus atores sociais espaços de construção de novas posturas, conhecimentos, habilidades e atitudes. Professores e estudantes atentos à realidade dinâmica que se transforma com velocidade crescente devem ser críticos do fazer da escola e das demandas contemporâneas.

O corpo docente, que faz o andar da instituição nas diferentes funções – docência, assistência, pesquisa, extensão, administração (chefe, coordenador, diretor) –, além do conhecimento técnico-científico e da relação médico-paciente, constantes no modelo tradicional, tem que dar conta de entender e trabalhar com o processo ensino-aprendizagem, as interações da escola com os serviços e a comunidade, a educação permanente, além de aspectos de gestão, motivação de pessoas e desenvolvimento de avaliações como processos que acompanham o cotidiano. E a avaliação, que tem sido pontual, punitiva e classificatória nos vários espaços institucionais, passa a ser entendida como um processo permanente.

A avaliação se coloca, assim, como o desejo e a necessidade de refletir sobre o *fazer* das instituições e dos atores envolvidos. Este desejo e necessidade de reflexão sobre o que se faz, obrigatoriamente, nos levam a aprofundar a análise da realidade institucional, rever posições, tomar decisões, rever projetos e adequar metas institucionais. No protagonismo histórico, os modelos que tendem à rotina para legitimar-se podem mudar com o papel ativo dos sujeitos (Minayo, 2001).

Os modelos para formar profissionais que cuidem de indivíduos, de forma una e coletiva, quando questionados por inadequados, criam espaços para a construção de novos modelos idealizados, o *desejado*. Desta forma foram construídas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação dos profissionais da saúde. Hoje, nos currículos dos cursos de graduação em Medicina que estão sendo implementados, observam-se diferenças entre o pretendido no projeto de desenvolvimento institucional e no projeto pedagógico e o *realizado*, calcadas nos vários aspectos que constituem o contexto institucional (político, cultural, socioeconômico, estrutural). A avaliação ins-

titucional é a forma de conhecer melhor estes aspectos, identificando potencialidades e fragilidades, que dão a dimensão do que é *possível* para acompanhamento e adequação dos processos em andamento e aproximação do modelo que se quer construir.

O modelo de ensinar desejado no decorrer da história foi se alterando. Revendo alguns fatos passados, podem-se perceber, desde longínquos tempos, modelos em que o discípulo, para se iniciar na profissão, acompanhava o mestre no trabalho de assistir, havendo estreita relação entre ensino e assistência. A criação das escolas estruturadas e organizadas em espaço distinto dos serviços resultou no modelo hoje altamente questionado na dinâmica das necessidades atuais. A dissociação entre ensino e trabalho ocorrida na estruturação e organização das universidades medievais reflete o alcance limitado, na percepção da época, da importância da relação entre escola, serviço e comunidade na formação. Naquele momento histórico, ao se dissociar o estudo do trabalho, nos foi legado o papel de protagonizar a interação e proporcionar, durante toda a formação profissional, a vivência da realidade dos serviços e aproximar a academia das questões de adequação entre teoria e prática.

AS DIRETRIZES E O SINAES

Na segunda metade do século 20, no Brasil, entre os movimentos com avanços importantes – Reforma Sanitária, Constituinte com a homologação da Constituição Brasileira (1988), que colocou a saúde como direito de todos e dever do Estado, e o Sistema Único de Saúde –, houve o reconhecimento e o destaque da avaliação como tema de relevância na pauta das discussões e construção de políticas, projetos e programas – Paiub, Cinaem, Provão.

Inicia-se o século 21 com as DCN homologadas, após ampla discussão e contribuição da sociedade organizada (CNE/MEC, res. nº 4/2001), e, logo, o Sinaes (MEC, Lei 10.861/2004), com os princípios para a construção da avaliação como um processo contínuo participativo, democrático, formativo e construtivo. Princípios que possibilitam construir processos avaliativos para acompanhamento dos processos administrativos e de gestão, como os de ensino-aprendizagem na formação do profissional no ensino superior, e também, dos processos de acolhimento e resultados no cuidar da saúde na prestação de serviços à população.

Os resultados das avaliações no conjunto buscam traçar um perfil institucional quanto à qualidade e adequação dos cursos no atendimento as DCN. Segundo as diretrizes, o médico deve possuir formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e estar 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. O conteúdo das diretrizes, mais do que ser conhecido, precisa estar socializado no interior institucional de cada escola, discutindo e direcionando a proposta do projeto pedagógico. Alguns pontos se destacam para a estruturação e o desenvolvimento do modelo que se constrói para a integralidade do atendimento: as necessidades de saúde dos indivíduos e populações referidas pelo usuário e pelo setor de saúde; metodologias que privilegiem a participação ativa do estudante na construção do conhecimento; integração entre os conteúdos; interação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência na perspectiva dos vários cenários da prática.

Para acionar o sistema de avaliação institucional, o Sinaes dispõe da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (Conaes) para coordenar e supervisionar, sendo que a operacionalização fica sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). A avaliação institucional, sendo um dos componentes do Sinaes, se divide em duas modalidades: a auto-avaliação, orientada pelas diretrizes curriculares, e a avaliação externa, realizada por comissões designadas pelo Inep. O conjunto de avaliações (instrumentos e métodos) deve constituir um sistema com dimensões complementares que permita uma aproximação da realidade, fortalecendo a coerência conceitual, epistemológica e prática no alcance dos objetivos institucionais.

O Sinaes é formado por três eixos: a avaliação das instituições, dos cursos de graduação e do desempenho dos estudantes (Enade). Neste aspecto, procura avaliar o ensino, a pesquisa, a extensão, a responsabilidade social, o desempenho dos estudantes, a gestão da instituição, o corpo docente e as instalações, e sinaliza vários outros aspectos, que devem englobar dimensões qualitativas para dar conta de indicadores que valorizem as interações humanas e interações na construção dos processos de mu-

danças. Este sistema, que tem princípios bem claros, ensaie a construção de processos de mudanças que pretendem uma constante reflexão crítica sobre a realidade e a adequação dos instrumentos disponíveis com a criação de instrumentos que dimensionem os vários aspectos percebidos como relevantes. Apesar de apontar para uma série de modalidades e instrumentos complementares (auto-avaliação, avaliação externa, Enade, avaliação dos cursos de graduação e instrumentos de informação – censo e cadastro), ainda há muito a ser construído e validado no âmbito das escolas, num processo de construção conceitual e epistemológica. O que mostra estar-se em meio ao surgimento de uma nova cultura avaliativa, com a edificação de processos em que todos – instituições e atores – devem se sentir participantes, conclamados a contribuir nessa construção.

Nesta caminhada, observa-se a mobilização das escolas para construir a auto-avaliação com manifestas dificuldades, atribuídas, em grande parte, a recente e escassa experiência. A seqüência prevista para os próximos meses, com o início de avaliações externas (Inep) e de apoios institucionais (Abem e outros), tende a impulsionar uma discussão maior em torno do tema. Sobretudo em torno da necessidade de construir um sistema avaliativo institucional que dê conta de edificar uma cultura que viva a avaliação como um processo que faça parte e esteja integrado a toda ação planejada, garantindo acompanhar os processos e relacionar os resultados às metas traçadas.

As informações produzidas pelo Sinaes no levantamento de dados deverão ter uso construtivo para as IES, os órgãos governamentais, os estudantes e responsáveis, as instituições acadêmicas e a sociedade – enfim, todos os atores sociais e institucionais inter-relacionados –, para que cada um, na sua área de atuação e cidadania, contribua com a formação de profissionais de saúde para dar conta de um atendimento em contexto solidário que supra da melhor forma as necessidades de saúde contemporâneas.

O PROJETO DA CAEM/ABEM

A Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica (Caem/Abem), instituída em março de 2006, vem trabalhando com 55 escolas médicas o projeto Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras.

No projeto, 28 escolas já realizaram seu primeiro momento, que consiste em reunir seus atores sociais para responder a um único instrumento (questionário). Nele, é feito o exercício de visualizar a escola como unidade constituída na troca dos olhares fragmentados pela atuação isolada de disciplinas e especialidades que compõem o curso de graduação.

O método adotado prevê três momentos seqüenciais na montagem do processo avaliativo que deve envolver os diferentes atores sociais da escola. O primeiro momento consta dos seguintes passos:

1. Identificar atores sociais da escola (docentes, discentes, técnico-administrativos, outros) envolvidos com a implementação do projeto pedagógico do curso de graduação e a avaliação – Comissão Própria de Avaliação (CPA) – para a primeira etapa da auto-avaliação, a aplicação do instrumento.
2. Distribuir materiais aos participantes – Diretrizes Curriculares, Sinaes, Projeto Pedagógico da escola, Projeto Pedagógico Institucional, etc. – e marcar dia, hora e local da reunião (sala apropriada, com *data-show*, cadeiras móveis para trabalhar em círculo, duração prevista de duas a três horas).
3. Reunir o grupo em sala própria com os seguintes passos:
 - a) Introduzir e expor informações sobre mudanças de modelo/paradigma na educação médica, abordando as Diretrizes Curriculares, o Sinaes, o processo de auto-avaliação e o método proposto.
 - b) Distribuir o instrumento que contém cinco eixos (mundo do trabalho; projeto pedagógico; abordagem pedagógica; cenários de prática; desenvolvimento docente) aos participantes e expor cada um dos 17 vetores que o constituem, com leitura das três opções em cada um deles; proporcionar uma discussão entre os participantes a cada questão lida, para, num exercício de *troca de olhares*, visualizar o curso de graduação como um todo; buscar consenso sobre qual das três opções oferecidas é a *predominante* na prática cotidiana do curso de graduação da escola.
 - c) Preencher apenas um instrumento, com o consenso ou percepção predominante no grupo.
 - d) Em cada vetor, após a escolha da opção predominante, o grupo deve identificar a justificativa, o

“porquê” de a opção escolhida ser a predominante, identificando políticas, cultura institucional e/ou valores que, na percepção do grupo, justificam a prática predominante.

- e) Em cada vetor, após a escolha da opção predominante e identificação da(s) justificativa(s), apontar uma ou mais evidências, ou seja, exemplos de situações que caracterizam mudanças – documentos, ações – passíveis de averiguação e constatação que confirmem a opção escolhida como predominante nas práticas da escola.
- f) Ao final do exercício, encaminhar o resultado do instrumento preenchido pelo grupo a CAEM/ABEM, por meio eletrônico, usando a senha que é fornecida para a Secretaria Executiva da Abem após o encaminhamento do Termo de Adesão ao projeto.
4. Analisar o instrumento recebido pela Caem/Abem, que caracteriza a tipologia da escola (tradicional, inovadora com tendência tradicional, inovadora com tendência avançada, avançada) e, na análise e visão crítica do conjunto de justificativas e evidências, faz comentários, sugestões e recomendações.
5. Retornar a cada escola participante com o resultado obtido na análise feita pela Caem/Abem, recomendando discutir os resultados com o grupo de atores sociais da escola, com a possibilidade de receber assessoria da Caem/Abem para o esclarecimento de dúvidas.

Como produto desse primeiro momento, além da tipologia das escolas, são apontadas evidências de mudanças percebidas por seus atores sociais (docentes, discentes, técnico-administrativos e outros) e propõe-se a realização do segundo e do terceiro momentos. Com a sistematização dos dados, análise e recomendações e a elaboração do relatório, fecha-se o ciclo da construção do processo avaliativo, que se recomenda repetir sistematicamente em períodos regulares, anuais ou semestrais.

O resultado deste exercício de troca de percepções entre os atores envolvidos mostra neste grupo a predominância de escolas de tipologia avançada (Quadro I) para as transformações, com clara evidência de que estão em processo de construção das mudanças em meio a conflitos. Contradições e forças se contrapõem na tentativa de manter situações acomodadas e pouco questionadas no isolamento dos fóruns de discussões.

Quadro I

Tipologia de tendência de mudanças de 28 escolas médicas brasileiras do primeiro grupo de adesão ao projeto da Caem/Abem – Brasil, 2007

Nº de Escolas	Tipologia	Sigla	%
13	Avançada	A	46,4
8	Inovadora com tendência avançada	la	28,6
4	Inovadora com tendência tradicional	It	14,3
3	Tradicional	T	10,7

Fonte: Caem/Abem, 2007.

A tipologia da escola mostra a *tendência de mudança* dada pelo conjunto de ações efetivadas e percebidas como predominantes na implementação do programa curricular do curso de graduação, que pode ter enfoques quantitativos, qualitativos ou de relevância. Na análise dos resultados, considera-se o predomínio de cada um destes enfoques no desenvolvimento do programa curricular da escola na graduação, que pode ser chamado de *nível de intervenção* na proposta de reforma curricular (Ferreira, 1998 apud Lampert, 2002, p. 112).

A escola tradicional ou conservadora (T) e a inovadora com tendência conservadora ou tradicional (It) têm características funcionais sistêmicas. As intervenções podem se realizar levando em conta, predominantemente, aspectos quantitativos convencionais (recursos humanos, materiais e metodológicos) relativos a relações técnicas que se desenvolvem na escola médica (proporção docente-discente, cargas horárias, método de ensino, número de leitos hospitalares disponíveis para o ensino, etc.). Podem facilitar a dinâmica de desenvolvimento do processo, mas dificilmente chegam a influir num perfil profissional diferenciado. Limitando-se ao interior da escola, caracterizam reformas da educação médica que se desenvolvem em paralelo, respeitando o predomínio do tradicional ou conservador, sem a preocupação com o aprofundamento da análise dos fatores que determinam o modo dominante de formação do profissional médico.

A escola inovadora com tendência avançada (la) e a avançada (A), na medida em que efetivam verdadeira articulação entre o biológico e o social, focando a saúde de forma integral, com abordagem intersectorial, interdisciplinar e mesmo transdisciplinar, alcançam alterações de maior

transcendência no contexto. Com base em seus determinantes histórico-sociais, integrando promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, apresentam uma intervenção de maior abrangência, no plano dos sujeitos, relativo às *relações sociais*, no qual é possível observar o potencial político-estratégico de uma estrutura em que se alteram as relações entre os atores, tanto no contexto das disciplinas básicas como no campo de prática profissional – articulação entre escola, serviços e comunidade. A simples convivência nos mesmos espaços de trabalho permite um tipo de intervenção que caracteriza mudança, uma nova cultura acadêmica, mais centrada na articulação entre teoria e prática e conteúdo interdisciplinar. A ênfase neste plano é posta nos aspectos de natureza qualitativa e na relação horizontal das equipes interdisciplinares. Neste ponto, a escola se acha impulsionando o contexto, onde se encontram as transformações, uma vez que evolui predominantemente para o enfoque da relevância social no plano estrutural e das relações políticas. Além da abordagem intersetorial, a articulação biopsicossocial e conteúdos transdisciplinares estarão contextualizados para o controle social e a associação entre estudo e trabalho.

INDICADORES DE MUDANÇAS

As evidências de mudanças apontadas pelos atores da escola no primeiro momento de avaliação do projeto da Caem/Abem constituem o foco de aproximação para identificar e construir indicadores, sejam quantitativos e/ou qualitativos, que permitam avaliar e acompanhar esta construção e seus resultados. Há vários indicadores sugeridos nessa construção de reformas curriculares para atender as DCN, como:

- Coerência do projeto pedagógico com as DCN.
- Sinalizador de construção coletiva do projeto pedagógico que permita estimar o grau de participação da comunidade acadêmica e das instituições parceiras, a partir de elementos da estrutura e funcionamento da gestão do currículo.
- Capacidade das escolas em aliar ensino, pesquisa, extensão e assistência, incentivando ao mesmo tempo o ensino-aprendizagem em metodologia ativas.
- Produção de conhecimentos aplicável à gestão dos serviços de saúde.

- Interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.
- Utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem.
- Precocidade da inserção do estudante em tais cenários, sua intensidade e continuidade (Ribeiro, 2001).
- Incentivo aos docentes para capacitação e desenvolvimento nas tarefas inerentes (ensino, assistência, pesquisa, extensão, gerência).
- Espaços físicos e temporais onde se dão as trocas, reflexões e análise dos processos e resultados do projeto pedagógico. São indicadores que devem ser construídos no ambiente do fazer mudanças, envolvendo pessoas, atores diretamente responsabilizados, sujeitos dessa construção.

A avaliação como processo construtivo propicia identificar aspectos que requerem medidas de apoio ao longo do processo, além de permitir rever e adequar metas e estratégias que estão em curso. Avançar na avaliação é integrá-la ao cotidiano da educação. A clareza dos objetivos dos processos educacionais de âmbito institucional e a disponibilidade de indicadores para mensurá-los permitem comparar o avaliado com o padrão estabelecido como desejável. A avaliação do desempenho institucional e do desempenho discente nas diferentes fases de formação, por exemplo, deve informar se padrões mínimos foram atingidos ou não. E, mais do que isso, a avaliação como processo, ao acompanhar as ações, estará sinalizando aspectos passíveis de intervenção ainda no desenvolvimento, sem esperar o resultado final, informando a cada passo quais os pontos e em que aspectos há necessidade de apoios e reforços para alcançar o padrão mínimo de desempenho.

O modelo avançado para atender as DCN requer uma referência padrão que sirva para estipular o alcance mínimo de objetivos e metas, que indique o mínimo suficiente para se chegar a uma situação desejada. Este padrão deve estar delineado nos projetos pedagógicos construídos de acordo com as diretrizes constituídas, que remetem ao modelo/paradigma da integralidade (Quadro II).

Quadro II

Características predominantes nos currículos de graduação da escola de Medicina e outros cursos da saúde, na construção do paradigma da integralidade (inovador e avançado para atender às DNC) e no paradigma flexneriano (tradicional, conservador), mostradas em cinco eixos de relevância na formação profissional

<i>Diretrizes Curriculares – Integralidade</i>	<i>Tradicional – Conservador</i>
MUNDO DO TRABALHO	
<ul style="list-style-type: none"> na construção do projeto pedagógico, considera a carência de profissionais médicos para a atenção básica de saúde reconhece a existência de prática liberal e/ou assalariada e promove a análise crítica e orientação, reconhecendo sua influência na formação do médico aborda a relação institucional mediadora com análise crítica desta relação e reflexos na relação médico-paciente e proporciona exercício didático-pedagógico do trabalho em equipe multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> na construção do projeto pedagógico, não considera a carência de profissionais médicos para a atenção básica de saúde, nem a possibilidade de emprego/trabalho não reconhece a existência de prática liberal e/ou assalariada da medicina, nem sua influência na formação do médico não aborda a relação institucional mediadora, seguradoras, planos de saúde, etc. entre prestadores/usuários de serviços de saúde com repercussão na relação médico-paciente*, nem o trabalho em equipe multidisciplinar
PROJETO PEDAGÓGICO	
<ul style="list-style-type: none"> ênfata a importância dos fatores determinantes da saúde e orienta o curso para as necessidades da atenção básica com forte interação com os serviços de saúde e a comunidade, articulando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação analisa de forma crítica e ampla a tecnologia, o custo-benefício da sua aplicação, enfatizando a atenção básica de saúde na pesquisa, referencia-se nas necessidades de saúde com base demográfica, epidemiológica e socioeconômica, no campo da atenção básica, na gestão do sistema de saúde, na interação escola-serviço-comunidade e no processo ensino-aprendizagem, e estimula a participação dos discentes, contribuindo para a tomada de decisão com base em informações relevantes com vistas à melhoria das práticas de assistência oferece pós-graduação em campos gerais e especializados, articulada com os gestores do Sistema de Saúde, visando às necessidades de saúde quantitativas e qualitativas para a formação de médicos, e franqueia a educação permanente aos profissionais da rede 	<ul style="list-style-type: none"> orienta o curso para os aspectos biomédicos, diagnóstico, tratamento e recuperação do doente dá grande ênfase à aplicação da alta tecnologia na atenção clínica e cirúrgica, sem a análise crítica do custo-benefício na pesquisa, referencia-se nas necessidades de saúde com base exclusivamente demográfica e epidemiológica, com ênfase nas ações diagnósticas e curativas oferece residências, especializações, mestrado e doutorado em campos especializados com total autonomia e não desenvolve educação permanente
ABORDAGEM PEDAGÓGICA	
<ul style="list-style-type: none"> tem currículo em grande parte integrado, áreas de prática real em atenção de adultos, materno-infantil, saúde da família, medicina do trabalho, etc. adota métodos de aprendizagem ativos, com ênfase na realidade de saúde e com abordagem multi e interdisciplinar, e na prática usa também os serviços e espaços comunitários, avaliando conhecimentos, habilidades e atitudes com estímulo à avaliação interativa e à auto-avaliação proporciona condições adequadas dos espaços físicos e materiais de apoio para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e oferece tutoria com análise e solução de problemas baseados em situações reais 	<ul style="list-style-type: none"> tem ciclos básico e profissionalizante bem separados e organizados com disciplinas fragmentadas ênfata as aulas teóricas de exposição em disciplinas isoladas, e as práticas são predominantemente demonstrativas e centradas no professor, com avaliações escritas em que predomina a memorização não proporciona condições físicas e materiais de apoio adequadas ao ensino-aprendizagem (biblioteca, salas, laboratórios, recursos audiovisuais e de informática, biotério, etc.) e não oferece tutoria

* “A relação médico-paciente deixou de ser um negócio puramente individual” (Heralich, 1995:78).

CENÁRIOS DA PRÁTICA	
<ul style="list-style-type: none"> • utiliza as unidades dos níveis de atenção primária, secundária e terciária no entendimento da construção da rede do sistema de saúde, contribuindo com os mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços de diferentes competências e disponibilidades tecnológicas • proporciona ao discente ampla participação, com orientação e supervisão docente nos vários cenários de prática • oferece práticas que se desenvolvem ao longo de todo o curso, utilizando os serviços em todos os níveis de atenção de forma integral (medicina integral do adulto, medicina do trabalho, saúde da mulher, emergências, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • utiliza o hospital de ensino exclusivamente de nível terciário • proporciona ao discente observação de práticas demonstrativas • oferece práticas ligadas aos departamentos (clínica médica, cirúrgica, etc.) e às disciplinas (cárdio, pneumo, nefro, gastro, dermatol, etc.)
DESENVOLVIMENTO DOCENTE	
<ul style="list-style-type: none"> • oferece e exige capacitação didático-pedagógica de todos os docentes, com acompanhamento e desenvolvimento no cotidiano das tarefas didático-pedagógicas (apoio institucionalizado) • promove de forma sistemática e exige a atualização dos professores, em especial quanto às exigências de necessidades/demandas em saúde • estimula os docentes e apóia sua participação no planejamento e avaliação do sistema de saúde em sua área de influência e tem serviços assistenciais integrados com o sistema de saúde, e os médicos dos serviços têm participação na docência; • promove capacitação gerencial e possui docentes que assumem cargos administrativos institucionais com bom conhecimento de ciências administrativas, liderando programas, buscando assessorar-se de acordo com as necessidades identificadas e proporcionando participação ativa e responsabilização dos segmentos docente, discente e técnico-administrativo nas decisões, processos, resultados e avaliações institucionais 	<ul style="list-style-type: none"> • não oferece e nem promove capacitação didático-pedagógica do corpo docente (ou raramente o faz) • não estimula nem oferece atualização técnico-científica aos professores (ou raramente o faz), deixando por conta do próprio docente • não estimula o corpo docente, que, por sua vez, não participa dos serviços e do planejamento do sistema de saúde (municipal, regional) na sua área de influência, e os médicos dos serviços não participam da docência • os docentes assumem cargos gerenciais (disciplina, departamento, direção de escola, de hospital universitário, etc.) de forma empírica e fundada em experiência própria; não há preocupação institucional com a capacitação gerencial dos docentes que assumem cargos administrativos

DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE INDICADORES

Ter clareza do objetivo da avaliação direciona o desenho da investigação, possibilita a definição de objetivos específicos e a construção de indicadores e dos instrumentos de coleta de dados, elevando a possibilidade de êxito do processo de análise.

(Assis et al., 2005, p. 105)

A formulação do objetivo que vai nortear todo o processo avaliativo é fundamental para a qualidade e efetividade da avaliação. Assim, é fundamental ter bem claros e traçados os objetivos e metas de uma proposta (proje-

to/programa) para poder mensurar o grau de mudanças ocorridas e o quanto foram atingidos. No contexto da avaliação de uma proposta, os indicadores são parâmetros quantificados ou qualitativamente elaborados para sinalizar o acompanhamento da realização dos objetivos e metas (avaliação de processo) e se foram atingidos (avaliação de resultados). Como sinalizadores, os indicadores procuram expressar, de forma sintética, um aspecto (variável) da realidade. Fica entendido, contudo, que não dão conta da totalidade do real. Seu grande valor é possibilitar a construção de meios de verificação dos rumos das mudanças que se quer produzir (Assis et al., 2005).

Os indicadores podem ser entendidos como tangíveis (elementos facilmente observáveis, como titulação, carga horária, forma de organização, gestão, legislação, meca-

nismos de divulgação) e intangíveis (elementos que só podem ser captados indiretamente nas formas de manifestação, como é o caso da consciência social, auto-estima, valores, atitudes, liderança, protagonismo, cidadania). Segundo Valarelli (2004, apud Minayo, Assis, Souza, 2005), as chamadas dimensões intangíveis são dimensões complexas da realidade, que, por não serem processos lineares e progressivos, exigem um conjunto de indicadores que apreendam algumas das manifestações indiretas para a aproximação da complexidade que se deseja observar.

A escolha dos indicadores deve estar de acordo com os aspectos que se quer analisar, como eficiência, eficácia, efetividade ou impacto. Eficiência se refere à boa utilização de recursos financeiros, materiais e humanos em relação às atividades e resultados alcançados. Eficácia diz respeito à relação entre as ações realizadas e os resultados obtidos. Efetividade é a observação da incorporação das mudanças geradas por determinado programa na realidade da população-alvo. Impacto corresponde ao grau de influência e de irradiação de um projeto realizado (Agguilar, Ander-Egg, 1994 apud Minayo, Assis, Souza, 2005).

Saber a combinação mais adequada entre indicadores quantitativos e qualitativos é uma questão a ser respondida. Valarelli (2004, apud Minayo, Assis, Souza, 2005) recomenda considerar:

- Concepções, interesses e enfoques da organização e de seus atores, entendendo que o sistema de indicadores para avaliação deve sempre surgir do processo de diálogo e negociação entre todos os atores.
- O contexto, pois cada investigação avaliativa deverá construir seu sistema de indicadores específicos. Mesmo quando um conjunto de variáveis pode ser usado para vários projetos, os indicadores devem sinalizar condições específicas da realidade em avaliação. Por isso, a maioria dos projetos se inicia com uma análise diagnóstica como ponto de partida para a construção dos indicadores.
- O modo de gestão é outro aspecto; é preciso ter um plano de execução claro, pois é comum se acumularem dados sem que ninguém se proponha analisá-los ou encontrar seu sentido para a tomada de decisões; a proposta avaliativa deve ter um projeto claro e que seja compartilhado; deve haver conexões entre os diferentes investigadores e outros atores.

- Os recursos disponíveis e a duração do projeto de avaliação também interferem na possibilidade de utilizar determinados indicadores; o impacto, por exemplo, mostra seu sentido em investigações de longo prazo (Valarelli, 2004, apud Minayo, Assis, Souza, 2005, p. 107).

O desafio se mostra para todos os que de algum modo estão comprometidos com a formação profissional na área da saúde, governo e sociedade, focalizando as escolas que, fazendo o diagnóstico situacional em busca de atender às DCN, devem mobilizar atores internos, reservando tempo e espaço para planejar e construir mudanças e indicadores que acompanhem seus processos e resultados (ações e avaliações). Trata-se de um desafio fortemente político e de gestão. Assim, não dispensa as ações e apoios externos institucionalizados, sejam públicos ou privados, nos vários aspectos e carências descortinados para a maturidade da avaliação institucional.

REFERÊNCIAS

- Minayo MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Cienc Saú-de Coletiva*. 2001; 6(1):07-19.
- Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2002.
- Ribeiro EC. Entre a emancipação e a regulação: limites e possibilidades da avaliação das escolas médicas. Rio de Janeiro; 2001. [Projeto de Tese de Doutorado] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Assis SG, Deslandes SF, Minayo MC, Santos NC. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, orgs. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- Associação Brasileira de Educação Médica. Comissão de Avaliação das Escolas Médicas. Projeto Avaliação de tendências de mudanças nos cursos de graduação das escolas médicas brasileiras. [online]. Rio de Janeiro: ABEM; 2006. Disponível em: <http://www.abem-educ-med.org.br>.
- Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. SINAES. [online]. Disponível em: <http://www.inep.gov.br>.
- Ferreira JR. Bases para uma formação médica adequada à realidade nacional. [mimeo].
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec; 1996. Cáp.: Representações sociais de saúde/doença.

A CONSTRUÇÃO DE PARCERIAS COMO ESTRATÉGIA PARA O SUCESSO DO PRÓ-SAÚDE

José Roberto de Ferreira ¹ Geraldo Cunha Cury ² Francisco Eduardo Campos ³
Ana Estela Haddad ⁴ Gustavo Diniz Ferreira Gusso ⁵

INTRODUÇÃO

A última década do século 20 foi especialmente pródiga nas propostas de transformação da atenção à saúde no Brasil, partindo do preceito constitucional que situou a “saúde como direito de todos e dever do Estado” e estabeleceu que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (SUS), que logo foi formalizado pela Lei 8.080, de 1990.

Destaca-se nessas iniciativas a introdução de importantes diretrizes, como a descentralização, a participação da comunidade, o destaque dos determinantes da saúde, a ênfase nas ações de promoção, a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, priorizando a prevenção baseada em enfoque epidemiológico.

Ainda se registram críticas a este sistema – lastimando sua ineficiência e qualidade discutível – que partem de grupos que não querem reconhecer as vantagens do plano e o inevitável requisito de maturação do mesmo, que, em sua aplicação, necessita romper com tradições milenares e contar com aportes intersetoriais, não só para gerar recursos, mas, sobretudo, para ajustá-los a novas estratégias e a um âmbito muito mais amplo de ação. As iniciativas nesse sentido não deixaram de ser introduzidas, e entre elas se destacam a utilização dos agentes de saúde, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e o

Profae, para referir, especialmente, as relativas ao componente mais essencial do sistema, representado pelo desenvolvimento dos recursos humanos.

Entretanto, o que poderia parecer uma demanda essencialmente quantitativa resultou em algo tremendamente mais complexo ao exigir reorientações qualitativas de grande magnitude. Este foi um esforço intersetorial por excelência, envolvendo os ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS), numa orientação que antes não havia se registrado. O setor Educação se lançou na formulação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (1996) e depois na definição de Diretrizes Curriculares (2001). Por sua vez, o setor Saúde, com base na mesma Constituição (art. 200) que lhe delegava, por primeira vez, “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”, passou a assumir parte ativa na orientação desses recursos. E chegou a poder coordenar com o MEC as prioridades relativas às residências médicas e a propor e iniciar a implementação de reformas educativas na área médica por meio do Promed (2001) e em âmbito multiprofissional – medicina, enfermagem e odontologia – com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde, 2005), em ambos os casos com a proposta de orientar a formação desses profissionais para a atenção básica de saúde. Iniciou-se nesse contexto uma real parceria entre os setores de educação e saúde, abrindo caminho para que esta mesma interação

¹ Consultor Sênior do Pró-Saúde – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde / Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/Ministério da Saúde. Coordenador de Relações Internacionais da Fundação Oswaldo Cruz. Ex-Diretor de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde, Washington DC, EUA..

² Coordenador do Pró-Saúde – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/ Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/Ministério da Saúde.

³ Secretário de Gestão e Educação do Trabalho em Saúde/Ministério da Saúde.

⁴ Diretora do Departamento de Gestão da Educação em Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/Ministério da Saúde.

⁵ Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde/Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/Ministério da Saúde.

pudesse evoluir numa amplitude maior até os níveis periféricos, onde se desenvolvem as práticas de saúde e se promove a capacitação dos futuros profissionais.

Vejamos como avançou esta parceria, desde o nível central, de tomada de decisões, até a implementação do que se considera uma real integração docente assistencial. O passo inicial foi dado pelo setor educacional, com a reorientação das diretrizes educacionais das diversas carreiras da saúde.

DIRETRIZES EDUCACIONAIS

No caso específico da medicina, sua liderança no setor e alta complexidade, com uma acumulação de séculos de conhecimentos e habilidades acrescidos de grande tradição e forte corporativismo, implicam que a possibilidade de ajuste a uma nova orientação formativa e assistencial resulte na necessidade de transformações de proporções incomensuráveis. Porém, mesmo frente a esta dificuldade, o MEC não desanimou e alicerçou a formulação das novas diretrizes na Lei Orgânica do SUS (Sistema Único de Saúde); no Plano Nacional de Educação; em pareceres do Conselho de Educação Superior (CNE); na Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século 21, da Unesco; em documentos especializados da Opas e OMS; e nos instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões de saúde. Cercou-se, ainda, do respaldo abalizado do Fórum de Reitores, dos Conselhos Profissionais, das Associações de Ensino e Comissões de Especialistas do MEC, para estimular o abandono de concepções antigas e herméticas das grades curriculares e propor uma sólida formação básica, assegurando flexibilidade, diversidade e qualidade para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional.

Durante toda a segunda metade do século 20, desenvolveu-se, em várias partes do mundo (Colorado Springs, 1952) e especialmente na América Latina, a proposta de que a educação médica de graduação deveria oferecer uma formação generalista (Viña del Mar, Chile, 1960). A disseminação dessa idéia seguiu as mais diversas orientações em níveis nacionais e internacionais, tornando-se uma posição estigmatizada, incorporando-se até mesmo na Declaração de Alma-Ata (OMS/Unicef, 1978), como forma de poder assegurar uma dedicação maior dos médicos à atenção primária de saúde, estratégia adotada para proporcionar Saúde Para Todos Até o Ano 2000.

Cinquenta anos foram consumidos numa retórica pouco eficaz, período durante o qual se multiplicaram as escolas médicas e as especialidades médicas, limitando-se uma possível abordagem mais integral à prática de pequenos grupos que, em cada escola, se dedicavam à medicina preventiva e social. De certa forma, a existência desses preventivistas tranqüilizava as escolas quanto ao aparente atendimento à proposta enunciada no parágrafo anterior e dava liberdade aos demais docentes para o desenvolvimento das especialidades – também importantes em sua devida proporção, mas nunca devendo representar a orientação hegemônica na formação dos profissionais.

Enquanto isto, as mais variadas declarações oficiais, de uma infinidade de congressos, reuniões, seminários e cursos, propugnando pela formação médica geral, eram acatadas pelas autoridades acadêmicas e até incorporadas no discurso de muitas delas, porém pouco ou nada chegava a ser levado à prática na reorientação dos currículos. A mais marcante das tentativas de mudança foi, possivelmente, a introdução do que se chamou de integração docente assistencial (IDA), iniciativa sistematicamente tomada pelas escolas na tentativa de utilizar os serviços de saúde para estágios de treinamento dos alunos. Na maioria das vezes, esta atividade não envolvia os profissionais do serviço e era vista por eles como um ônus adicional, sem nenhum benefício tanto para a rotina da atividade assistencial como para os próprios profissionais.

No Brasil, o documento das Diretrizes Curriculares, aprovadas em 2001, foi o instrumento de maior peso para a reorientação do perfil do médico, não mais tratando de introduzir soluções parciais como remendos do plano curricular tradicional. A nova política advogava **uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para um médico capaz de atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência**. Para isto, estas diretrizes abandonaram a prática anterior de determinar as disciplinas que deveriam integrar o currículo mínimo para a formação do médico e definiram uma série de competências, habilidades e conteúdos curriculares para promover a atenção integral num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, que abrangia, inclusive, a possibilidade do trabalho em equipe.

A decisão política incorporou nessa iniciativa a posição de vanguarda dos grupos mais progressistas. Na realidade

de, uma leitura cuidadosa dessas diretrizes poderia ser suficiente para induzir a transformação que se estava buscando, não fosse, de um lado, a forte tradição referida anteriormente, vinculada ademais à perspectiva de prestígio profissional e vantagens financeiras relacionadas com o padrão de prática especializada e, de outro, a falta de modelos aplicativos de uma nova orientação formativa. Não é raro no contexto acadêmico, frente a uma proposta inovadora, apresentar-se o questionamento de “onde e como isto já foi realizado antes”.

DA DECISÃO POLÍTICA À IMPLEMENTAÇÃO PRÁTICA

Uma política consistente se desenvolve a partir da elaboração de um discurso que anuncia uma intenção. Porém, para ser levada à prática, depende da realização de um conjunto de ações, que, em último análise, darão substância ao discurso. Discurso e ação são partes de uma mesma vocação política e não devem estar dissociados. É essencial, portanto, que o discurso traga em si mesmo à vontade de compromissos realizáveis pelas ações que o acompanharão. Discurso não acompanhado de ação é vazio; ação não anunciada por um discurso é cega. Esta articulação entre discurso e ação constituiu, no caso em tela, a intercomplementaridade entre as Diretrizes Curriculares e as promoções que se seguiram, inicialmente com o Pro-med e logo ampliadas com o Pró-Saúde.

Neste caso, discurso e ação praticamente se superpõem com base na estrutura proposta nas Diretrizes Curriculares que fundamentalmente originaram as propostas desses dois programas. Tal estrutura incluía:

1. Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor Saúde.
2. 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.
3. Incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania.
4. Promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.
5. Inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional.
6. 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.
7. Propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato.
8. Vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Como vemos, já desde a declaratória, formulada pelo setor Educação, se destacava a necessidade da parceria com o setor Saúde, quando em seu primeiro ponto propunha centrar o desenvolvimento curricular nas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações e reconhecia corresponder ao serviço de saúde a identificação dessas necessidades. Igual importância era dada, em outros itens, à utilização de diferentes cenários de prática, à necessidade de interação com profissionais de saúde e à ênfase na utilização do SUS.

Ressalta ainda, na inter-relação entre as duas iniciativas citadas – do discurso e da ação – a presteza com que setores institucionais distintos – Educação e Saúde – puderam atuar coordenadamente em tão curto espaço de tempo, assegurando, primeiro, no mesmo ano de aprovação das diretrizes, o início da experiência com as Escolas Médicas (2001) e, pouco depois, frente à boa aceitação do programa, a inserção nas equipes da estratégia do Saúde da Família e a identidade relativa entre as diretrizes estabelecidas para as outras duas profissões – enfermagem e odontologia – e sua ampliação para o Pró-Saúde. Com isto, a parceria na cúpula resultou verdadeiramente eficaz e permitiu uma ação coesa dos dois ministérios para a implementação das mudanças propostas.

Nesta última iniciativa, surpreende o fato de que tenha sido possível formular o programa, divulgá-lo amplamente, contar com a rápida preparação de projetos pelas Fa-

culdades interessadas e realizar a seleção dos melhores. Tudo isto, no curto espaço de cem dias, o que, na realidade, só foi possível pela acumulação referida anteriormente, tanto nas escolas como nos órgãos governamentais, que ao longo dos anos vinham buscando inovar para melhor atender às necessidades da sociedade.

O Pró-Saúde reproduz em sua formulação estratégica os três componentes básicos das Diretrizes Curriculares, ampliando a análise de como levá-los à prática:

- Os conteúdos curriculares se incorporam em sua integralidade no **eixo de orientação teórica** e se expandem não só priorizando áreas de conhecimento e aspectos relativos à determinação da saúde, como estimulando a incorporação no processo da pesquisa orientada à realidade local e a condução da educação permanente, concedendo ênfase especial à promoção da saúde em todas as fases do ciclo biológico.

Os três vetores correspondentes à orientação teórica são:

- Articulação biológico-social abordando determinantes de saúde e doença.
 - Pesquisa básica e clínica orientada à atenção primária e gestão de serviços.
 - Pós graduação ajustada às necessidades do SUS e do PSF.
- O capítulo de estágios e atividades complementares se reproduz no **eixo de cenários de prática**, promovendo maior diversificação dos âmbitos em que se realiza a atenção. Dessa forma, amplia a abordagem anterior, centrada no hospital docente, em geral de caráter predominantemente especializado, o qual, na nova proposta, deverá integrar-se ao SUS. Nesta área, o Pró-Saúde trata de avançar além das recomendações das Diretrizes Curriculares, enfatizando a importância de se estabelecer uma verdadeira integração docente assistencial, com especial consideração à prática da referência e contra-referência.

Os vetores correspondentes aos cenários de prática são:

- Integração teórico-prática em nível individual e coletivo.
- Assistência no SUS com ênfase no ambulatório e sistema de referência.
- Serviços assistenciais das IES com marcação de consulta integrada ao SUS.

- A organização do curso se baseia num projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem, reproduzindo no **eixo de orientação pedagógica** o padrão usual da educação de adultos. Busca-se aí o desenvolvimento da capacidade de aprender, tendo como eixo integrador a pesquisa e a extensão/assistência, com a observação crítica do próprio estudante orientando o contínuo aperfeiçoamento da prática em que esteja atuando. O currículo deve contribuir para a compreensão, preservação, reforço, fomento e difusão cultural, num contexto de pluralismo e diversidade.

Os vetores correspondentes à orientação pedagógica são:

- Análise da atividade assistencial baseada em evidências.
- Integração básico-clínica ao longo de todo o curso.
- Aprendizado reflexivo e crítico com vistas a transformações da prática.

IMPLEMENTAÇÃO DAS MUDANÇAS

Apesar de todas as considerações anteriores, a verdade é que pouco avanço pôde ser observado no nível das escolas somente em consequência das Diretrizes Curriculares aprovadas. A reorientação pretendida, ainda que aceita em tese por boa parte das autoridades acadêmicas, não era, em absoluto, algo simples que pudesse ser implantado de um momento para outro, sem afetar toda uma tradição baseada na forma de geração do conhecimento, em sua disseminação e processos de transferência, e na própria prática profissional, predominantemente especializada.

Entre as dificuldades mais marcantes está o possível rompimento das grades curriculares, que perpetuavam a estrutura disciplinar fragmentada, por um lado dificultando a visão de conjunto dos processos que ocorrem no organismo e, por outro, justificando a tendência à especialização. Desmontar as “grades” existentes para poder conformar a nova estrutura era, ao mesmo tempo, essencial e extremamente complexo, mas com elas tornava-se difícil à articulação interdisciplinar.

Outro obstáculo quase inexpugnável consiste em trocar a vivência clínica exclusiva do hospital de ensino por atividade assistencial no nível do Sistema Único de Saúde e, nesse âmbito, priorizar a atenção primária e secundária.

ria, e utilizar amplamente a atenção ambulatorial. Não se pretendia com isto anular a atenção especializada que se desenvolve em serviços terciários, igualmente prioritários. Entretanto, o novo esquema pretendia deslocar esta fase, na medida do possível, para a etapa de pós-graduação, embora a atenção especializada sempre pudesse ser acessada por meio do sistema de referência e contra-referência.

Essa diversificação de cenários de prática traz consigo outro aspecto delicado, elemento essencial da parceria já referida, que consiste na necessidade de articulação entre a academia e o serviço de saúde, estratégia tão importante quanto difícil de implantar, porque os profissionais de cada uma dessas áreas obedecem a direções distintas, cumprem funções diferentes, são remunerados para ações específicas, as quais precisariam se reajustar para participar da orientação de alunos em treinamento. Soma-se a isto o fato de que diferentes unidades do Serviço, como os Centros de Saúde e as Unidades de Saúde da Família, obedecem a distintas orientações gerenciais e nem sempre contam com adequado acesso ao sistema de referência.

Uma quarta limitação era dada pelos próprios materiais didáticos, especialmente as fontes bibliográficas, em sua grande maioria orientadas para o padrão tradicional dos cursos anteriores, integrados em função das diversas disciplinas e, no mais das vezes, por temas relacionados a doenças específicas. São os capítulos de Tratados de Clínica Médica, Cirúrgica ou Especialidades, agrupados por determinada enfermidade, que corresponderiam à abordagem de pacientes com sua patologia previamente rotulada, diferentemente de outras situações em que o material, ao ser tratado por síndromes, deixa que o raciocínio diagnóstico se desenvolva no decorrer do processo de atendimento. Hoje, o livro *Medicina ambulatorial – condutas de atenção primária baseadas em evidências*, distribuído pelo Ministério da Saúde, pode ajudar a superar esta limitação.

A tudo isto se agrega a necessidade de que as mudanças propostas possam se valer da introdução de novos conteúdos teóricos, estreitamente correlacionados com a realidade das comunidades atendidas, e de novos métodos de aperfeiçoamento do processo de atenção médica, como o diagnóstico clínico baseado em evidências, a possibilidade de realizar projetos de pesquisa em torno de problemas de atenção básica e a necessidade de expor o aluno às questões gerenciais enfrentadas neste nível.

Esta seqüência de dificuldades, embora implícita já no conteúdo das Diretrizes Curriculares, determinou a razão de ser do programa complementar, representado pelo Pró-Saúde, o qual, na realidade, constitui o mecanismo facilitador da parceria ensino-serviço para a real incorporação das diretrizes.

A simples convocatória, motivando as escolas a prepararem seus projetos para concorrer à participação no programa, já era um sinal de alerta para o fato de que novas diretrizes curriculares haviam sido aprovadas e deveriam ser adotadas pelas escolas logo que possível. Ainda assim, pode-se considerar relativamente limitada a resposta das instituições de ensino superior: na área médica, essa resposta correspondeu a 40% das escolas, sendo que, entre as aprovadas, contou-se com apenas um quarto das instituições em funcionamento no país. O importante, porém, era facilitar a implantação de um grupo inicial de escolas, para as quais o recurso disponível era suficiente e permitia testar a viabilidade da transformação pretendida e ajustar detalhes relativos a cada um dos eixos propostos. Certamente, estas já servirão de modelo e estímulo para que outras instituições sigam a mesma linha. Além disso, o próprio Ministério se propõe a ampliar anualmente o número de escolas incorporadas nesse processo.

Na distribuição dos recursos, a evolução do Promed para o Pró-Saúde já trouxe, em si mesma, uma importante inovação, especialmente para viabilizar a parceria intersetorial. Entre as dificuldades enfrentadas na articulação entre a academia e o serviço, observou-se o fato de que, assim como no desenvolvimento histórico da chamada integração docente assistencial, a iniciativa e os recursos era da escola, a principal interessada no processo. Não se levava em conta que parte das mudanças a serem adotadas cabia aos professores, mas outra boa parte das ações afetava a rotina dos serviços, podendo, inclusive, demandar a participação de profissionais do SUS na orientação e/ou supervisão dos alunos. Em muitos casos, o problema era ainda maior, dependendo da precariedade das instalações disponíveis neste nível.

Dessa observação e, mais ainda, pelo fato de que com recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde era lógico que fosse assumida a responsabilidade de melhoramento das instalações assistenciais, resultou a decisão de que parte dos recursos autorizados para cada pro-

jeto também poderia ser utilizada nas unidades assistenciais, chegando, inclusive, a concentrar a aquisição de material permanente exclusivamente para serviços incorporados ao SUS. Além disso, passou-se a contar, igualmente para este fim, com recursos adicionais da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Por último, e já com base em decisão mais recente, foi estabelecido, em iniciativa conjunta com o MEC, o programa Petsaúde, a fim de que profissionais que atuam na rede de serviços assistenciais possam receber uma bolsa, para assumirem, com apoio da academia, a orientação dos estudantes de Medicina, acrescentando ainda mais incentivos aos próprios alunos que participam das Unidades de Saúde da Família.

Com isto, podemos dizer que um dos principais diferenciais do Pró-Saúde em relação ao Promed, além da composição multiprofissional do primeiro, foi a consolidação da parceria entre as IES e os Serviços de Saúde, especialmente os vinculados ao SUS. A participação dos gestores e profissionais do serviço desde a etapa de programação, a preocupação com as condições materiais de atendimento das unidades de serviço e, inclusive, a possibilidade de remuneração complementar aos profissionais que participem na orientação do treinamento eliminam por completo a crítica anterior, de interesse unilateral da integração docente assistencial, permitindo, assim, estabelecer uma parceria em que se complementam os interesses dos dois setores envolvidos.

Agora, o desenvolvimento de todo este programa está sendo seguido de perto pelo Ministério, que para isto conta com um grupo assessor que seguirá visitando as escolas periodicamente, além de promover reuniões conjuntas, visitas de profissionais de um projeto a outros que estejam mais bem orientados e até estudos especiais em que se possam incorporar várias das instituições participantes. Tanto para as escolas como para o Ministério, este é um processo em que todos estão aprendendo, graças à adoção de práticas inovativas e sempre com a meta de colaborar para uma formação melhor, que assegure melhor atenção a toda a população.

OBSTÁCULOS A VENCER

Passados cinco anos entre a aprovação das Diretrizes Curriculares e a construção do Pró-Saúde, contando, inclusive, com a existência intermediária do Promed, e

agora já com quase dois anos de funcionamento do programa, ainda é possível observar o grau de dificuldade que representa romper com tradições que vêm sobrevivendo por várias gerações de profissionais da área da saúde. Esta consideração assume maior importância quando nos damos conta de que a motivação para estas mudanças não esteve limitada a esses cinco anos e, sim, como antes indicamos, data de pelo menos meio século, havendo estado presente num âmbito praticamente mundial.

Os Departamentos de Medicina Preventiva, que se criaram em praticamente todas as escolas, tiveram o mérito de reorientar a pesquisa na área de saúde pública, com ênfase em epidemiologia, administração de serviços de saúde e desenvolvimento de recursos humanos. Esta estratégia não logrou alcançar seu desiderato inicial de reorientar a formação do médico, porém, ao induzir a formação de um grupo significativo de profissionais com orientação preventivista, condicionou que novas iniciativas, como a do Pró-Saúde, sejam assumidas prioritariamente por esses grupos. Embora, esta área possa ser a de maior identidade com os objetivos que agora estão sendo perseguidos, a tendência de que polarizem a incorporação da mudança, em geral, deixa de envolver a escola como um todo e representa um obstáculo para que na graduação se alcance a formação para a atenção primária. Não queremos, com isto, desmerecer a importância dos professores de medicina preventiva e social e, inclusive, reconhecemos que muito podem e devem aportar nessa ampla parceria de integração com o serviço, mas alertamos apenas para que esta participação não dispense a dos demais docentes.

O grande cuidado é no sentido de que os demais professores, que não cheguem a participar mais amplamente no Pró-Saúde, não cheguem, também, a preocupar-se com a promoção de uma real articulação biológico-social e tenham dificuldade em reorientar o conteúdo teórico de forma a incorporar a determinação social do binômio saúde-doença e a enfatizar a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis, junto com a prevenção de enfermidades e a reabilitação da saúde, tanto individual como coletivamente.

Outro obstáculo que vem limitando a eficiência do Pró-Saúde na implantação das Diretrizes Curriculares é a dificuldade em estabelecer uma real articulação interdisciplinar que permita o desenvolvimento conjunto de ele-

mentos das ciências básicas no contexto da clínica, importante elemento de aprendizado da fisiopatologia como base do diagnóstico no ambiente ambulatorial. Em alguns casos, essa dificuldade se relaciona com a existência dos Institutos Básicos, que condicionaram uma separação mais marcada entre os ciclos básicos e clínicos. Entretanto, mesmo assim, em muitas instituições, além desses institutos, permanece uma etapa pré-clínica, na qual ainda é possível propor certo grau de articulação entre o conhecimento científico e a aplicação na prática assistencial. Por outro lado, a participação das disciplinas de ciências básicas no ciclo clínico pode proporcionar, no caso do Pró-Saúde, outra importante parceria com os serviços de saúde, oferecendo a possibilidade de utilização de uma série de exames complementares, mais complexos, normalmente não disponíveis na rede de serviços, incluindo técnicas bioquímicas, imunobiológicas, registros eletrônicos (ECG, EEG, etc.), provas funcionais, anatomia patológica, etc.

Hoje, pode-se observar nos cursos que participam do Pró-Saúde uma preocupação maior com a incorporação precoce do aluno nos centros assistenciais. Entretanto, na maioria dos casos, o que se vê, numa primeira etapa, são apenas estágios curtos de observação, com pouca ou nenhuma real participação do estudante, evoluindo esta incorporação para um nível de alguma atuação já em fases mais avançadas do curso, em geral durante a quarta série. Em princípio, esta orientação parece ainda tímida e certamente insuficiente para os ganhos que se pretende alcançar, sobretudo com a idéia de que esta experiência assistencial possa substituir a prática docente que antes ocorria nos hospitais universitários, em geral com certa concentração de patologia mais complexa e nem sempre prevalente na área de influência. As diretrizes, neste caso, advogam uma orientação destinada a diagnosticar e tratar as principais doenças, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido, bem como a eficácia da ação médica, respeitando o primeiro postulado das diretrizes educacionais, que enfatiza a parceria com o serviço para a indicação das prioridades locais.

Ainda nessa área, se destaca outro importante postulado das Diretrizes Curriculares, que tem se mostrado de difícil utilização no contexto do Pró-Saúde e que se refere a poder atuar no sistema hierarquizado de saúde obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência. Obviamente, esta condição está sujeita

ao grau de articulação que seja alcançado na parceria entre a academia e o serviço. O que se observa na prática, porém, é que, mesmo no âmbito dos serviços públicos, o sistema de referência e a central de marcação de consultas e internações nem sempre funcionam a contento, dando cobertura diferenciada aos distintos tipos de unidades assistenciais, sejam Centros de Saúde ou Unidades do PSF.

A parceria com os gestores do Sistema de Saúde cumpre outra importante função no contexto do Pró-Saúde, podendo facilitar o alcance de competências e habilidades propostas pelas Diretrizes Curriculares, que incluem a possibilidade de o aluno tomar contato com aspectos gerenciais, conhecer detalhes da legislação de saúde, considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população, e, em última análise, alcançar uma visão do papel social do profissional de saúde com disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde. Estas são áreas às vezes menos priorizadas na formação tradicional, que, aqui, diretamente no âmbito dos serviços, podem ser mais bem observadas.

ACOMPANHAMENTO E APOIO DOS MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO

A experiência anterior com o Promed nos ensinou que seria imprescindível não só o apoio financeiro para realizar as mudanças, como também maior interação com as escolas participantes, com a ajuda do grupo de consultores do Deges/SGETS/MS e da Sesu e Inep/MEC que vem orientando o programa em nível central e, inclusive, proporcionando oportunidades de intercâmbio entre as escolas, para melhor aproveitamento de diferentes abordagens que estas venham utilizando.

Com o Pró-Saúde, tratou-se, o mais precocemente possível, de visitar cada uma das escolas, com o objetivo de conhecer os líderes responsáveis pela implementação do programa, analisar com eles as orientações que se pretendia desenvolver, assegurar a articulação com os membros do Serviço de Saúde para permitir uma parceria realmente eficiente e conformar a Comissão Local de Acompanhamento com a participação de todos os atores envolvidos (docentes, gestores, profissionais do serviço, alunos e representantes do Conselho Municipal de Saúde).

Esta primeira visita a todas as escolas participantes realizou-se numa etapa muito inicial, quando, na maioria dos casos, os recursos financeiros estavam em processo final de transferência, e poucas ações haviam sido empreendidas pelos coordenadores dos projetos. Serviu, entretanto, para esclarecer uma série de dúvidas decorrentes de interpretações defeituosas das diretrizes do programa e permitiu ultimar a constituição da Comissão Local de Acompanhamento.

Posteriormente, a SGETS, dando o exemplo de uma iniciativa de parceria com a coordenação de serviços de saúde, promoveu, juntamente com a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, a realização do seminário internacional “Os desafios da Atenção Básica – graduação em medicina”, de 18 a 21 de julho de 2007, em Brasília. Para esse evento foram convidados o Conass, o Conasems e todas as escolas médicas participantes do Pró-Saúde, incluindo não só autoridades docentes, mas também a representação dos estudantes, dos gestores, dos Conselhos Municipais de Saúde e dos profissionais do serviço de saúde. O seminário foi aberto pelos ministros da Educação e da Saúde. O objetivo foi trazer a público uma visão ampliada das iniciativas que vêm sendo desenvolvidas em várias partes do mundo, realçando o papel da atenção básica, como se objetiva promover com o Pró-Saúde. Seminários semelhantes serão realizados para os cursos de Enfermagem e Odontologia.

Last but not least, na mesma linha de ampliar a interação com todos os programas participantes, a SGETS, como parte das atividades de acompanhamento do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, realiza os Primeiros Seminários Regionais do Pró-Saúde, de 13 de agosto a 3 de setembro de 2007, em Brasília, Fortaleza, Rio de Janeiro, Recife, Petrópolis, Curitiba, Porto Alegre, São Paulo, Campinas e Belo Horizonte. Participam dos seminários todos os projetos do Pró-Saúde de cada uma dessas regiões e experiências convidadas. Cada projeto envia representantes dos docentes e discentes dos cursos, das Secretarias Municipais de Saúde e dos Conselhos Municipais de Saúde ligados aos projetos que participaram de seleção pública e foram selecionados para o Pró-Saúde. Participam também os membros da Comissão Assessora do Programa, que conta com representantes do Inep/MEC e da Sesu/MEC. Nestes seminários, pretende-se fazer uma revisão do

progresso alcançado por cada projeto, bem como analisar as estratégias adotadas e as dificuldades.

Nesses seminários regionais, será dada ênfase especial à análise das modificações curriculares adotadas e ao grau de participação de cada disciplina, levando-se em conta as atividades em que efetivamente estejam participando os alunos de graduação, na relação com os serviços de saúde. Espera-se que cada projeto apresente as orientações adotadas pela Comissão de Acompanhamento (Comissão Gestora) e indique como vem funcionando o sistema de referência e contra-referência. Por último, se analisará como se está orientando o processo de avaliação, tanto dos estudantes como da implementação do Pró-Saúde em cada local.

Em cada local o seminário terá a duração de dois dias. No primeiro dia, será relatada a situação de cada projeto, e no segundo dia serão destacados e discutidos os pontos relevantes, segundo os eixos do Pró-Saúde: Eixo A – Orientação Teórica; Eixo B – Cenários de Prática; Eixo C – Orientação Pedagógica. Na última fase do seminário, serão tratadas as possibilidades de desenvolvimento futuro para os projetos. Portanto, no intercâmbio que se pretende promover entre os programas participantes de cada seminário, se tratará de identificar as questões que necessitam ser exploradas em maior detalhe, em relação a cada um dos três eixos do projeto, a fim de permitir uma inter-fertilização das orientações adotadas em cada uma das escolas presentes.

Destaca-se como instrumento importante para o programa a recente publicação do novo livro que trata dos objetivos, implementação e desenvolvimento potencial do Pró-Saúde, lançado no seminário internacional citado acima e que está disponível no endereço eletrônico www.prosaude.org. Por último, pretende-se dar continuidade às visitas a cada escola e estimular, a partir do intercâmbio descrito, o estabelecimento de um mecanismo de visitas entre os projetos, aproveitando-se abordagens de maior destaque entre as estratégias adotadas em cada programa, que eventualmente possam ser adotadas por outras escolas.

A título de conclusão, queremos destacar, utilizando a medicina como exemplo, o fato de que as Diretrizes Curriculares Nacionais e o Pró-Saúde, enquanto programa que busca promover a real implantação das diretrizes, diferenciam-se significativamente dos padrões tradicionais

da orientação flexneriana, rechaçam a utopia de uma medicina onipotente, que possa ao mesmo tempo alcançar uma **qualidade ilimitada**, com **total eficiência e completa equidade**. Sempre um dos três alcances poderá estar prejudicado para permitir que os outros dois sejam possíveis, o que implica a necessidade de um reajuste do conjunto de valores em que repousa todo o sistema (Callahan, D. 1990).

Daí a ênfase, que voltamos a destacar, na humanização do processo assistencial, a importância dos determinantes da saúde e a necessidade de valorizar a promoção e a prevenção, tanto quanto a usual preocupação com a cura, elementos que estão diretamente relacionados ao grau de eficiência que se alcance na parceria entre a escola e o serviço.

Na prática, torna-se fundamental entender que, se pretendemos alcançar eficiência e equidade, como proclamado na declaração de Alma-Ata, teremos que repensar alguns dos valores mais enraizados em nossa sociedade, como a possibilidade da escolha individual de necessidades individuais. Somente uma visão da coletividade poderá permitir assegurar a todos o direito à saúde, como indica nossa Constituição e que aqui queremos promover por intermédio da incorporação das novas Diretrizes Curriculares, com a ajuda do Pró-Saúde.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer n.º 1133 CNE/CES de 7 de agosto de 2001. Institui Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 3 out. 2001; Seção E, p.131.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pró-Saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, DF: MS; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 4 nov. 2005; Seção 1.
- Callahan D. What a kind of life: the limits of medical progress. New-York: Touchstone; 1990.
- Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JB, Cordeiro H, et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais das necessidades de Atenção básica. Rev Bras Educ Med. 2001;25(2): 53-9.
- Cury GC, Melo EM. Ensino baseado em pessoas: a experiência da mudança curricular de 1974 realizada pela Faculdade de Medicina da UFMG. Cad ABEM. 2006; 2(2): 46-8.
- Ferreira JR. Promed: da utopia à realidade. Bol ABEM. 2002; 30(6): 6-8.