

---

# APRESENTAÇÃO

---

O ano de 2008 tem sido marcado por diversas comemorações. No nosso caso, em especial, gostaríamos de ressaltar a dos 200 anos de educação médica no País, associada à dos 20 anos do nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), fundada em 1962, desenvolveu este ano diversas atividades que enfatizaram tais movimentos históricos, incluindo o I Congresso da Regional Rio de Janeiro/Espírito Santo, que tem como um dos produtos o atual Caderno da ABEM, e a realização, em outubro, do 46º Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem 2008). Estas duas iniciativas marcam os locais das duas primeiras escolas de Medicina no Brasil: Salvador e Rio de Janeiro.

Hoje, ao comemorarmos duas iniciativas importantes, uma referente à educação médica e outra à organização do sistema de saúde brasileiro, não poderíamos deixar de ressaltar, apesar de nem sempre valorizada, a relação que a formação médica e a das demais profissões de saúde mantêm com o nosso sistema de saúde – construído de forma democrática e participativa, voltado a melhor atender às necessidades da população.

O nosso SUS tem como uma de suas diretrizes o “atendimento integral com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988. art. 198). Esta expressão reflete uma imagem da configuração de uma situação que se quer imprimir, com ênfase na transformação de determinada realidade, ou seja, reflete algo que devemos buscar entender e construir, mesmo que a situação atual não se apresente da forma desejada.

Por outro lado, reforçando o que instrui o SUS, as Diretrizes Curriculares Nacionais afirmam: o formando egresso/profissional deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos e com base no rigor científico e intelectual, no processo de saúde/doença em seus diferentes níveis de atenção à saúde, 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.

A legislação referente à formação do profissional de saúde e à organização do nosso modelo assistencial é fruto de um processo de luta empreendida por diversos segmentos sociais que defenderam os ajustes considerando as necessidades sociais associadas às mudanças ocorridas no perfil demográfico e epidemiológico da população, a evolução científica e tecnológica ocorrida, as necessárias adequações do processo de trabalho acopladas a uma nova lógica de organização dos serviços de saúde e os avanços nos métodos ativos de aprendizagem para adultos.

Sabemos que o grau de sucesso do processo das inovações/transformações extrapola o uso de técnicas ou métodos. Consolida-se como resultante das diversas formas de se ver e estar no mundo, detectando as barreiras epistemológicas, psicológicas, culturais e sociopolíticas que a ele se opõem.

É necessário ajustar os modelos de ensino e de serviços de forma conjunta e concomitante. A associação das ações tende a facilitar o desenvolvimento do processo de mudanças. Na maioria das vezes, nem o modo de ensino nem o de atenção estão adequados. Podemos entender 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.

As propostas apresentadas, embora representem a postura legal, não são hegemônicas no ambiente das instituições de ensino e nem de serviços. É necessário um esforço dos diversos segmentos institucionais para que possamos avançar nas discussões e construir estrategicamente os novos caminhos das transformações da aprendizagem e do nosso processo de trabalho em saúde. Convocamos docentes, discentes, profissionais de serviços e representações sociais para, juntos, definirmos os caminhos a percorrer nos próximos 200 anos.

*João José Neves Marins*

**Diretor Executivo**

**Associação Brasileira de Educação Médica**

---

---

# SUMÁRIO

---

## ARTIGOS

Um Lugar para a História no Currículo Médico.....	6
<i>Flavio Coelho Edler</i>	
A Medicalização do Hospital no Brasil: Notas de Estudo.....	11
<i>Sérgio de Almeida Rego</i>	
O Laboratório de Habilidades na Formação Médica.....	16
<i>Lucia Pezzi</i> <i>Silvio Pessanha Neto</i>	
Diretrizes Curriculares, Certificação e Contratualização de Hospitais de Ensino: o Caminho se Faz ao Andar? .....	23
<i>Francisco Barbosa Neto</i>	
Formação em Medicina de Família e Comunidade .....	30
<i>Maria Inez Padula Anderson</i> <i>Ricardo Donato Rodrigues</i>	
Territórios de Aprendizagem: Trabalho de Campo Supervisionado do Curso de Medicina da UFF .....	38
<i>Lilian Koifman</i> <i>Veronica Fernandez</i>	
Análise sobre o Desenvolvimento de Cenários em Atenção Básica no Curso Médico da Faculdade de Medicina de Petrópolis/Fase/RJ .....	44
<i>Paulo Klingelhofer de Sá</i> <i>João Carlos de Miranda</i>	
Educação Médica na Faculdade de Medicina de Campos .....	50
<i>Jair Araujo Junior</i>	
Mudança Curricular no Curso de Graduação em Medicina UNIFESO .....	63
<i>Etelka Czako Cristel</i> <i>Luciana Maria Borges da Mata Souza</i>	
O Debate Necessário: a Importância da Extensão Universitária para a Formação Médica .....	69
<i>Regina Guedes Moreira Guimarães</i> <i>Maria do Carmo Ferreira</i> <i>Fabiana de Mello Villaça</i>	
Ensaio sobre as Relações entre o Ambiente de Trabalho e a Saúde dos(as) Trabalhadores(as) nos Serviços de Saúde .....	79
<i>Marisa Palacios</i> <i>Terezinha Souza</i> <i>Luciene Lacerda</i>	

---

# UM LUGAR PARA A HISTÓRIA NO CURRÍCULO MÉDICO

Flavio Coelho Edler<sup>1</sup>

Palavras-chave: História da medicina; Educação médica; Ensino-tendências.

---

## INTRODUÇÃO

O escopo dos estudos em história da medicina e da Saúde ampliou-se enormemente nas últimas décadas. Além das abordagens tradicionais, que punham em relevo a análise das teorias e práticas médicas, cirúrgicas e terapêuticas, os historiadores procuram, agora, abarcar as recentes contribuições metodológicas produzidas pela história cultural e pela história das ciências. O foco, antes centrado nos “grandes médicos” e nos “grandes feitos”, foi se ampliando em direção ao amplo contingente de personagens envolvidos com as ciências e as artes de curar. Por outro lado, há maior sensibilidade no aprofundamento de questões filosóficas e morais que a medicina levantou e continua a levantar. A suposição de que a história da medicina deveria ser contada como uma história da caridade e do progresso da Razão encontrou seus críticos. A atenção dada aos diferentes papéis sociais e culturais desempenhados pela corporação médica em diferentes épocas e lugares, bem como aos padrões de relacionamento entre médicos e pacientes, mediados por instituições formais e informais, permitiu reconstruir o passado médico de modo mais integral.

Embora tenha encontrado crescente espaço na grade curricular dos cursos médicos nos Estados Unidos e na Europa, no Brasil essa disciplina permanece restrita a poucas pós-graduações e basicamente residual na formação dos profissionais da saúde.

## QUAL O PAPEL DA REFLEXÃO HISTÓRICA NA FORMAÇÃO DO MÉDICO?

Os estudos pioneiros sobre a história da medicina foram escritos exclusivamente por médicos que se voltavam para o passado com a perspectiva de estabelecer uma narrativa que conduzia inexoravelmente à celebração da medicina vigente.

Presente no currículo médico ao longo de todo o século XIX, a disciplina História da Medicina ganhou novo prestígio no período de crescente assalariamento profissional que ocorreu a partir da década de 1950. Nessa ocasião, o desaparecido Instituto Brasileiro de História da Medicina foi protagonista de um amplo movimento cujo objetivo era a criação da disciplina História da Medicina e Deontologia Médica nas faculdades de Medicina, favorecendo, desse modo, a produção de uma série de estudos históricos originais publicados como livros ou artigos na *Revista Brasileira de História da Medicina* (1949-70).

A fabricação de tradições e filiações com um passado médico idealizado, em termos de uma progressiva afirmação de valores humanísticos e práticas científicas, bem como a criação de uma mitologia histórica em torno da “natural” identidade da medicina, como arte liberal que conjugava sacerdócio e ciência, mantinham estreita relação com a maneira pela qual os médicos daquele período percebiam sua inscrição num mundo social que começava a ameaçar seu *status quo*. O ensino da

---

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Rio de Janeiro, Brasil. edler@coc.fiocruz.br

história tinha como propósito reforçar uma identidade da medicina – como arte liberal – então ameaçada pela progressiva diferenciação em termos de prestígio e renda que a categoria começava a experimentar.

Esse movimento teve fôlego curto. O virtual desaparecimento da disciplina na década de 1970, reduzida a uma aula inaugural proferida na abertura do ano escolar, coincidiu com a profunda transformação da educação médica, que, por mais de meio século, afastou-se de sua original matriz humanística em direção a uma formação exclusivamente científica e técnica. Como aconteceu com outras profissões tecnocientíficas, tal divórcio deixou marcas culturais e compromissos profissionais que tornam o desejado diálogo entre o passado e o presente uma tarefa difícil.

No entanto, mesmo aqueles mais otimistas devem reconhecer que o progresso e os benefícios alcançados pela medicina nem sempre foram lineares, e mesmo seus objetivos, claramente discerníveis. Atualmente, é incontestável a percepção de tendências positivas em meio a questionamentos e denúncias sobre o papel das instituições e práticas médicas. Consultando os jornais diários ou a literatura médica produzida pelos especialistas, predomina a sensação daquilo que os sociólogos denominam anomia. A palavra crise é freqüentemente empregada para descrever as condições da assistência médica, a situação do mercado de trabalho, a educação médica, as relações do médico com seus pacientes e até as formas tradicionais de produzir evidências científicas.

A História da Medicina, com suas ferramentas conceituais de análise, tem produzido relevantes contribuições para o entendimento da gênese desses fenômenos e ajudado a avaliar atitudes e comportamentos específicos ao campo médico, relacionando-os com as realidades políticas, sociais, econômicas e culturais em transformação. A reflexão histórica tem auxiliado na percepção das condições estruturais mais profundas e na análise das forças sociais e tendências culturais que conformaram as práticas institucionais e as políticas de saúde contemporâneas. Ao mesmo tempo, ela ajuda a apontar as mudanças possíveis, os caminhos desejáveis e os compromissos éticos de cada um.

Uma das características mais salientes que a educação médica contemporânea imprimiu à formação médica foi uma atitude pouco reflexiva e questionadora na assimilação do conhecimento produzido pelos especialistas das

disciplinas básicas e das especialidades clínicas. Por outro lado, a interdisciplinaridade não foi uma ferramenta eficaz para conduzir a uma visão mais integral do doente, diante da avassaladora fragmentação do conhecimento médico que emergia dos diferentes nichos disciplinares. Os diagnósticos das patologias do ensino médico repetem-se como um estribilho nas últimas décadas, tanto em documentos oficiais como na produção teórica dos movimentos socioprofissionais que se empenham na superação de suas precariedades, no Brasil e no resto do mundo.

Que benefícios podem advir da introdução da História da Medicina e de outras disciplinas das Ciências Sociais no processo de formação dos médicos?

Os médicos estão, em geral, persuadidos de que muitas das categorias e conceitos que utilizam correspondem a objetos naturais. Deste modo, desde a simples observação e classificação de doenças até a definição de situações de risco ou a construção de protocolos clínicos tendem a ser validadas por espelharem uma realidade essencial. Dito de outro modo: a natureza intrínseca das coisas. Historiadores e cientistas sociais tendem a ser mais céticos. Para nós, objetos como corpo, gênero, doenças, raça e sexo possuem história. Suas representações científicas não são verdades eternas, nem a ciência médica é homogênea. Os médicos devotam-se com fervor às metodologias científicas que valorizam rigor empírico, precisão quantitativa e objetividade. A objetividade é entendida como independente das influências culturais ou históricas. Mais inclinada à abordagem positivista, a educação médica tende a problematizar pouco a relação entre fatos e teorias e a sancionar uma visão naturalística da causalidade.

As teorias sociais contemporâneas consideram que o dado quantitativo não tem validade especial independente do contexto histórico. Elas consideram que a primazia dos estudos quantitativos e da abordagem positivista é produto de processos históricos. As metodologias qualitativas, tão importantes nas disciplinas humanísticas, são tidas como duvidosas em termos de validade e geralmente são vistas como imprecisas, tendenciosas e perigosamente subjetivas.

Estas diferenças entre subculturas profissionais, ainda que grandes, podem ser muito criativas. A História da Medicina muito pode contribuir para elucidar os pressupostos teóricos e éticos presentes nas dinâmicas peda-

gógicas que, como no aprendizado dos protocolos clínicos, sancionam, sem problematizar, atitudes cognitivas, práticas institucionais e padrões de relacionamento com os pacientes e outros profissionais de saúde. Pôr em perspectiva os fundamentos da prática médica não equivale a assumir um ponto de vista relativista. Sublinhar os constrangimentos sociais, culturais e econômicos presentes nos processos cognitivos e nas racionalizações das condutas relacionadas com os protocolos diagnósticos e terapêuticos é contribuir para o esclarecimento do médico em relação ao seu trabalho.

Apesar do reconhecimento mútuo a respeito dos benefícios que o diálogo entre as ciências humanas e a medicina pode gerar em prol da melhoria da formação e atuação dos profissionais da saúde, temos assistido, nas últimas décadas, ao desenvolvimento de uma tendência paradoxal. Pelo lado das ciências do homem, consolidaram-se as áreas acadêmicas dedicadas ao estudo dos múltiplos aspectos que envolvem o âmbito da saúde e prática médica. Já estão estabilizadas, nas disciplinas de Antropologia Médica, Sociologia da Medicina, História da Medicina e Bioética, algumas noções interpretativas sobre os condicionamentos socioculturais, psicológicos, éticos e econômicos do processo saúde-doença, aos quais se somam relevantes descobertas sobre algumas das tendências e dinâmicas históricas específicas ao campo médico. Entretanto, esse conhecimento acumulado pelas ciências humanas permanece de acesso restrito, pois se esgota no circuito acadêmico interno a cada disciplina que privilegia o debate entre os pares. Pelo lado dos profissionais da saúde, é crescente o desconforto com as situações de trabalho em que estão envolvidos, em especial sua perda de autonomia e controle do processo de trabalho, que reforçam o sentimento de alienação e anomia. Dessa forma, gestores e profissionais da saúde reivindicam um instrumental crítico que os auxilie a ampliar sua compreensão sobre os processos sociais em que estão inseridos.

Entre as respostas institucionais de que nossas faculdades de Medicina podem lançar mão para garantir este diálogo está a inserção da reflexão crítica e humanística no processo de formação do médico. A História da Medicina, com seus novos conteúdos e abordagens, pode contribuir nesse processo. Tal orientação implica novos desafios didáticos e operacionais.

A Resolução do Conselho Nacional de Educação de 3 de outubro de 2001<sup>1</sup>, que instituiu as Diretrizes Cur-

riculares para o Curso de Graduação em Medicina, que regulam todas as instituições do sistema de educação superior do País, define em seu artigo 3º que o curso de graduação em Medicina tem como perfil do graduado:

*“um médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo 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.”*

E em seu artigo 5º, que trata das competências e habilidades que devem constar na formação do médico, aparece, no inciso VI, um neologismo que simboliza os desafios postos às instituições de ensino médico. O termo refere-se à tentativa do legislador de definir a natureza dos conhecimentos científicos básicos subjacentes à prática médica. De acordo com esse instrumento legal, para ter um raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas relativos ao exercício profissional e na sua resolução, seria preciso ao médico o domínio de seus fundamentos biopsico-socioambientais. Isto implica a aquisição de competências que são, em grande parte, objeto do trabalho pedagógico das Ciências Sociais, as quais, em conjunto, permitem a percepção das condições estruturais, forças sociais e tendências culturais que configuram o campo da intervenção biomédica nos múltiplos cenários da vida dos pacientes envolvidos no processo de adoecer e no da sua recuperação. Do mesmo modo, uma formação humanística, crítica e reflexiva conduz à contextualização dos valores, atitudes e comportamentos presentes na medicina, ao relacioná-los com as esferas políticas, sociais, econômicas e culturais, em constante mutação no mundo contemporâneo.

## **UMA PROPOSTA DIANTE DOS NOVOS DESAFIOS**

Enquanto a tendência contemporânea de investigação histórica da medicina e da saúde, escrita por e para historiadores profissionais, tende a reforçar uma sensibilidade historicista, atenta aos contextos socioculturais de cada época

e lugar, uma disciplina de História da Medicina direcionada à graduação em Medicina deveria, antes, problematizar o presente; torná-lo de algum modo mais estranho e complexo, olhando-o retrospectivamente. Não se trata, é claro, de atualizar a antiga proposta de narrar a História da Medicina como uma paródia do progresso humano, apresentando o passado pela lente do presente. Nem anacronismo, nem reificação da História, onde o presente se revela o ponto culminante de um processo necessário e racional.

O que nos propomos é apresentar aos alunos um panorama da história da medicina, sublinhando temas e processos históricos particulares ao campo médico, que reforcem uma perspectiva reflexiva e crítica da prática e da identidade contemporâneas da medicina. Para tornar interessante o estudo do passado médico aos estudantes de graduação, deve-se estruturar a disciplina em torno de uma questão nada ociosa: como chegamos até aqui?

Embora seus objetivos não sejam facilmente traduzíveis em termos de habilidades e competências, entendemos que a História da Medicina poderia armar o médico para: conhecer a origem e transformações das instituições ligadas à formação e assistência médicas e à saúde pública na história do Brasil; identificar a presença de múltiplas concepções de saúde, doença, cuidado e cura, e contextualizá-las histórica, cultural e socialmente, tendo em vista reconhecer e valorizar atitudes e valores presentes no discurso dos pacientes; problematizar, por meio do discurso histórico, a visão naturalista de corpo, gênero, raça, sexualidade, dor, vida e morte.

Esta proposta não se apresenta como uma nova panacéia para os problemas enfrentados pela formação médica, mas também não é um mero placebo. Um dos aspectos essenciais da prática médica reside no fato de que o médico se confronta não apenas com corpos e doenças, mas também com indivíduos que sentem, pensam e interpretam, que são, portanto, ativos numa relação administrada pelos médicos. Ora, a relação do médico com seu paciente não se restringe aos limites de um encontro singular – muitas vezes idealizado como uma espécie de psicodrama realizado por dois atores descontextualizados, com papéis atemporais –, posto que tal encontro tem sido sempre estruturado, ou melhor, determinado por condições econômicas, sociais, científicas e tecnológicas em constante mutação.

O que se espera é que uma imagem mais problemática das condições atuais da medicina, informada pelo seu

passado, habilite o médico a alcançar uma atitude eticamente informada nas situações de: serviço, envolvendo-o ativamente com as necessidades dos pacientes, em termos do acolhimento e da visão integral do processo saúde e doença; interação com os demais profissionais de saúde, reforçando a noção de equipe estruturada, em que as partes se complementam; aprendizagem, induzindo-o a ter uma postura crítica diante das inovações conceituais, técnicas e tecnológicas no campo da saúde; convívio com outros grupos sociais, desenvolvendo-lhe um senso de responsabilidade social e compromisso com os valores democráticos.

Entre os temas que conformam um conteúdo possível para essa disciplina destacamos:

- o estudo dos paradigmas médicos e terapêuticos (as diferentes concepções sobre o funcionamento do corpo humano e a natureza das doenças);
- as questões éticas e morais (não apenas a iatrogenia) pressupostas ou produzidas pela intervenção médica;
- os diferentes papéis sociais e culturais desempenhados pela profissão médica; a regulação do exercício da medicina;
- as prescrições higiênicas e sua relação com o controle social e a racionalização das condutas;
- as instituições ligadas à assistência médica, sua variedade e transformações (o cuidado médico e a evolução das práticas terapêuticas);
- as ações públicas em saúde; os modelos de atenção à saúde; a prevenção e controle das doenças coletivas;
- as transformações da educação médica; as diferentes formas de aprendizado: dos ofícios de curar à biomedicina; a institucionalização dos distintos modelos de conhecimento médico – como eram produzidos, validados e controlados;
- a evolução da tecnologia médica e sua relação com o apogeu e a crise da medicina liberal;
- as reformas sanitárias no Brasil: o modelo campañista; do sanitarismo desenvolvimentista ao Sistema Nacional de Saúde; o movimento sanitário e a construção do SUS;
- a crítica ao modelo médico-assistencial e a construção de um modelo alternativo de atenção à saúde; o PSF.

Minha experiência docente com alunos de graduação em Medicina na Unesa de 2002 a 2005 e com alunos de pós-graduação em História da Ciência e da Saúde na

COC/Fiocruz sugere que, independentemente do elenco dos temas a serem trabalhados com os estudantes, sua apresentação deve priorizar um modo de exposição sincrônico bem delimitado, definido em termos espaço-temporais. A escolha por apresentar os eixos temáticos transversais em períodos históricos sucessivos obedece a critérios pedagógicos, pois facilita a absorção dos conteúdos.

## **AGRADECIMENTO**

Gostaria de registrar que estas reflexões foram propiciadas pelos debates com o corpo de docentes da área de

Antropologia Médica da Faculdade de Medicina da Unesa, do qual participei a convite dos professores Adriana Aguiar e Hésio Cordeiro.

## **REFERÊNCIA**

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. [onlin]. Brasília, Brasil. [capturado]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>

---

# A MEDICALIZAÇÃO DO HOSPITAL NO BRASIL: NOTAS DE ESTUDO\*

Sérgio de Almeida Rego<sup>1</sup>

Palavras-chave: História da medicina; Hospitais; Casas de saúde.

---

Pretendemos neste artigo discorrer sobre o processo de medicalização,<sup>+</sup> do hospital no Brasil em comparação ao mesmo processo descrito por Foucault e Rosen para os hospitais da Europa. Para tal, optamos por descrevermos rapidamente o hospital europeu (e seu processo de desenvolvimento), fundamentando nas obras de Foucault e Rosen e então determo-nos, de forma comparativa, no hospital que se desenvolveu no Brasil e, em especial, nas casas de saúde privadas no Rio de Janeiro.<sup>1,2</sup>

Rosen destaca que “uma sociologia histórica do hospital requer uma descrição das condições políticas e econômicas, da estrutura social, dos sistemas de valores, da organização cultural e da mudança social em relação às condições e necessidades de populações nos diversos períodos históricos”.<sup>2</sup> Tal como este autor eximiu-se de realizar seu estudo com esta abrangência, nós também, por razões mais do que evidentes, deixaremos de tentar fazê-lo.

No caso brasileiro, nossa hipótese é de que são as chamadas casas de saúde privadas as pioneiras no processo de medicalização do espaço hospitalar, e destas o destaque a ser dado é a Casa de Saúde Peixoto, por ter sido a primeira do gênero. Apresentaremos aqui o início da transformação do hospital em uma organização terapêutica, tecendo hipóteses em relação ao processo de medicalização do hospital, buscando identificar traços comuns ao processo descrito por Foucault.

## O HOSPITAL EUROPEU

Consideramos oportuno assinalar algumas semelhanças, e outras diferenças, apontadas na bibliografia por nós consultada, entre o hospital oriental e ocidental, fruto de diferentes culturas e processos sociais.

Rosen, por exemplo, apesar de identificar que “a concepção de que era necessária assistência social em caso de doença ou outro infortúnio era altamente desenvolvida durante a Idade Média (...) tanto entre os muçulmanos e judeus quanto entre os cristãos” e que foram estas concepções, além das religiosas, que predominaram no desenvolvimento dos serviços hospitalares, aponta igualmente que, já no século XII, havia em Constantinopla um hospital onde sua organização demonstrava um grande cuidado com suas funções terapêuticas; aquele ligado ao Mosteiro do Pantocrator Salvador onde tanto a administração quanto a direção já eram de responsabilidade de médicos.<sup>2</sup> Por diversas razões, culturais e políticas, este modelo não prosperou no Oriente. Mas este é um tema para outro estudo.

Já nos hospitais da Europa Ocidental, cuja evolução Foucault discute em minúcias, verifica-se que sua medicalização se dá mais tardiamente, no século XVIII, sendo que “o primeiro fator da transformação foi não a busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas simplesmente a anulação dos efeitos negativos do hospital”.<sup>1</sup> Esta organização do espaço hospitalar já está presente na descrição que Rosen nos oferece,

---

\* Este artigo foi publicado originalmente na Revista Médica de Minas Gerais 3(1): 54-57, 1993. Republicado com autorização do editor.

<sup>1</sup> Médico, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS

<sup>+</sup> Entendendo-se por processo de medicalização do hospital as transformações que ocorreram na forma de organização hospitalar e que levaram o ato terapêutico a assumir o papel fundamental dentro das atividades hospitalares. Deixou de ser assistência moral e religiosa e passou a ser a assistência terapêutica. O poder no hospital deixou de ser das autoridades religiosas e passou a ser das médicas. Para melhor compreensão sugerimos consultar Foucault, Michel, *Microfísica do Poder* – Tradução de Roberto Machado, 7ª Ed, RJ, ed. Graal, 1988.

embora deixemos de ter uma análise mais aprofundada que nos permita compreender o processo ocorrido em Constantinopla e Bagdá.

O certo é que o hospital se caracterizou por longo período como instrumento da caridade religiosa, capaz de garantir aos pobres um lugar para morrer (com salvação de suas almas e a dos caridosos que deles cuidavam) além de promover a exclusão daqueles do meio social, onde representavam um risco em potencial, protegendo assim a sociedade.

Foucault aponta que as transformações que deram origem ao hospital com fins terapêuticos estão associadas às políticas de expansão comercial e de fortificação do poderio militar, peculiares ao Estado absolutista e ao mercantilismo. “Se os hospitais militares e marítimos tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar é porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nessa época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade”.<sup>1</sup>

Em relação às razões que determinaram a transferência do poder disciplinar ao médico, Foucault aponta que esta se dá devido “a uma transformação do saber e da prática médica”.<sup>1</sup> Para vislumbrarmos o impacto da medicalização do hospital na ordem da corporação médica, devemos recordar algumas questões relativas à prática em seu interior. Diversos autores já descreveram amplamente o antagonismo então existente entre os cirurgiões-barbeiros e os clínicos. A clínica sempre foi considerada uma atividade intelectual, valorizada socialmente, enquanto a cirurgia, trabalho manual, desqualificada na hierarquia social. O hospital, “na medida em que visava atender necessidades novas, impostas pelo Estado e pela sociedade em transformação, teve força para destituir o saber abstrato de seu posto de autoridade; e substituiu a velha hierarquia social das profissões médicas pela cooperação dentro de uma divisão técnica do trabalho”.<sup>3</sup> Para Nogueira, as diferenças entre as duas categorias passaram a ser, no hospital, apenas uma questão de indicação terapêutica.

## O HOSPITAL NO BRASIL

Tomando como referência os trabalhos de Costa<sup>4</sup> e Araújo,<sup>5</sup> é para nós possível traçar interessantes parale-

los entre a narrativa de Foucault e o desenvolvimento do hospital no Brasil.

Araújo demonstra que, durante todo período Brasil-colônia até meados do século XIX, a assistência médico-hospitalar no Rio de Janeiro esteve a cargo principalmente da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em conjunto com mais quatro unidades filantrópicas e uma militar. Assim como na Europa, “os irmãos-enfermeiros eram piedosos responsáveis pela assistência médica e nosocomial”,<sup>5</sup> sendo a assistência religiosa privilegiada, como demonstra o estatuto do Hospital dos Lázaros aprovados em 1776: “para assistir os enfermos, teria ‘um médico para fazer duas visitas por semana e um cirurgião para assisti-los continuamente’ e ‘haverá um capelão que deve assistir dentro dele, para acudir mais prontamente com os socorros espirituais aos miseráveis enfermos, e nenhum destes será recolhido ao hospital, sem que primeiro, por informações do Ver. Capelão, conste haver se confessado””.

As transformações ocorridas nos hospitais foram, nos dois trabalhos consultados, por nós identificadas inicialmente no Hospital Real Militar. Tal como Foucault, identificamos a disciplinização do ambiente hospitalar como a base das transformações que se seguiram. Araújo apresenta o seguinte quadro do hospital antes da instauração da disciplina com a designação de um médico para dirigir o Corpo de saúde do Exército (1812): “O recrutamento principal do Hospital Militar do Rio de Janeiro era feito entre os ‘presos, da pior espécie, perdoados pela munificência real; homens sem a menor noção de caridade, de honra, de humanidade e honestidade, eram recrutados como enfermeiros, serventes e cozinheiros do Hospital Militar!!!’ Crimes monstruosos, pelos motivos mais fúteis e banais, foram cometidos dentro do Hospital”.<sup>5</sup> As descrições disponíveis dos demais nosocômios, em especial da Santa Casa de Misericórdia, demonstram que este era o quadro existente em seu conjunto.

Em meados do século XIX, entretanto, as preocupações da elite dominante voltavam-se para o saneamento do porto e controle de epidemias, integrando-se à realidade do mercantilismo. Eram necessárias algumas medidas capazes de sensibilizar os europeus quanto à possibilidade de serem intensificadas as relações comerciais. Em 1849, “não possuíam, nem ela (a municipalidade) nem o governo Imperial, nenhum estabelecimento

hospitalar para assistir os doentes pobres da comunidade e receber os infectados dos navios em quarentena no porto, e os que adoeciam em terra que, por contagiantes, não podiam ser internados nos raros nosocômios de iniciativa privada em funcionamento”.<sup>5</sup> Isto só começa a ser equacionado em 1850, com a contratação da Santa Casa de Misericórdia para este fim e, posteriormente, com a construção de unidades específicas. Ainda não é a medicalização do hospital, já que seus objetivos são preponderantemente segregacionistas.

Araújo nos dá elementos para supor que, efetivamente, esta medicalização se deu através das chamadas “casas de saúde”, privadas, lucrativas. Este autor demonstra a perfeita identificação, pela população, do hospital como um lugar destinado a morte e que, por isso, os clínicos e, em especial, os cirurgiões, passaram a oferecer quartos de suas próprias residências como leitos para tratamento de enfermos, chamando-a de “Casa de Saúde”, contrapondo-se com a “ante-câmara da morte”, na boca do povo, o hospital. Estas casas de saúde constituíram-se nos embriões dos hospitais privados.

“Por muito tempo apenas os indigentes, os amparados pelas Ordens Terceiras, eventualmente os escravos e os ‘sem família’, expressão significativas de forasteiros e viajantes em trânsito que aportavam doentes ou que adoeciam em hotéis e pensões, eram usuários de assistência nosocomial na cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro. E, assim mesmo, forçados pelas circunstâncias e lamentando a desdita de terem de enfrentar todo o desconforto de riscos da hospitalização”.<sup>5</sup> Este autor ainda nos informa, referindo-se à criação das “casas de saúde” privadas que “alguns facultativos possuíam no próprio lar, além do consultório, dois ou mais quartos com idênticas finalidades”. Esta prática era expressamente proibida segundo as instruções das “Posturas da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, em 1832” (Sessão I – Saúde Pública – Título V):

“2º Fica proibido a qualquer pessoa tratar por negócio em sua casa, doentes sem licença da Câmara (...)

6º Em nenhuma Casa particular ou pública se receberá qualquer pessoa vinda de bordo de algum navio entrado no porto, sem que este tenha sido despachado pela visita de saúde: os que receberem tais pessoas pagarão 20\$ de condenação. E terão 8 dias de cadeia”.<sup>5</sup>

Essas recomendações não eram atendidas na época. Outras, mais rigorosas, foram estabelecidas em 1851 e 1876 com o mesmo objetivo. Apesar da ilegalidade, o sucesso dessas “casas de saúde” era tal que não deixaram de surgir novas, algumas inclusive se aventurando a inserirem anúncios nos “Almanak” dos Negociantes e do Comércio.<sup>15</sup>

Face à precária situação da assistência hospitalar no Rio de Janeiro, um jovem cirurgião, Dr. Antônio José Peixoto, doutor em cirurgia e medicina pelas Faculdades de Montpellier e Paris, encaminha “Representação” datada de 8 de agosto de 1840 ao governo imperial, solicitando apoio moral e financeiro para fundar na Corte um estabelecimento hospitalar. Esta “Representação” constituiu-se em uma interessante fonte de pesquisa uma vez que, tratando-se de um projeto de constituição de um hospital privado, oferece-nos elementos para uma melhor compreensão de sua organização e funcionamento, mesmo levando-se em consideração que ele não obteve um parecer de aprovação na Academia Imperial. Na justificativa apresentada pelo pretendente incluía a

*“insuficiência do único hospital (Santa Casa), que existe nessa corte, para o abrigo dos enfermos necessitados, que solicitam a philantrópica generosidade do Governo, sendo bem conhecida por V. M. I., excusado hé mostrar circunstanciadamente a necessidade e a utilidade de huma Casa de Saúde (...), onde se possa receber, não só as pessoas que aprouver o Governo mandar tratar, como aquellas, que, tendo falta de meios, não se podem tratar em casas particulares, e repugna-lhes entrar em hospitais de caridade.*

*Ninguém poderá negar; Senhor, que huma das primeiras necessidades da capital de hum Império, he a criação de hum asylo, onde, sem corar de vergonha, possam achar allivio aos seos males os militares inválidos, os empregados públicos (...), e aqueles provicianos e estrangeiros (...).”*<sup>6</sup>

O parecer da Comissão nomeada pela Academia Imperial de Medicina para examinar o projeto corrobora com esta visão da situação hospitalar ao assinalar que

*“huma Casa de saúde, estabelecida sobre as bases propostas pelo Sr. Dr. Peixoto, era, ha muito, o necessário e*

*esperado complemento dos hospitaes das ordens terceiras. A necessidade do titulo de catholico, e de affiliação à ordem, tornando esses pios estabelecimentos inacessíveis para hum grande numero de pessoas, e limitando singularmente sua utilidade, huma Casa de Saúde que aberta fosse a todos os homens, e a todas as crenças, fazia-se, no estado actual da nossa civilização, urgentemente necessária”.*<sup>7</sup>

O estabelecimento hospitalar que o Dr. Peixoto pretendia criar seria “semelhante a Maison Royale de Santé de Paris” tendo as seguintes características, entre outras:

- a. corpo clínico residente na Casa de Saúde, incluindo-se um diretor, um vice-diretor, um cirurgião e um farmacêutico. (Destaque-se outrossim, que o solicitante aceita a sugestão da comissão de ampliar o corpo clínico para dois médicos efetivos e um suplente, dois cirurgiões e um ajudante);
- b. cem leitos, dos quais 26 reservados ao governo;
- c. dez quartos para banhos com “duas banheiras para banho a vapor e duas para banhos sulphurosos”;
- d. haveria um Instituto Ginástico Ortopédico;
- e. doze leitos ortopédicos, sendo seis para senhoras;
- f. divisões capazes de impedir o contato entre pacientes de sexos diferentes;
- g. anfiteatro onde o Dr. Peixoto lecionaria um “curso completo de clínica cirúrgica e medicina operatória, praticando sobre o cadáver todas as operações conhecidas”. Neste anfiteatro seriam “praticadas as operações” que necessitassem os pacientes do estabelecimento.

Não tendo maior importância aos propósitos deste trabalho as razões que levaram a Academia a não aprovar o projeto, cumpre-nos destacar apenas que o Parecer da Comissão especialmente designada para este fim preconizava sua aprovação com algumas modificações. Os acadêmicos levantaram toda sorte de obstáculos às pretensões do Dr. Peixoto, dando maior destaque à observação de que o apoio do governo a este empreendimento interessaria fundamentalmente ao Dr. Peixoto, que receberia os benefícios financeiros por seu empreendimento. Outros problemas levantados diziam respeito a questões como a viabilidade de ser construído tal estabelecimento no curto prazo que o proponente

fixou - um ano. Os acadêmicos argumentaram que para isto ocorrer diversas normas da saúde teriam que ser desprezadas.

Mas, como dissemos, tais questões não são nosso maior interesse no momento, posto que, em meados de 1841, “convicto de que (...) não contaria com qualquer auxílio dos poderes públicos, planejou Peixoto uma associação da assistência médico-hospitalar, na qual cada sócio, contribuindo com a importância anual de cinqüenta mil réis, tinha assegurado o direito a serviços médicos sem outras despesas, e preços especiais para as intervenções cirúrgicas e internação em casa de saúde que seria instalada em prédio situado em aprazível chácara do bairro da Gambôa, depois de convenientemente adaptado”.<sup>5</sup>

No trabalho citado, identificamos a chamada “Casa de Saúde do Dr. Peixoto” como primeiro hospital com características que nos fazem reconhecer suas finalidades terapêuticas e, inclusive, lucrativas. Este estabelecimento foi até mesmo credenciado como “Hospital da Marinha Francesa”, responsabilizando-se por toda a assistência hospitalar aos marinheiros franceses lotados no Rio de Janeiro. Nesta unidade eram atendidos indivíduos de todas as classes sociais, inclusive escravos, segregados apenas pelo tipo dos aposentos (quartos para um só doente; para mais de um; enfermarias para livres e outra para escravos). Havia uma sala especialmente dedicada à cirurgia e, vale ressaltar, no dizer de Araújo, lá constituiu-se o “mais antigo e incipiente serviço de ortopedia que funcionou em nosso país. O sucesso que esta Casa de Saúde alcançou foi de tal monta que em 1853 a Junta Central de Saúde requisitou a Casa de Saúde do Dr. Peixoto para usá-la como hospital de emergência da zona portuária. Para tal, foi a Santa Casa de Misericórdia quem adquiriu todo o material médico-hospitalar e alugou o imóvel.<sup>5</sup> Em 2 de junho de 1853 a Santa Casa de Misericórdia inaugurava seu novo estabelecimento, a “Enfermaria da Gambôa, destinada a receber doentes de moléstias epidêmicas e contagiosas”.<sup>5</sup>

Em julho de 1853 o Dr. Peixoto parte para a França, de onde só vem a retornar em 1854, criando novo estabelecimento hospitalar, agora na Rua de Olinda, em Botafogo. Este nosocômio foi posteriormente vendido ao Dr. Eiras, passando a chamar-se Casa de Saúde Dr. Eiras.

Tendo sido o primeiro nosocômio a apresentar estas características (a primeira Casa de Saúde Dr. Peixoto),

parece-nos lícito supor que seu êxito influenciou na reorganização da Santa Casa de Misericórdia, cuja obra de construção do novo hospital só veio a ser concluída em 1876. O fato de ter sido adquirida pela Santa Casa é também forte indício da influência que deve ter sido na sua reorganização.

## CONCLUSÃO

Apesar das afirmações existentes no decorrer deste texto, especialmente no que diz respeito à Casa de Saúde do Dr. Peixoto, cremos que, à falta de maiores estudos e consultas de nossa parte, devemos considerar aqueles fatos apontados como interessantes hipóteses que deveriam ser testadas. Pelos indícios por nós encontrados, foi aquele nosocômio, mais tarde vendido à Santa Casa de Misericórdia, o pioneiro na transformação efetiva do hospital em um ambiente terapêutico. Realmente, uma boa hipótese para ser testada em uma pesquisa de fôlego.

Outro aspecto interessante seria investigar a forma de implantação dos convênios com as marinhas francesa e inglesa para atendimento médico na Casa de Saúde Peixoto e a experiência pioneira na tentativa de implantação do sistema de pré-pagamento das consultas médicas a que nos referimos no curso deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Foucault M. *Microfísica do poder*. 7 ed. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
2. Rosen G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
3. Nogueira RP. *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica*. Mestrado [Dissertação]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1977.
4. Costa V. *Alguns aspectos históricos e médicos do Recife*, Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 1971.
5. Araújo AR. *A assistência médica hospitalar no Rio de Janeiro no século XIX*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura; 1982.
6. Peixoto AJ. *Peças relativas a consulta do governo dirigida a Academia Imperial de Medicina, acerca do projecto relativa a huma casa de saúde*. *Rev. Med. Bras.* 1840:92-4.

---

# O LABORATÓRIO DE HABILIDADES NA FORMAÇÃO MÉDICA

Lucia Pezzi<sup>I</sup> Silvio Pessanha Neto<sup>II</sup>

Palavras-chave: Laboratório; Habilidades; Medicina.

---

O Laboratório de Habilidades representa uma alternativa de apoio pedagógico, atuando como uma atividade antecipatória das práticas de treinamento de habilidades com o paciente, preparando o estudante para o exercício técnico e intelectual de sua futura profissão, pautado nos preceitos da bioética.

Nos últimos anos, observamos o surgimento de um grande número de novos cursos de Medicina. Atualmente, são cerca de 180 escolas médicas disseminadas por todo o território nacional, distribuídas de forma bastante heterogênea, privilegiando algumas regiões em detrimento de outras, gerando uma demanda reprimida.

Para estabelecer um curso médico que garanta uma formação adequada, acreditamos ser necessário oferecer a esse grande contingente de estudantes um curso que apresente um projeto pedagógico inovador e docentes capacitados, além de uma assistência ambulatorial e hospitalar que atenda eficazmente a essa demanda. Devem se desenvolver estratégias pedagógico-administrativas que representem um diferencial nesse complexo mosaico, que retrata o atual cenário das escolas médicas em nosso país.

Uma vez que o produto final de cada instituição de ensino médico é, antes de tudo, um médico generalista, parece mais apropriado considerar que a educação médica na área clínica seja abrangente e integradora. O melhor caminho para determinar o campo de ação e os objetivos desta educação generalista é definir o perfil profissional e as competências esperadas para este médico que se deseja formar.

No Brasil, esse perfil e as competências estão bem definidos, desde 2001, nas Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, do Ministério de Educação e Cultura. O perfil do profissional proposto é de:

*“um médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em 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.”*

Essas diretrizes recomendam desenvolver tais competências a partir de práticas reais contextualizadas e construir as estratégias e metodologias utilizando essas práticas, experiências reais, que deverão ser construídas e vividas pelos estudantes e apresentadas de forma real ou em pacientes simulados para reflexão, com emprego de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, para compreensão e proposição de soluções<sup>1</sup>.

A educação médica permanece um desafio para professores, pesquisadores e planejadores de Saúde. A sociedade atual, em permanente mudança, requer que profissionais médicos sejam tecnicamente competentes, humanos e capazes de resolver problemas em diferentes contextos.

Como se adaptar a essas metodologias é o grande desafio para os professores das escolas médicas, em sua

---

<sup>I</sup> Médica; Mestre em Ciências Morfológicas pela UFRJ; Coordenadora Geral e Professora do Laboratório de Habilidades do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá; Professora da disciplina de Anatomia da Faculdade de Medicina da UFRJ; Coordenadora e Professora da disciplina de Anatomia do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá. Contato [lucpezzi@ig.com.br](mailto:lucpezzi@ig.com.br)

<sup>II</sup> Médico; Coordenador Adjunto e Professor do Laboratório de Habilidades do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá; Professor da disciplina de Anatomia e responsável pela disciplina de Habilidade de Comunicação do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá. Contato [drsilvioneto@oi.com.br](mailto:drsilvioneto@oi.com.br)

maioria formados por metodologias tradicionais, nas quais dominar o conteúdo era suficiente para ser um bom transmissor de conhecimentos, habilidades e atitudes médicas. Portanto, mais do que dar toda a informação necessária, o curso deve formar um indivíduo capaz de formular perguntas e de encontrar respostas.

Na década de 1960, o ensino médico vigente provocava insatisfações em muitas comunidades acadêmicas internacionais. Surgiram, então, algumas experiências bem-sucedidas de inovações curriculares em oposição ao modelo tradicional de currículo médico. Elas tinham em comum, entre outras características: ensino centrado no aluno, que tinha participação ativa no desenvolvimento de objetivos educacionais definidos; adoção da metodologia do aprendizado baseado em problemas; currículo integrado; desenvolvimento simultâneo do conhecimento e das competências; diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem e inserção precoce dos alunos em atividades profissionais. Essas inovações metodológicas e estratégicas do currículo médico propiciaram, na década seguinte, a criação de um cenário que pudesse viabilizar e sediar essas transformações: o Laboratório de Habilidades (LH).

O primeiro LH foi instalado em 1975, na Faculdade de Medicina da Universidade de Limburg, em Maastricht, na Holanda. Atividades acadêmicas eram desenvolvidas em função de um programa longitudinal para os diversos tipos de habilidades necessárias à prática médica. O ensino das habilidades era feito de maneira sistemática e controlada, havendo integração entre elas e com as outras atividades curriculares. Essa escola médica, criada em 1974, apresentava currículo inovador, fundamentado nos seguintes princípios: aprendizado baseado em problemas, teste de progressão, inserção precoce do estudante em atividades de atenção à saúde e desenvolvimento de atitude médica.

A necessidade estratégica de idealizar e criar um laboratório pioneiro, destinado ao treinamento de habilidades, teve vários fatores determinantes: o currículo da Faculdade de Medicina de Maastricht definia o treinamento das habilidades como parte integrante e essencial do todo. Na época, havia descontentamento originado pelo uso de pacientes na condição de meros objetos neste processo. O novo currículo preconizava, como princípio fundamental, a inserção precoce e efetiva dos estudantes nas atividades de atenção à saúde<sup>2,3</sup>.

Se entendido como um programa complexo e intrincado que associa diversas funções intelectuais e psicomotoras, o Laboratório de Habilidades funciona como um ponto de interseção entre conhecimentos básicos e avançados, promovendo a interação dos diferentes saberes para a construção de um pensar médico mais completo e menos segmentado. Durante as atividades em um cenário como esse, os limites são atenuados. Toda e qualquer contribuição do aluno é bem-vinda e não será demasiada nem capaz de trazer constrangimento, já que em geral o treinamento é simulado e pode ser reiniciado sem danos ao objeto do estudo.

No Brasil, o curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina realizou, em 1998, uma ampla reforma curricular, inspirada no modelo de Maastricht, com a instalação do primeiro LH do País. Quatro anos mais tarde, o curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro, que se estruturou sob um currículo inovador, inaugura seu Laboratório de Habilidades, seguindo as mais modernas tendências pedagógicas internacionais.

Desta forma, várias escolas médicas, baseadas na experiência que se instalava, se mobilizam para criar seus próprios Laboratórios de Habilidades. Observamos que, além da aquisição de diversos manequins, é necessária uma equipe dedicada e com capacidade para produzir metodologias para o desenvolvimento das mais variadas atividades práticas de integração básico-clínica.

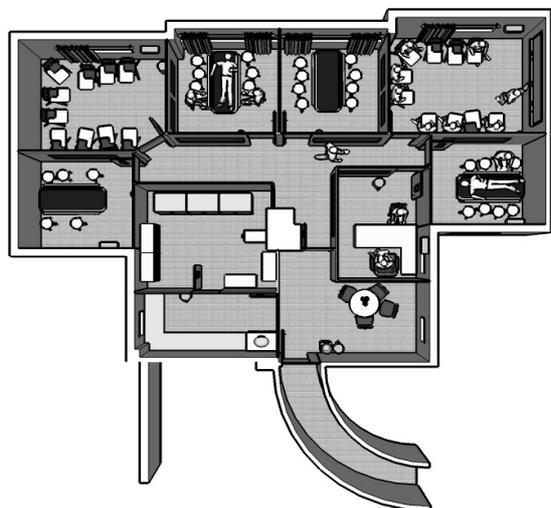
Entre os primeiros sinais de êxito dessa nova ferramenta de ensino, está a incontestável mudança da postura do aluno quanto à segurança com que executa ações médicas, desde a coleta eficiente e reflexiva da anamnese até a dissecação de uma veia profunda ou a realização de manobras de ressuscitação cardiopulmonar.

## **INFRA-ESTRUTURA PARA O FUNCIONAMENTO DO LABORATÓRIO DE HABILIDADES**

Para criar um Laboratório de Habilidades é necessária a concepção de uma planta que disponha de um espaço físico composto por várias salas pequenas (estações), separadas por vidros e interligadas, a fim de possibilitar treinamentos com no máximo oito estudantes, um professor e um monitor (Figura 1).

O mobiliário para cada sala deve ser constituído de macas, bancos, negatoscópios, quadros brancos e outros

acessórios que permitam simular desde cenários como um consultório médico a salas de um centro cirúrgico ou de uma unidade de terapia intensiva, por exemplo (Figura 2).



**FIGURA 1** – Planta tridimensional do LH da Universidade Estácio de Sá-RJ.

Outro passo fundamental é contratar funcionários para controle do acervo, que deve ficar guardado em local arejado e seguro, além de realizar manutenção periódica do mesmo.

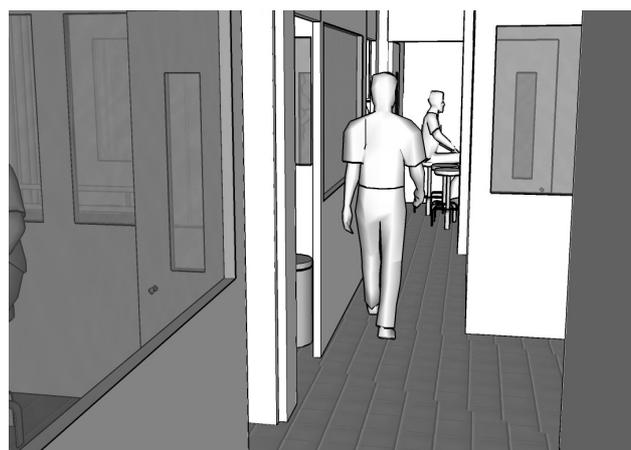


**FIGURA 2** – Treinamento de ventilação assistida.

Um dos maiores desafios é a formação da equipe docente, que deve estar afinada com a filosofia do método e pronta para avaliar possíveis mudanças em sua proposta pedagógica individual. Por fim, é indispensável formar uma equipe de monitores para auxiliar durante as aulas e avaliações.

A seguir, detalhamos cada um destes elementos.

Ainda que muitas instituições disponham de espaços preestabelecidos para a criação de seus Laboratórios de Habilidades, é necessária uma cuidadosa reestruturação desses espaços para viabilizar as atividades que ali serão realizadas. Alguns detalhes que parecem opcionais e dispensáveis são, na verdade, essenciais ao bom funcionamento das estratégias educacionais no LH. A concepção das salas com divisórias transparentes é um dos mais significativos. Para que o ambiente seja dinâmico e dotado de interatividade, como são na prática os cenários hospitalares e ambulatoriais, o aluno deve poder visualizar o cenário vizinho e desenvolver uma atitude de respeito e concentração na atividade que executa, sem que ações paralelas sejam capazes de desviar seu foco. Ainda nesse contexto, um espaço físico com esta concepção permite ao aluno observar que, muitas vezes, ações aparentemente desconexas fazem parte de um todo, já que o estudante muda de estação a cada etapa do desenvolvimento de suas habilidades (Figura 3).



**FIGURA 3** – Corredor de integração entre as estações práticas.

Entendemos que o espaço físico deve ser um importante aliado na realização das atividades do LH. É fundamental equipá-lo de forma a simular o ambiente ao qual o aluno será exposto após ou durante sua formação acadêmica. Assim, preparar um espaço em condições de ambientar o aluno diminui a possibilidade de este se sentir desconfortável ao executar ações em modelos ou manequins. Deve-se lembrar que o fundamento primário destas atividades não deve ser substituir o doente, mas garantir o treinamento de ações que possam ser sucessivamente repetidas para dar ao aluno maior segurança e postura ética quando estiver diante de uma situação real.

Um passo importante é a escolha do material a adquirir. Quais e quantos equipamentos e manequins serão suficientes para atender às expectativas da instalação de um Laboratório de Habilidades? O primeiro passo seria idealizar as estratégias que serão incorporadas ao LH inicialmente. Caso sejam relacionadas à propedêutica médica, por exemplo, estão disponíveis no mercado inúmeros simuladores que permitem o treinamento de ausculta normais e patológicas, palpções, etc. Se o foco for a Habilidade de Comunicação, inicialmente bastará adquirir um sistema de áudio e vídeo, além de mobiliário que permitam transmitir a imagem e som de uma sala (estação) onde um aluno entrevista um paciente simulado e de outra sala onde alunos acompanharão a anamnese e depois a discutirão com seus preceptores. Em suma, a compra do material será guiada pela disponibilidade da instituição e pelo foco que queira dar ao seu LH.

Recomenda-se a aquisição de vários modelos de manequins, nacionais e importados, para treinar todas as habilidades necessárias à formação do médico generalista, como punção venosa superficial e profunda, cateterismo vesical, toracocentese e exame ginecológico, entre outras. Simuladores computadorizados de alta tecnologia permitem alta fidedignidade do que reproduzem e grande versatilidade de uso, sendo mais bem utilizados no internato para simular cenários de trauma e de medicina intensiva. Também são indispensáveis equipamentos, tubos e cateteres para treinar as mais variadas habilidades<sup>4</sup> (Figura 4).

Sem dúvida, quanto mais amplo e completo o LH for, maior será sua participação no projeto pedagógico da instituição e maiores serão seus resultados. Hoje, um LH integrado e ativo pode estar inserido desde o início da formação, passar pela conclusão do curso médico e atingir a pós-graduação e os projetos de educação continuada aplicados a médicos com significativo tempo de formados. Os mais diversos centros universitários de habilidades e simulação, espalhados por diversos países do mundo, divulgam que o custo-benefício da criação de um LH é mais que satisfatório. Sabe-se que o treinamento em manequins e simuladores, após implantação plena do LH, é consideravelmente econômico, já que os equipamentos são idealizados para suportar um grande número de atividades e utilização por parte dos alunos. Além disso, muitas destas atividades, na ausência de um LH bem estruturado, seriam inviáveis, representando uma perda irreparável para a formação do aluno, que, muitas vezes, recorre ao treinamento em pacientes moribundos inter-

nados em hospitais públicos. Esta situação interfere profundamente na construção do caráter e na humanização do pensar e agir médicos deste aluno, que são de responsabilidade irrefutável da instituição que o formou.

Os docentes que atuam no LH podem, segundo critérios acadêmico-administrativos, ser exclusivos desta unidade de apoio pedagógico ou provir de outras áreas de atuação da escola médica, sendo necessário escolher um professor responsável pela coordenação da unidade.



FIGURA 4 – Equipamentos para treinamento de situação de emergência.

## PROGRAMA DE MONITORIA NO LH DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Para atender a demanda dos alunos nas aulas práticas do Laboratório de Habilidades, foi criado o programa de monitoria. Para eleger os alunos que iriam compor esta primeira equipe, foi publicado um edital para inscrição no concurso de seleção para monitores bolsistas (4) e não-bolsistas (12). Realizamos um curso preparatório com aulas teóricas e práticas. Na seleção dos monitores, utilizamos vários critérios – prova teórica, prática em manequins e simuladores, proficiência em inglês, noções de informática e entrevista – para avaliar o currículo e saber de sua disponibilidade para atuar no Laboratório. São cobradas dez horas semanais de carga horária, distribuídas em aulas práticas nas estações, tutorias realizadas de segunda a sexta-feira para revisão de toda a matéria dada, contribuição no preparo de material didático (roteiros de aula prática), auxílio aos professores durante as avaliações (em modelo de *checklist*), realização de pro-

jetos de pesquisa e elaboração de trabalhos científicos para publicação em revistas e congressos.

Preparar estes monitores representa um grande desafio, uma vez que sua atuação no LH é muito ampla. Muitas vezes, para auxiliar nas aulas práticas e avaliações, estes estudantes necessitam de conhecimentos e habilidades que integram conceitos básicos e clínicos desde a histologia, anatomia e fisiologia até a farmacologia, propedêutica e medicina intensiva. Como as atividades do LH vão se tornando mais complexas a cada passo do aluno dentro do curso, os monitores têm que estar preparados para todos esses momentos. No entanto, todos eles ainda são acadêmicos e precisam estar extremamente empenhados para garantir sua permanência nesse programa. Foi criado, então, um modelo de acompanhamento do rendimento do monitor no programa (cadernos de avaliação continuada dos monitores). Este controle permite visualizar a frequência dos monitores, verificar suas dificuldades e, mediante capacitações, dar-lhes condições de aprimorar seus conhecimentos e técnicas. Assim, garantimos um ensino mais homogêneo e equitativo.

## CRIAÇÃO DE ROTEIROS DE AULA PRÁTICA

Para que tenhamos um funcionamento harmônico do LH, é necessário criar alguns protocolos. Já que para cada aula existe um conjunto de equipamentos a utilizar, é fundamental criar e padronizar roteiros que conduzam a preparação e a realização da aula. Esses roteiros não apenas auxiliam na escolha do material, como também são ferramentas eficazes para o monitor e o aluno se guiarem quanto ao objetivo de cada aula (Figura 5).

A elaboração dos roteiros começa a partir de um levantamento bibliográfico feito pelos monitores e instrutores do LH a respeito do tema selecionado. São inseridos elementos indispensáveis ao roteiro, como a definição do procedimento a ser realizado, suas indicações, contra-indicações, manequins, equipamentos e materiais necessários, técnica para sua realização, complicações, tratamento das complicações e referências bibliográficas. Estes roteiros são revisados e atualizados constantemente pelos professores e, então, são distribuídos aos alunos, que assistem às aulas munidos deles. Esse método otimiza

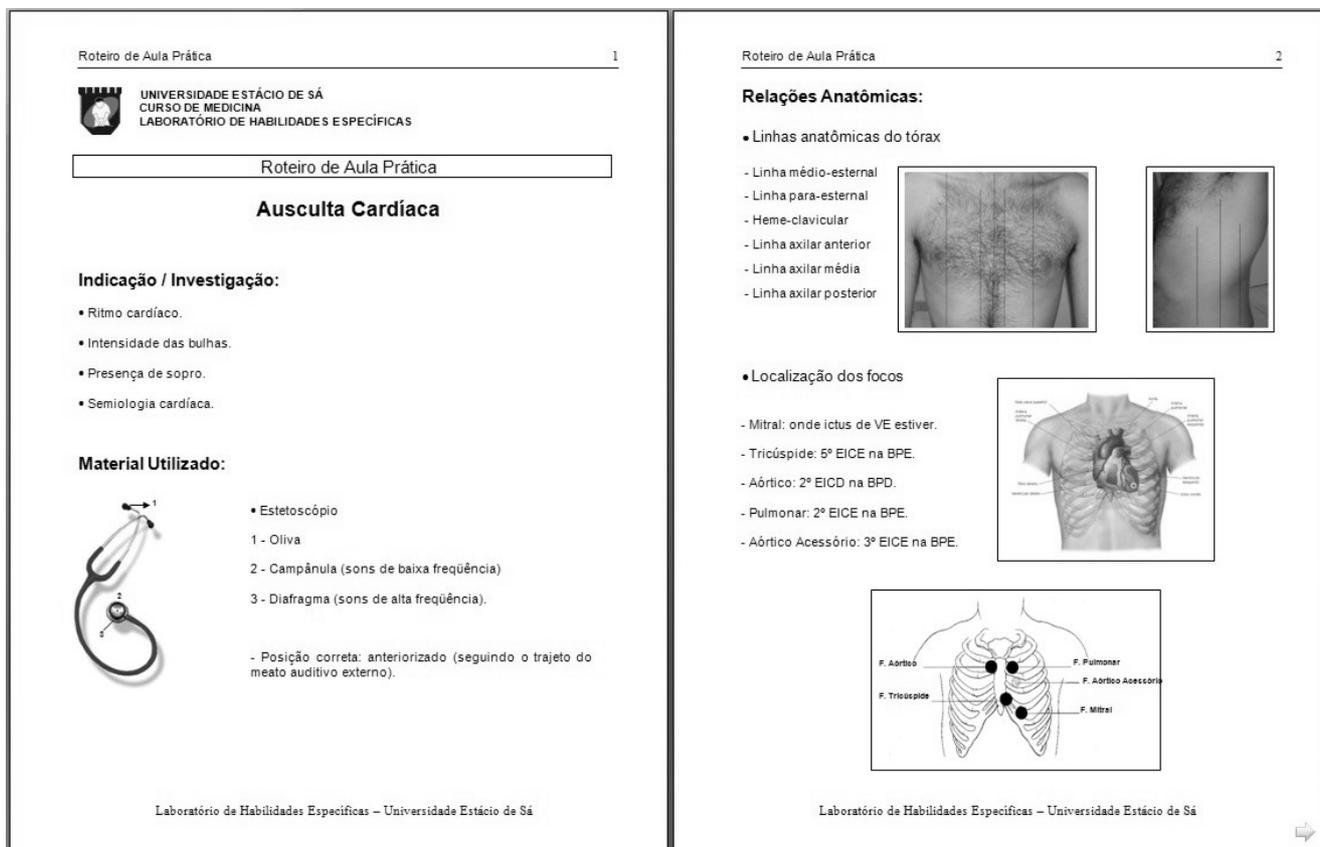


FIGURA 5 – Roteiro de apoio para a realização de aulas e avaliação no Laboratório de Habilidades.

o tempo, aumenta o interesse dos alunos, resulta em um entendimento maior dos procedimentos e unifica a linguagem para não haver diferenças durante as avaliações.

## HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO

Um das atividades de suma importância, que vem ganhando espaço no projeto pedagógico das escolas médicas, é o treinamento ativo e reflexivo da coleta de uma anamnese ética e eficiente. Muitos fatores motivaram a implantação de projetos que contemplem a inserção cuidadosa desta prática no aprendizado médico. Destacamos dois destes fatores que justificam a necessidade de dedicar a esse momento uma atenção especial. Em primeiro lugar, percebe-se que, em alguns casos, os primeiros contatos dos estudantes com a anamnese formal ou acadêmica, apesar de extremamente necessários e valiosos para sua formação, criam uma visão distorcida da importância do formato da entrevista para o médico em fases iniciais de seu curso. Muitos não vêem o real sentido da anamnese e optam por “decorar” o questionário, passando a utilizá-lo como um interrogatório impessoal. Outro fator fundamental é a incapacidade do médico, mesmo com alguns anos de formado, de conversar abertamente com seu paciente, informá-lo sobre sua patologia e lhe dar notícia sobre condições de gravidade e morte.

Desta forma, a partir da instalação de equipamentos adequados para monitorar a entrevista numa sala enquanto um grupo de alunos assiste a ela e depois discute com seus preceptores, a atividade foi incorporada ao currículo do curso. Essa atividade é realizada com pacientes reais, mesclados a pacientes simulados, que são previamente treinados e fazem parte de um grupo de teatro parceiro da universidade<sup>5,6</sup>.

No primeiro momento, selecionamos os alunos do sexto período do curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá, que durante o quinto período começam a treinar a coleta de anamnese nas enfermarias para ingressar na atividade de Habilidade de Comunicação. Nesta atividade, o aluno é convidado a refletir e des-trinchar cada passo do processo de coleta da anamnese, suas eventuais dificuldades e dúvidas sobre postura, conduta e raciocínio clínico. Analisando cada reação do estudante e do paciente, podemos produzir uma rica discussão sobre quais encaminhamentos deveríamos e poderíamos dar frente às diversas situações vividas pelo aluno durante a entrevista assistida (Figura 6).

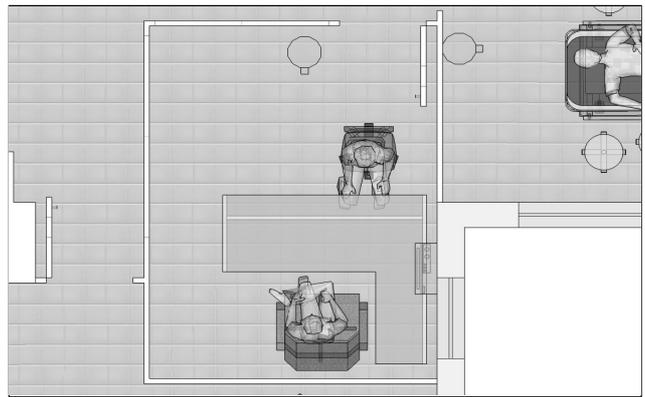


FIGURA 6 – Vista superior da sala de Habilidade de Comunicação.

Com essa interatividade, os alunos são expostos a diferentes contextos e começam a formar sua concepção individual de como agir e de que artifícios devem lançar mão para envolver o paciente, saber filtrar informações excessivas, despertar a continuidade do discurso no entrevistado e tornar sua anamnese mais rica, eficaz e prazerosa.

## AVALIAÇÃO NO LABORATÓRIO DE HABILIDADES

A avaliação pode ser *formativa*, quando se preocupa em entender se os passos intermediários necessários à consecução de um objetivo educacional maior estão sendo adequadamente cumpridos; e *somativa*, quando busca saber se um objetivo educacional maior foi ou não cumprido. A avaliação se resume em observar e confrontar os resultados obtidos com os previstos ou desejados<sup>7</sup>.

A avaliação prática de desempenho para estudantes de Medicina por meio do uso de pacientes simulados na forma de um teste objetivo foi descrita na literatura por Harden, Stevenson, Downie & Wilson. Este teste é chamado Exame Clínico Objetivo e Estruturado, conhecido pela sigla inglesa Osce (*Objective Structured Clinical Examination*). Sua popularidade tem aumentado internacionalmente, pois ele consegue medir competências clínicas que outras formas de avaliação não conseguem. Atualmente, esta avaliação é utilizada para certificação profissional pelo Conselho Médico do Canadá e pela Banca Nacional de Examinadores Médicos (NBM – National Board of Medical Examiners).

O Osce consiste num conjunto de estações cujo número varia dependendo das habilidades a serem examinadas. Cada estação consiste numa tarefa ou conjunto

de tarefas a serem realizadas individualmente pelos estudantes num tempo determinado. Algumas estações têm um avaliador que verifica as tarefas realizadas pelo estudante numa lista (*checklist*). Outras têm como avaliador o próprio paciente simulado. Algumas tarefas podem ser solicitadas: fazer uma história clínica específica, realizar uma parte específica de um exame físico, interpretar um exame de radiologia, identificar os sons cardíacos a partir de um simulador ou identificar um aspecto ético durante uma entrevista com um paciente, entre outras. Portanto, as estações podem ser construídas para avaliar não somente aspectos clínicos, mas também outras habilidades, como as de comunicação<sup>8,9</sup>.

O Osce já é considerado o padrão ouro (*gold standard*) para avaliação de desempenho também na área de pós-graduação<sup>10</sup>.

No LH de nossa instituição, realizamos uma avaliação de desempenho após cada módulo interdisciplinar. Por exemplo, quando o estudante do segundo período termina o módulo (PCI) de sistema respiratório, além de realizar uma prova teórica integrada (embriologia, histologia, anatomia, fisiologia e bioquímica), testes teóricos e práticos de cada disciplina, ele é avaliado individualmente em cada estação do LH quanto ao desempenho de competências, respondendo uma lista de verificação (*checklist*) de tudo o que foi demonstrado em aulas práticas e nos roteiros. São aferidos durante esta avaliação: o cognitivo (conhecimento), o psicomotor (habilidades) e o afetivo (atitude). Por fim, a nota obtida é utilizada e aplicada para a formulação da média final do estudante.

## CONCLUSÕES

Os Laboratórios de Habilidades e de Simulação, a despeito de todos os argumentos a seu favor como instrumento de ensino e treinamento médico, ainda têm uso muito tímido em nosso meio.

Novos paradigmas e estratégias educacionais, como esta, devem representar o foco principal para o avanço da educação médica em nosso país. Para aprender a clinicar efetivamente, os estudantes de Medicina e médicos devem ter acesso a essa importante ferramenta de ensino-aprendizagem que, inevitavelmente, fará parte do arsenal didático obrigatório de todas as escolas médicas e hospitais do Brasil (Figura 7).



**FIGURA 7** – Simulação de comportamento e postura em ambiente cirúrgico.

## REFERÊNCIAS

1. 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. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina.
2. Silva SS. Laboratório de habilidades no ensino médico. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. (Orgs). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABEM; 2004. p. 62-96.
3. Wind LA, van Dalen J, Muijtjens AM, Rethans JJ. Assessing simulated patients in an educational setting: The MASP (Maastricht Assessment of Simulated Patients). Med. Educ. 2004; 38: 39-44.
4. Issenberg SB, McGaghie WC, Hart IR, Mayer JW, Felner JM, Petrusa ER et al. Simulation technology for health care professional skills training and assessment. JAMA. 1999; 282: 286-6.
5. Good ML. Patient simulation for training basic and advanced clinical skills. Med. Educ. 2003; 37 (Suppl 1):14-21.
6. Lane C, Hood K, Rollnick S. Teaching motivational interviewing: using role play is as effective as using simulated patients. Med. Educ. 2008; 42(6):637-44.
7. Tapajós R. Os objetivos na educação médica. In: Marcondes E, Lima-Gonçalves E (Coords.). Educação médica. São Paulo: Sarvier; 1998. p.69-94.
8. Hordges B, Turnbull F, Cohen R, Bienesstock A, Norman G. Evaluating communication skills in the OSCE format: reliability and generalizability. Med. Educ. 1996;30(1): 38-43
9. Prislín MD, Fitzpatrick CF, Desirée L, Giglio M, Radechi S, Lewis E. Use of an objective structured clinical examination in evaluating student performance. Fam. Med. 1998 May; 30(5): 338-44.
10. Sloam DA, Donnelly MB, Schwartz RW, Strodel WE. The objective structured clinical examination: the new gold standard for evaluating post-graduate clinical performance. Ann. Surg. 1995 Dec; 22(6): 735-42.

---

# DIRETRIZES CURRICULARES, CERTIFICAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DE HOSPITAIS DE ENSINO: O CAMINHO SE FAZ AO ANDAR?

Francisco Barbosa Neto<sup>1</sup>

Palavras-chave: Diretrizes curriculares; Hospitais de ensino.

---

*In seed time learn, in harvest teach, in winter enjoy.*

WILLIAM BLAKE,  
*The Marriage of Heaven and Hell*

## INTRODUÇÃO

Abraham Flexner há um século revolucionou o ensino da medicina ao situar o hospital como cenário indispensável à formação do médico. O sentido social desta revolução, iniciada nos Estados Unidos e no Canadá e que se estendeu progressivamente a outros continentes, ainda gera polêmica<sup>1</sup>. Demonizado por muitos, relativizado por outros e devidamente contextualizado por poucos, o Relatório ou Informe Flexner adquiriu estatuto de documento de grande referência nas análises da educação médica<sup>2</sup>.

Michel Foucault situa no final do século 18 a transição do hospital como instituição de assistência aos pobres para um “hospital médico, terapêutico”<sup>3</sup>.

Um século após o início desta transição, o ensino da medicina ainda constituía um processo heterogêneo, que variava de um empirismo primário, com inúmeras incursões ao charlatanismo, até uma busca incessante de desenvolvimento de tecnologias do cuidado, ancoradas em conceitos anatomoclínicos, na emergente “teoria microbiana” e na cultura geral pela leitura dos “clássicos”<sup>4,5</sup>.

No entanto, o contexto socioeconômico e cultural para a implementação das recomendações de Flexner

não poderia ser mais favorável no primeiro quarto do século 20: as descobertas e invenções de Röntgen e Einthoven, a nascente indústria farmacêutica e de equipamentos, a disseminação da imprensa crítica e denunciadora, como um “quarto poder” emergente e, por que não dizer, a autoridade médica de Sir William Osler, que, já em 1900, afiançava que:

*na mente dos responsáveis por certos hospitais prevalece a noção estúpida e errônea de que a presença de estudantes é prejudicial aos interesses do paciente. É exatamente o contrário (...) Eu iria mais longe e diria que nenhum hospital pode desempenhar completamente sua missão se não for um centro de instrução de estudantes e médicos*<sup>6</sup>.

## A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

No Brasil, os hospitais das Santas Casas de Misericórdia albergaram professores e alunos numa frágil simbiose até o início da II Guerra Mundial. “Porque não se articulavam, convenientemente, os objetivos educacionais da escola médica aos objetivos assistenciais do hospital, a partir de certo momento surgiram e tomaram corpo conflitos muito sérios entre as duas instituições”<sup>7</sup>.<sup>\*\*</sup> Esta situação tornou-se crítica após o término do conflito mundial em função do grande desenvolvimento da ciência médica,

---

<sup>\*</sup> Citado por Comissão de Ensino Médico (Documento nº 2): *Ensino médico e instituições de saúde*, 1974, DAU/MEC in Documentos do Ensino Médico – MEC, 2ª Edição, Brasília, 1982.

<sup>\*\*</sup> Citado por Comissão de Ensino Médico (Documento Nº 5): *Hospital de ensino – Diretrizes para seu funcionamento*, 1979. Documentos do Ensino Médico – SESu/MEC, 3ª Edição, Brasília, 1989.

<sup>1</sup> Professor da Universidade do Grande Rio, Rio de Janeiro, Brasil. [chibarnet@gmail.com](mailto:chibarnet@gmail.com)

da indústria farmacêutica e de novos equipamentos disponibilizados no mercado dos países industrializados a um custo inacessível às mesas diretoras das Santas Casas. Não tardou o surgimento de lideranças acadêmicas que reivindicavam a construção de hospitais de clínicas próprios para suas escolas médicas.

Nas duas décadas que se seguiram a 1945, iniciou-se a construção de muitos hospitais de clínicas para as faculdades de Medicina, assim como a destinação de outros hospitais gerais para cumprirem este papel. Antecipando-se aos custos crescentes do ensino médico, o legislador educacional buscou evitar a demanda por recursos de custeio hospitalar ao dispor, na Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, alínea a do parágrafo 2º do artigo 93, que “não são consideradas despesas com o ensino: as de **assistência social e hospitalar, mesmo quando ligadas ao ensino**” [grifo nosso]. É possível que tal diretriz tenha reforçado mais ainda uma cultura acadêmica de dissociação ensino-serviço, com a falta de compromisso de grande parte dos docentes com os custos crescentes da assistência médica, assim como a percepção mantida de que pacientes eram meros objetos de ensino.

A entrada em funcionamento de muitos hospitais-escola na década de 1960, sem definição da origem dos recursos para sua sustentabilidade, coincide com a primeira grande explosão de abertura de novas escolas médicas, o que, em consequência, implicaria novos hospitais-escola de acordo com o paradigma vigente. O legislador do regime autoritário lança mão de dispositivos restritivos no Decreto-Lei nº 63.341, de 1º de outubro de 1968, que dispõe:

*Evitar-se-á a construção de novos Hospitais de Clínicas. Os alunos que se destinarem ao ciclo profissional poderão prosseguir sua formação em unidades não necessariamente pertencentes às Universidades, mas por elas utilizadas mediante convênios (...) aos já existentes, o INPS deverá reservar quota substancial de seus convênios.*

A receita de crise dos hospitais de ensino continuou sendo prescrita.

Em 1971, foi criada no âmbito do MEC a Comissão de Especialistas do Ensino Médico, coordenada pelo professor Roberto Figueira dos Santos, da UFBA, com a finalidade de analisar a complexa situação acarretada pelo crescimento exponencial do número de escolas

médicas – de 31 escolas em 1962 para 73 em 1972 –, além do grande aumento do número de ingressantes em muitas outras. Além disto, a situação do internato e da residência médica, ambos carecendo de regulamentação, a relação da escola médica com as instituições de saúde e a indefinição de uma política do MEC para os hospitais de ensino ampliaram, também, a agenda da Comissão<sup>8</sup>. Nos 16 anos seguintes, a Comissão produziu seis documentos de grande relevância para a compreensão do ensino médico no Brasil e de suas consequências, mas com baixo impacto nos processos decisórios do MEC e das políticas públicas da educação e da saúde.

## O ESBOÇO DE UMA POLÍTICA

Em 1974, surge a primeira tentativa de uma política para os hospitais de ensino, com as primeiras assinaturas do Convênio MEC-MPAS, o então denominado “Convênio Global”, que envolvia tanto internação como atendimento ambulatorial<sup>9</sup>, num contexto em que Juan César Garcia, na América Latina, e Carlos Gentile de Melo, no Brasil, propugnavam por uma aproximação da educação médica com o sistema de saúde, ambos defendendo posições contra-hegemônicas, mas de grande visibilidade para muitas lideranças acadêmicas.

Em 1º de setembro de 1977, com o agravamento da crise previdenciária, reformula-se o MPAS com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) – Lei nº 6.439, de 1977 –, com vinculação das seguintes autarquias, fundações e empresa estatal: lapas (administração patrimonial e arrecadação previdenciária); INPS (previdência e benefícios); Inamps (assistência médica previdenciária); Funabem e LBA (assistência social) e Dataprev (empresa de processamento de dados)<sup>10</sup>.

Em 2 de setembro de 1981, aproximando-se o apagar das luzes do regime autoritário, o Decreto nº 86.329 institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), que desempenhou um importante papel na reorientação da política de saúde ao implantar as Ações Integradas de Saúde (AIS) e suas instâncias de encontros formais entre as instituições responsáveis por atividades de atenção à saúde, entre elas as Instituições de Ensino Superior: escolas médicas isoladas e universidades<sup>11,12</sup>.

## OS HOSPITAIS DE ENSINO E A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A estratégia das Ações Integradas de Saúde foi mantida e aprofundada no período de redemocratização do País apesar de suas ambigüidades e, enriquecida pelas deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, desembocou no Programa do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) em 1987, um verdadeiro embrião operacional do SUS.

Esta rápida e sintética descrição da sucessão de eventos da Reforma Sanitária Brasileira é de suma importância, pois traz em seu bojo a segunda tentativa de formulação de uma política para os hospitais de ensino, por intermédio da Portaria Interministerial MEC/MPAS nº 15, de 22 de maio de 1987, que estabeleceu, no âmbito do Convênio MEC/MPAS, critérios e parâmetros para a aplicação do Índice de Valorização de Desempenho (IVD) – índice exclusivo para os hospitais de ensino e composto pelo somatório do Índice de Valorização Hospitalar (IVH) com os Índices Adicionais de Valorização (IAVs). Estes consistiam em incentivos indutores para os hospitais de ensino (e as escolas médicas) pautarem atividades extramuros (como o internato rural, por exemplo), integração à rede regional de serviços e realização de procedimentos de altos custos, incorporação tecnológica e avaliação tecnológica em saúde (ATS). Também delegou à Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan), instância máxima de deliberação das AIS, constituída pelo secretário geral dos Ministérios da Educação, da Previdência, da Saúde e do Trabalho, a atribuição de classificação dos hospitais universitários e de ensino para a adequada aplicação dos índices. Apesar do escopo mais ampliado desta política, poucos hospitais de ensino foram alavancados por ela, sendo que alguns destes com nítidas distorções<sup>13</sup>.

Um dos instrumentos de planejamento do Suds para ampliar o envolvimento e a inserção orgânica das instituições de ensino no projeto unificante foi o processo denominado Programação-Orçamentação Integrada (POI), que, a título de integrar os hospitais de ensino e as universidades, assim dispôs:

*A participação institucional do MEC nas atividades de desenvolvimento de recursos humanos, integração docente-assistencial, assessoria técnica, pesquisa opera-*

*cional, acompanhamento e avaliação do SUDS deve somar-se à sua integração nas atividades de prestação de serviços de saúde, peça fundamental para a consolidação do sistema. Assim, as instituições prestadoras de serviços de saúde vinculadas ao MEC deverão se integrar cooperativamente às demais unidades componentes da rede de serviços, explicitando seu caráter de ensino e pesquisa bem como seu papel assistencial no sistema prestador de serviços, na região onde está inserida* 14.

A Carta Magna de 1988 dispôs o preceito fundamental da “saúde como direito de todos e dever de estado”, estabeleceu princípios e diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde e definiu como uma das competências do Sistema: “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. Este espírito da lei deveria ser um forte estímulo à inserção automática dos hospitais de ensino no SUS. Mas não foi o que ocorreu. Com raras exceções, os hospitais de ensino não se perceberam como parte indissociável do SUS, com papel protagônico em sua construção e consolidação; pelo contrário, não raro se situaram ao largo do sistema, freqüentemente o tratando como uma “repartição burocrática” ou como um mero “comprador” (e mau pagador) de serviços médicos. Este comportamento chegou a ser denominado “inampização do SUS”, uma referência à autarquia Inamps prestadora e compradora de serviços médicos para segurados da Previdência Social. Por outro lado, os gestores do Sistema negligenciaram a atribuição de “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”, não procurando nos hospitais de ensino e nas instituições de ensino, de modo geral, uma estratégica aliança para desenvolver esta competência. Pelo contrário, trataram os hospitais de ensino como prestadores mais dispendiosos e infensos aos mecanismos de controle ou aos interesses do grupo político no poder.

O artigo 45 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, procura regular a inserção dos hospitais de ensino, assim dispendo:

*Os serviços de saúde dos Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas Instituições a que estejam vinculados.*

Este dispositivo, comemorado como uma grande conquista por dirigentes de hospitais de ensino e pela infante Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue), resultante direta de pressões e lobbies junto a parlamentares, reforçou, na prática, ao lado das várias autonomias garantidas, o efeito colateral da autonomia assistencial, bastião de resistência à regulação ampla do hospital pelo SUS.

Em 1991, ocorreu a terceira tentativa de estabelecer uma política para os hospitais de ensino com a criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde (Fideps), através da Portaria SNAS/MS nº 15, de 8 de janeiro de 1991, que incidia apenas sobre a receita das internações, em duas faixas apenas: 25% e 50% sobre o faturamento de internações. De maneira muito sucinta, procurou-se estabelecer os critérios de acesso a estas faixas. Posteriormente, uma terceira faixa foi adicionada (75%) e critérios mais numerosos e detalhados foram explicitados (Portaria Conjunta SESu/MEC-SAS/MS nº 1, de 16 de agosto de 1994). O enquadramento de cada hospital a cada faixa de índice do Fideps era efetivado num processo relativamente sumário e cartorial<sup>15</sup>. As distorções deste processo não tardaram a se acumular, assim como este adicional, que deveria ser aplicado fundamentalmente no apoio ao ensino e à pesquisa, especialmente em investimentos, passou a fazer parte do custeio geral, subvencionando as iniquidades das tabelas de procedimentos e outras disfunções gerenciais.

## EMPURRANDO A CRISE PARA O NOVO MILÊNIO

A transição do milênio encontrou os hospitais de ensino em franca crise institucional, de sustentabilidade, de identidade, de hegemonia e, até, de legitimidade, na assistência, no ensino, na pesquisa e na gestão. Muitos iniciaram o século 21 apresentando dívidas superiores a R\$ 10 milhões. Outros, com serviços desativados por carência de recursos humanos e materiais. O movimento Cinaem (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico), a nova LDB\* e as Diretrizes Curriculares Nacionais, aliados à Reforma Sanitária Brasileira,

\*Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei Darcy Ribeiro), que "estabelece as diretrizes e bases da educação nacional".

deslocaram, conceitualmente, o hospital de ensino de sua privilegiada centralidade como cenário de formação médica. Ainda que mais retórica que prática. Fundações de apoio aos hospitais de ensino, muitas criadas nos anos 1970 e 1980 como estratégias de sobrevivência ou de "agilização administrativa", passaram a sofrer cerrado cerco por parte dos Sistemas de Controle do Público (Auditorias Ministeriais, TCU, TCEs, Ministério Público, etc.)<sup>16</sup>, além de corporações internas, grupos organizados vinculados ou não a partidos políticos ou sindicatos e até manobras oposicionistas internas, especialmente em períodos eleitorais.

Com dez anos de atraso em relação ao movimento interinstitucional que proporcionou um clima de preparação para mudanças nas escolas médicas (Cinaem/Abem) e mais de vinte anos de atraso em relação ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira, se tomarmos o final dos anos 1970 e o início dos anos 1980 (Cebes, Abrasco, Prev-Saúde, AIS, etc.) como marcos iniciais deste processo, a Abrahue desencadeou um processo mais sistêmico de alianças estratégicas, visando buscar soluções para a crônica crise dos hospitais de ensino.

Seria de todo injusto não reconhecer que, já na segunda metade dos anos 1990, lideranças dos hospitais de ensino buscavam reorientar a estratégia solitária e isolacionista de reuniões em gabinetes de autoridades governamentais na busca desesperada por emendas parlamentares, procurando atuar em fóruns mais abrangentes – Conselho Nacional de Saúde, Frente Parlamentar da Saúde, reaproximação com a Abem, Conass e Conasems –, além da realização de oficinas de trabalho em busca de soluções mais coletivas para questões comuns. Instâncias jurídicas e de controle administrativo desempenharam importante papel ao pressionarem por soluções.

A abrangência destes movimentos, o contexto político, econômico e social, as mudanças impulsionadas pelas diretrizes curriculares da área da saúde, programas indutores de mudanças curriculares (Promed, Pits, entre outros) e as consistentes críticas ao ensino médico centrado nas enfermarias, aliados às disfunções gerenciais e desvios funcionais de muitos hospitais, criaram as condições de aproximação formal de ministérios mais diretamente envolvidos e entidades que ao longo do processo se comprometeram a construir soluções para a crise.

Em 12 de maio de 2003, a Portaria Interministerial nº 562, assinada pelos ministros de Estado da Educação,

da Saúde, do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Ciência e Tecnologia, constituiu uma ampla “Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor”. Além de diversos representantes de cada um dos quatro ministérios (em função das secretarias envolvidas), faziam parte desta Comissão representantes do Conselho Nacional de Saúde, Conass, Conasems, Abrahue, Andifes, Abruem, Abem, ABEn, Denem e da Executiva Nacional de Estudantes de Enfermagem\*. Foi garantida à Comissão “uma atuação ampla, com autonomia para determinação de subgrupos, de acordo com o tema e a necessidade de trabalho”.

O trabalho da Comissão resultou na proposta de uma política mais abrangente para a rede de hospitais de ensino, denominada “Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde”, com variantes em função do vínculo ou da natureza jurídica do hospital. Portarias interministeriais MEC/MS e do próprio Ministério da Saúde desenharam um arcabouço de implementação desta nova política, substantivada nos termos: certificação e contratualização dos hospitais de ensino\*\*.

Até o segundo semestre de 2007, 213 hospitais em todo o Brasil haviam solicitado certificação como hospital de ensino, 7 aguardavam avaliação da documentação para dar início à visita *in loco*, 139 foram certificados como hospitais de ensino, 11 se encontravam em “termo de ajuste”, 25 não foram certificados, 31 sem condições de visita ou documentação incompleta. Dos hospitais já certificados, 108 efetivaram a contratualização até agosto de 2007 (fonte: SAS/MS).

## PARADOXOS NA CAMINHADURA: DURA CAMINHADA

*Amplia o espaço de tua tenda e nela  
Estende teus tapetes, pois há de te  
Locomover em todas as direções.*

ISAIAS

\* Reformulada em 19 de outubro de 2007 pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPOG/MCT n° 2.689.

\*\* Portarias Interministeriais MEC/MS n° 1.000, 1005 e 1006, e Portarias MS n° 1.007 e 1.702 (todas de 2004), posteriormente reformuladas e condensadas nas vigentes Portarias Interministeriais n° 2.400 e 2.401.

A Reforma Sanitária Brasileira manteve o hospital de ensino no “olho do furacão da crise da saúde”. Justa punição para quem entregou o “fogo das doenças dispendiosas” aos mortais do sistema. Qual Prometeu acorrentado, o “abutre dos custos” vem devorando seu “fígado de paradoxos” que insiste em regenerar em um país de famintos e doentes. Imobilizado pelas “correntes do anacrônico modelo gerencial”, debateu-se inutilmente ao longo dos anos. Nem os “elos da cadeia” serviram de metáfora para superar seus grilhões. Solitário, qual Sísifo, seu espírito empurrará montanha acima a rocha, que rolará de volta nas crises recorrentes.

Durante décadas, paradoxos alimentaram a crise dos hospitais de ensino. Construídos e constituídos historicamente como “um palácio da morte e da doença”, passaram a ser instados, nos dois últimos séculos, a “recuperar a saúde e a ensinar como”. Uma verdadeira “conspiração de paradoxos” cerceou seus movimentos ao longo dos anos. Seus recursos de sustentabilidade sempre foram escassos, mas os desperdícios em seu interior sempre foram enormes. Sua estrutura organizacional é das mais complexas na sociedade (só comparável à de um grande aeroporto, segundo Peter Drucker), mas, na prática, se apresenta mais “como um conglomerado de grandes e pequenas rodas girando isoladamente no vazio” (recuperando aqui uma imagem de Marcos Kaplan para a administração pública). Para gerir a multiplicidade e diversidade de demandas e recursos técnicos e tecnológicos, com frequência, se improvisa seu corpo gerencial, ora por eleições corporativas, ora por “serem amigos do rei”. Seus docentes, em quase todos os períodos letivos, insistem em afirmar a seus alunos que “medicina se aprende no ambulatório”, mas preferem ensinar nas enfermarias ou nas salas de aula. Com grande frequência, seus docentes repetem aos “aprendizes de feiticeiros” o velho aforisma de que “não existem doenças, mas, sim, doentes”, porém só falam sobre doenças, dão aulas sobre doenças e, quando em presença dos “doentes” nos rounds, muitas vezes só dialogam com suas doenças. Esta série de paradoxos dá a impressão de que o problema é inerente ao hospital de ensino: cultural, administrativo, equívocos históricos, subproduto do anacronismo, etc.

Vejam, então, um bastante abrangente, do próprio rizoma do SUS: “saúde é um direito de todos e um dever de Estado”, portanto, “um bem público”. Contudo, durante todos estes anos de SUS e de relação de seus

gestores com os hospitais de ensino, o tratamento dado à atenção à saúde proporcionada por estes hospitais foi sempre como um “bem de consumo”, isto é, quanto mais procedimentos realizassem, quanto mais insumos utilizassem e mais internações fizessem, maior seria seu faturamento, principalmente se selecionassem sua clientela, como uma vantagem competitiva.

Na polifonia ruidosa do hospital – lugar de “silêncio e respeito” –, “a humanização” é um programa exigido para a “certificação como hospital de ensino”, mas é também o “padrão ouro” dos paradoxos.

Como organização de grande complexidade, o hospital de ensino constitui um verdadeiro campo minado de interesses políticos, alianças sólidas que se liquefazem rapidamente, alianças frágeis que se reforçam, entrelaçam e promovem rearranjos no âmbito da universidade e da política local. Enfim, uma trama complexa de interesses e tensões, de difícil compreensão para um observador externo e de capitulação para grande parte dos agentes internos.

## CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATUAL POLÍTICA PARA OS HOSPITAIS DE ENSINO

É inegável que de todas as tentativas de elaborar e implementar uma política para os hospitais de ensino o “Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Âmbito do Sistema Único de Saúde” é, sem dúvida, o mais consistente, mais abrangente, mais sistêmico e de maior potencial de sucesso. Ancorada em interesses estratégicos dos quatro ministérios envolvidos (assistência de qualidade, formação humana, produção de conhecimento e gestão eficiente de organizações complexas) e das demais entidades que compõem a Comissão Interinstitucional, a estratégia da certificação como hospital de ensino, seguida da contratualização com a instância gestora do SUS, pode catalisar uma série de transformações e contribuir para reinventarmos o setor saúde. Os mesmos paradoxos que comprometem os hospitais de ensino comprometem o setor saúde como um todo, em especial aqueles mais diretamente ligados à formação em saúde em geral, e à formação médica, em particular.

É importante salientar que, nunca antes na história deste país, saúde e educação estiveram tão próximas no tocante à formulação e implementação conjunta das

políticas de grande congruência. Nem mesmo quando a função Saúde era um Departamento do Ministério da Educação. Entretanto, alguns desencontros ainda revelam a persistência de falhas de comunicação e entrosamento entre organismos ligados à avaliação institucional em ambos os ministérios. O mais gritante é a completa dissociação entre os movimentos, levantamentos e relatórios oriundos do Sinaes (Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior) e o que é realizado pelos dois ministérios em relação aos hospitais de ensino, não raro duplicando trabalho ou não agregando informações relevantes, ou, pior ainda, gerando contradições. O mesmo vale para programas indutores de transformações curriculares, tanto na graduação como na pós-graduação, como é o caso do Pró-Saúde, da Residência Multiprofissional e do PET. Isto para não falar das avaliações da residência médica e da Capes.

Vamos relativizar a crítica, entendendo que se trata de um processo e que estamos apenas no começo de uma jornada espinhosa e complexa. Que muitos encontros e reencontros acontecerão adiante. Mas isto só reforça o paradoxo de que os recursos para saúde e educação são sempre escassos, ao passo que o desperdício continua enorme, principalmente o que ocorre nas interfaces entre saúde e educação, seja pela duplicação de atividades e gastos, seja pela implementação parcial ou dissociada de políticas de interesse comum. Se capilarizarmos isto para as outras instâncias de governo, observaremos a magnitude do problema e a necessidade de matricular os movimentos, as políticas, o orçamento e sua execução.

## REFERÊNCIAS

1. Molly C, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. *NEJM* 2006; 355: 1339-1344.
2. Simmons JG. Médicos e descobridores: vidas que criaram a medicina de hoje. Rio de Janeiro: Record; 2004.
3. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
4. Meyer P. *A irresponsabilidade médica*. São Paulo: Ed Unesp; 2002.
5. Scliar M. *A paixão transformada: história da medicina na literatura*. São Paulo: Companhia das Letras; 2001.
6. Brasil. Ministério da Educação: Documentos do Ensino Médico/Comissão de Ensino Médico. 2 ed. Brasília: Ministério de Educação; 1982.
7. Brasil. Ministério da Educação: Documentos do Ensino Médico/Comissão de Ensino Médico. 3. ed. Brasília: Ministério da Educação; 1989.
8. Rosa AR, Fraga Filho C, Lopes Pontes JP. *Ensino médico: atualidades de uma experiência*. Rio de Janeiro: Ed UFRJ; 1995.

9. Landman J. Política nacional de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica; 1980.
10. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social: Dossiê sobre o MPAS, Rio de Janeiro; 1979.
11. Nicz LF. Aspectos institucionais e organizacionais: Previdência Social no Brasil In: Gonçalves EL (Org). Administração de Saúde no Brasil. (PROAHSA). São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1982.
12. Brasil. MPAS – Conasp: Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (Anexo) In: Gonçalves EL (Org). Administração de Saúde no Brasil. (PROAHSA). São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1982.
13. Brasil. Ministério da Educação. AECS/SESu: Gestão 1989/1990. Brasília; 1990.
14. Brasil. CIPLAN (MS, MPAS, MEC, MTb): Programação e Orçamento Integrada – POI – 1988/1989. Brasília; 1987. (Documento Preliminar)
15. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria, DENASUS. [online]. [capturado 27 maio 2008]. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/fideps>
16. ABRAHUE: “Carta de Londrina”, abril de 2005. [online]. [capturado em: 31 maio 2008]. Disponível em: [http://www.abrahue.org.br/pdf/carta\\_londrina.pdf](http://www.abrahue.org.br/pdf/carta_londrina.pdf).

---

# FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

*Maria Inez Padula Anderson<sup>1</sup> Ricardo Donato Rodrigues<sup>1</sup>*

Palavras-chave: Medicina da família e comunidade; Médicos de família.

---

## PRIMÓRDIOS DA CRIAÇÃO DE PROGRAMAS DE FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL

A Formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) teve início no Brasil em 1976, quando foram criados três programas de residência médica que tinham como propósito formar especialistas no campo da Atenção Primária à Saúde (APS). No Rio de Janeiro, o programa instituído na Universidade do Estado (Uerj) recebeu a denominação de Medicina Integral. Simultaneamente, em Vitória de Santo Antão, próximo a Recife, sob a chancela da Universidade Federal de Pernambuco, e em Porto Alegre, no Serviço Comunitário Murialdo, foram criados dois Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária (PRMGC), denominação que se tornou obrigatória após a regulamentação destes programas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em 1981<sup>1</sup>.

Entretanto, praticamente todos os programas de residência médica constituídos até então estavam voltados para a formação de especialistas focais, visando suprir as necessidades do modelo assistencial hospitalocêntrico, hegemônico no País. Portanto, aqueles programas pioneiros de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), denominação que passou a vigorar após nova Resolução da CNRM em 2001, foram instituídos na contramão das políticas de saúde e educação, àquela altura inteiramente voltadas para os níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

O progresso científico experimentado no campo das biociências a partir da década de 1950 e a crescente incorporação de tecnologias industrialmente produzidas

no âmbito da prática médico-hospitalar reforçavam o papel central de especialistas focais e o prestígio de um modelo assistencial tecnicista que no Brasil girava em torno da medicina previdenciária.

Neste cenário, o próprio prestígio profissional e o valor de remuneração dos procedimentos médicos aumentavam de acordo com a densidade de tecnologias industrialmente produzidas incorporadas aos respectivos atos, tornando mais atrativo trabalhar num centro de terapia intensiva do que numa enfermaria. Ladeira abaixo vinha sucessivamente o ambulatório, o Centro de Saúde e, finalmente, um conjunto heterogêneo de unidades comunitárias.

O flagrante desprestígio da APS, diante desta verdadeira ideologia de excelência médica constituída em torno da medicina hospitalar, caiu pesadamente sobre os programas pioneiros de RMFC. Mais do que descrédito, havia obstáculos e resistências que, em alguns círculos persistem até os dias de hoje.

## SISTEMAS DE SAÚDE EM CRISE CONSPIRAM A FAVOR DA MFC

A medicina científica, como se sabe, nasceu nos hospitais entre os últimos anos do século 18 e o despertar do século 19, mas a organização de sistemas de saúde com base no modelo hospitalar de medicina tornou-se alvo de uma avalanche de problemas. Paradoxalmente, tais problemas se avolumaram à medida que a humanidade passou a experimentar um progresso sem precedentes na história da biotecnologia em saúde.

Estes avanços no campo biotecnológico têm permitido à medicina alcançar êxitos realmente fantásticos no

---

<sup>1</sup>Sociedade Brasileira de Medicina de Família & Comunidade.

tratamento de problemas selecionados de saúde. Sobre tudo no tocante ao diagnóstico, controle e reversão de lesões e alterações fisiopatológicas que no curso das doenças acometem estruturas orgânicas de modo crítico a ponto de ameaçar a própria vida. Mas estas conquistas dependem do emprego suficientemente hábil de tecnologias e procedimentos que exigem o desenvolvimento de competências tão seletivas que comprometem a capacidade de intervenção profissional em áreas estranhas a seu campo de treinamento e especialização.

Os modelos assistenciais hospitalocêntricos, que se caracterizam por uma Atenção Primária frágil e precariamente estruturada, são menos eficazes<sup>2</sup> e habitualmente expõem tais especialistas focais a situações muito diversas daquelas para as quais foram treinados. Os resultados dessa inadequação são bem conhecidos. A começar pelo uso indiscriminado de tecnologias industrialmente produzidas para investigar, confirmar ou afastar uma hipótese diagnóstica ou, apenas, para assegurar-se da normalidade do funcionamento de algum subsistema orgânico<sup>3</sup>.

Até os países economicamente mais desenvolvidos estão empenhados em conter a espiral inflacionária de custos e gastos decorrentes da realização de procedimentos médico-hospitalares tantas vezes considerados desnecessários ou supérfluos, para não dizer iatrogênicos. Sabe-se também que, ultrapassado certo patamar, o gasto crescente com assistência médico-hospitalar não provoca impacto positivo nos indicadores de saúde<sup>4</sup>. Pode, contudo, afetar severamente a equidade, comprometendo a extensão da cobertura assistencial a ponto de tornar, no mínimo, penoso o acesso aos benefícios do progresso da ciência e tecnologia, sobretudo para os segmentos mais pobres da população mundial. Este acúmulo de problemas não tem deixado de provocar, enfim, um sentimento generalizado de insatisfação com os rumos da saúde no mundo.

Neste cenário, muitos países passaram a ensaiar mudanças em seus sistemas de saúde. No rastro dessas mudanças surgiram condições favoráveis ao florescimento simultâneo de experiências inovadoras no campo da prática médica, como os programas de Medicina Comunitária, Medicina de Família e Medicina Integral, assim como no plano da educação médica, particularmente no tocante ao ensino da Medicina Preventiva.

No Brasil não foi diferente. Nos últimos anos da década de 1960, entendendo que o ensino médico no País estava voltado para o atendimento hospitalar de enfer-

midades raras em detrimento das necessidades de saúde da maioria da população, o movimento estudantil disparou um processo participativo de reforma curricular só interrompido em consequência de ações repressivas adotadas pelo regime autoritário, então no poder.

Em meados dos anos 1970, diante do rápido aumento da demanda de serviços médico-hospitalares devido à expansão do seguro social a novas categorias de trabalhadores, a necessidade de estender o modelo assistencial previdenciário levou a Previdência Social a estabelecer convênios com instituições tanto filantrópicas quanto públicas, inclusive com hospitais universitários. Em busca de alternativas, foram criados os primeiros PRMFC no País.

## **CRÍTICAS E RESISTÊNCIAS À IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

A criação dos primeiros PRMFC carregava a esperança de contribuir para deslocar o foco do ensino médico e da prática médica para fora dos hospitais. Inclusive dos hospitais, universitários e de ensino, que muitos eximem de responsabilidade com a população local e com a APS sob o pretexto de serem centros de referência.

Desde cedo, estes programas passaram a conviver com numerosas restrições e intensas dificuldades. Mas tais restrições não ficaram presas ao passado. Ao contrário, tornaram-se recorrentes os questionamentos dirigidos a programas de pós-graduação que fogem à regra, que não estão sintonizados com as práticas hegemônicas, seja em termos acadêmicos ou assistenciais<sup>5</sup>.

Entre as questões recorrentes na literatura e em círculos de debate sobre a necessidade de instituir programas de residência na área da Atenção Primária, aí incluída Medicina de Família e Comunidade, encontra-se uma tese que atribui aos cursos de graduação inteira responsabilidade pela formação de médicos com as competências necessárias para atuar no nível da Atenção Primária. Subjacente a essa tese está o conceito de terminalidade do ensino de graduação, que, no debate acadêmico, tem servido de argumento para questionar a pertinência de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, quando não da própria especialidade médica. Não foi por outra razão que, nos estertores dos anos 1990, a CNRM chegou a considerar a então Residência em Medicina Geral Comunitária como um programa a

ser extinto, admitindo, apenas, recredenciar programas enquanto os cursos de graduação não fossem capazes de cumprir seu suposto papel.

Não cabe questionar a terminalidade do ensino de graduação. Sob nenhum pretexto a escola médica pode fugir à grave responsabilidade de formar, em seis anos de curso, um profissional adequadamente preparado e qualificado. O egresso deve ter, sim, competências básicas para atuar em qualquer ramo da medicina, conforme dispõem as atuais Diretrizes que regem o ensino de graduação, desde que acolhido numa equipe de trabalho, de modo a compartilhar sua prática com colegas mais experientes.

Em outras palavras, há de se garantir a esse jovem e pouco experiente recém-formado a oportunidade de desfrutar um período de amadurecimento, de transição, tanto mais produtivo e menos traumático, para si e para outros, à medida que for acolhido num ambiente organizado com tal fim. Para tanto, a inteligência sanitária internacional instituiu os Programas de Residência Médica, modalidade de pós-graduação eminentemente prática, que a experiência mundial aprovou.

Além do treinamento em serviço, a regulamentação destes programas (a cargo da CNRM, no Brasil) estabelece a obrigatoriedade de aprofundamento teórico nas respectivas especialidades médicas, quando não a realização de projetos de pesquisa e produção de novos conhecimentos. Por último, vale notar que tal dimensão acadêmica desses programas contribui para desenvolver uma cultura extremamente favorável à realização de avaliações independentes, de políticas e programas assistenciais, estratégia considerada de grande importância para o aperfeiçoamento de sistemas de atenção à saúde.

Entretanto, um segundo obstáculo dificultava o processo de implantação e consolidação de Programas de Residência em MFC. Era um obstáculo, que também subsiste em alguns círculos, ligado à idéia de que no âmbito da APS são atendidas condições de saúde menos complexas, problemas a tal ponto simples que seria desnecessário implementar um programa de residência nesta área. Neste conceito, os problemas supostamente mais complexos deveriam ser desviados para os centros de Atenção Secundária ou Terciária, considerados os mais especializados de um sistema hierarquizado em níveis crescentes de complexidade.

Esta concepção reducionista de APS justificava a existência de programas assistenciais de baixo custo, dirigidos

com exclusividade a populações carentes e marginalizadas do progresso social. Ou seja, programas de extensão de cobertura de baixa qualidade que confundiam Atenção Primária à Saúde com Atenção Primitiva de Saúde, isto é, com “uma medicina de segunda classe, para cidadãos de segunda classe, prestada por pessoal de segunda classe”<sup>6</sup>.

## **DO QUESTIONAMENTO À AFIRMAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Vale insistir que aquela concepção simplista não faz justiça à complexidade das questões de saúde que se apresentam neste nível do sistema, cujas funções, pautadas nos critérios da universalidade, integralidade e equidade, incluem, minimamente: promover a saúde de pessoas, famílias e comunidades; prevenir a ocorrência de doenças evitáveis; retardar a instalação de agravos crônicos; evitar a ocorrência de complicações precoces de doenças instaladas que carregam o risco de comprometer a autonomia, provocar invalidez ou mesmo a morte prematura das pessoas.

Para tanto, é necessário desenvolver competências que transcendem o paradigma biomédico que, centrado na teoria biotecnológica das doenças, privilegia a dimensão fisiopatológica do processo saúde-adoecimento. No âmbito da APS, é fundamental desenvolver competências para abordar o binômio saúde-doença como um processo condicionado pelo entrelaçamento de fenômenos biológicos, psicológicos e sociais.

Esta compreensão é necessária para o desenvolvimento das competências atribuíveis ao especialista da APS, inclusive no âmbito da clínica. Neste caso, não basta ao médico de família e comunidade diagnosticar a doença de uma pessoa, ainda que essa etapa clínica não lhe possa escapar. Apenas, não é suficiente.

Parece óbvio que, diante de um paciente que procura a unidade de saúde e chega ao consultório queixando-se de dor no peito, com fácies de sofrimento, palidez e aparente sudorese, há que focalizar o atendimento, a começar por uma anamnese absolutamente dirigida. Firmada a hipótese de síndrome coronariana aguda, é mandatório dar início imediato a medidas de proteção da vida. Não basta confirmar um diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Afinal, que artéria se obstruiu? Foi espasmo coronariano? Há indicação de angioplastia ou de outro procedimento de revascularização cirúrgica?

Neste caso, a cirurgia foi um sucesso. Depois de alguns dias, o paciente recebe alta. O que sucede?

Os especialistas da Atenção Secundária e da Atenção Terciária, que foram mobilizados e prontamente atenderam com eficácia este paciente, não estão obrigados a responder esta questão. Mas um especialista em Atenção Primária não tem o direito de se furtar a ela.

Como prever o futuro, estabelecer o prognóstico? Que fatores biológicos, psicológicos e sociais contribuiriam para desencadear o quadro e podem continuar a influenciar a saúde do paciente? Que medidas será necessário adotar nos planos de promoção, proteção e recuperação da saúde desse paciente a partir da alta hospitalar? Até que ponto este episódio passou a afetar a saúde de terceiros, inclusive a evolução clínica de pessoas do círculo de convivência mais íntimo desse paciente?

Responder a tais perguntas pode parecer fácil, mas não é. Entretanto, é vital para gerenciar e dispensar os cuidados indicados de promoção, proteção e recuperação da saúde com eficácia.

Este quadro pode até mesmo ocorrer como desfecho de um processo natural de envelhecimento de uma pessoa que atingiu uma idade muito avançada. Mas pode ter afetado um idoso menos idoso, hipertenso, diabético, sedentário, obeso, ou não. Quem sabe, etilista e tabagista. Também pode ser um idoso daqueles bem brasileiros, que, aposentados, entram no mercado informal de trabalho para garantir sustento próprio ou da família, mas sofrem muito em face das condições adversas de trabalho a que são submetidos, inclusive as ameaças de a qualquer momento perderem o ganha-pão<sup>7</sup>.

Quem irá abrir a porta da casa quando este idoso, mais ou menos pobre, chegar? Que cômodo da casa e que lugar à mesa passará a ocupar? Também importa saber, entre tantas outras coisas, se é um idoso frágil, com déficit cognitivo ou outras formas de incapacidade temporária ou permanente, que precise do auxílio de terceiros para ser cuidado. Neste caso, ainda importa saber as competências técnicas, humanas e sociais, bem como as condições de saúde deste cuidador.

Todavia, diante de pessoas mais jovens, com menos de 60 anos, as indagações não se tornam menos importantes. A sociedade contemporânea tem sido posta à prova de várias maneiras. A desordem urbana afeta um número crescente de pessoas, famílias e comunidades. A dengue, a bala perdida, a guerra do tráfico, a violência

nas ruas, no trabalho e na escola assustam a todos. Ainda há a violência doméstica, que assume tantas nuances, das mais sutis às mais cruéis e repugnantes. Pais e filhos estão expostos a muitas formas de sofrimento físico e moral. Quem não se vê afetado por tudo isto? Um enfartado, aconselhado a caminhar, que mora na rua estreita que leva à boca de fumo?

Importa saber se aquele adulto que acabou de sair do hospital experimenta um intenso conflito familiar ou se integra um casal que vive em plena harmonia. Importa saber a existência de preocupação especial sobre a condição de saúde e comportamento de algum filho, com a saúde do cônjuge, de outras pessoas próximas ou da família. Não se deve ignorar que o egresso do hospital tem vizinhos de rua, de apartamento, de prédio ou condomínio; está conectado a um universo de pessoas que estabelecem relações mais ou menos freqüentes, com maior ou menor intensidade; estabelece dinâmicas e se organiza socialmente. Não se deve ignorar que o mundo do trabalho faz parte das organizações sociais, assim como os padrões de consumo que invadem os lares por meio da mídia. A era da comunicação propaga conhecimentos, até culturas que modelam valores. Inclusive o valor da saúde e o valor da própria vida.

O que significa estar doente para o paciente que deixou o hospital após ter sofrido um infarto agudo do miocárdio e ser operado? E para sua família e seu círculo de amigos? Qual a probabilidade de aderir à orientação médica e seguir corretamente a prescrição farmacológica? Ele compreendeu as recomendações? Estas recomendações lhe parecem fazer sentido? Que esperança alimenta este sujeito? Que medos lhe tiram o sono?

Como saber a respeito dessas e de tantas outras questões? Pode parecer fácil, mas não é.

## COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DO ESPECIALISTA EM MFC NO ÂMBITO DIAGNÓSTICO

No âmbito da prestação dos cuidados secundários e terciários, a utilização do método clínico para o diagnóstico da doença privilegia e requer um detalhamento objetivo dos sintomas e sinais apresentados pelo paciente, para relacioná-los com as evidências fisiopatológicas e etiopatogênicas encontradas, dispensando tantas indagações adicionais e considerações de outra ordem.

Na Atenção Primária, portanto, é necessário reorganizar o método clínico a partir de critérios que permitam acrescentar outras dimensões ao necessário diagnóstico biomédico da doença. Em outras palavras, na APS é necessário estabelecer o diagnóstico da doença e dos condicionantes envolvidos neste processo, na relação estabelecida entre eles. Mas como abordar tantas questões que dizem respeito à intimidade das pessoas, famílias e comunidades? Também pode parecer trivial, mas não é.

É desnecessário repetir que a clínica da biomedicina não dá conta. Mas é relevante assinalar que tampouco serão capazes de dar conta questionários auto-respondidos, testes de múltipla escolha, inquéritos eletrônicos, entrevistas à distância e outras mais. Mais do que em qualquer outro cenário, a clínica da Atenção Primária compreende que há diversas formas de dizer. Pois existem várias formas de dizer sim e de dizer não. Existem formas de dizer guardando silêncio, falando em voz baixa, ou ao contrário. Quantas vezes questões mais delicadas se manifestam por meio de rubores, suores, tremores. Quantas vezes saltam de olhos marejados ou acompanham um grande pranto. Há uma linguagem não verbal, uma linguagem de gestos, posturas, movimentos, uma linguagem propriamente corporal, repleta de significados.

Afinal, qual era a expressão daquele paciente que tivera um infarto? Seu humor como era? Sobre o que falava ao ser visitado em casa ou recebido no consultório de um médico de família pela primeira vez? Que andar á a imaginar que este médico deseja saber e ouvir?

O interesse que o médico deixa transparecer influencia a narrativa do doente. Assim como acontece com o paciente, há muitas formas de o seu novo médico demonstrar seus interesses. Há formas tanto verbais quanto corporais. Mas também há demonstrações de interesse sinalizadas no ambiente. Anúncios, fotos, informações, cartazes. Até o cuidado com o ambiente, mesmo quando é um local modesto. A questão está em ser mais, ou ser menos, acolhedor.

Aquilo que está sendo acolhido e como está sendo acolhido pelo médico é o ponto de partida para estabelecer uma relação médico-paciente. O acolhimento é, portanto, o momento inicial de um processo de relação por meio do qual se estabelece certo vínculo entre médico e doente. A clínica pautada na biomedicina orienta o discurso do paciente na direção de um cortejo sintomático coerente, modelando uma narrativa sobre a doença. A clínica na APS deve abrir espaço para a construção de

uma narrativa que enfatize os fatores biológicos, psicológicos e sociais envolvidos em cada caso particular – portanto, tudo aquilo que influencia a saúde do paciente naquele momento da sua história pessoal<sup>8</sup>. Para tanto, é fundamental estabelecer uma sólida relação de confiança e vínculo duradouro entre o médico e o paciente.

Em resumo, na APS deve prevalecer uma medicina baseada em narrativa, centrada na pessoa enquanto ser biopsicossocial. Ou seja, deve prevalecer uma Medicina da Pessoa, orientada para a família e a comunidade<sup>9</sup>.

Mas o que vem depois da narrativa?

## COMPETÊNCIAS TERAPÊUTICAS DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Há evidências consistentes na literatura segundo as quais o médico de família e comunidade é capaz de atender com elevado padrão de qualidade e resolver pelo menos 85% dos problemas de saúde que afetam pessoas de uma população adscrita, sem distinção de gênero ou faixa etária. Deste modo, é preciso encaminhar aos centros de referência apenas os pacientes com enfermidades mais raras ou que necessitem realizar procedimentos focais com o propósito de diagnosticar e controlar alterações fisiopatológicas em estágio mais crítico<sup>10</sup>.

Mesmo quando um especialista em MFC refere seu paciente aos demais níveis do sistema, não desfaz o vínculo com ele. Esta manutenção de vínculo, inclusive na eventualidade de internação, representa um suporte e transmite confiança ao paciente e a sua família, cria oportunidades para reforço da adesão do paciente ao tratamento, facilita a interação entre médicos de família e especialistas focais, e fortalece o papel de gerenciamento da clínica que compete ao MFC.

Esta manutenção de vínculo com o paciente referido também impede a descontinuidade da prestação de cuidados de saúde, que é um dos pontos mais críticos em sistemas com APS desestruturada. E, ao impedir tal descontinuidade, representa uma garantia para a integralidade, pois, ao invés de substituir, permite agregar as ações realizadas nos centros de referência aos cuidados primários que o paciente requer.

Portanto, a manutenção de vínculo com o paciente amplia a responsabilidade terapêutica do MFC e expande seu campo de intervenção clínica, modificando inteiramente o entendimento sobre sua capacidade resolutiva

va. Mais ainda quando se considera que a referência do paciente a um centro de referência não é um caminho sem volta. Do contrário, não seria preciso existir mecanismos de contra-referência. O caso do paciente que sofreu um infarto agudo do miocárdio e foi revascularizado com absoluto sucesso, como já mencionado neste texto, é um excelente exemplo.

A evolução deste paciente não dependerá exclusivamente da qualidade da terapêutica recomendada. Sua adesão ao tratamento já envolve fatores psicossociais decisivos para isto, desde o acesso a medicamentos até a vontade de viver.

Emoções fazem chorar, de alegria ou dor. Provocam lágrimas e tantas outras reações que se manifestam biologicamente. A lágrima talvez seja a mais poética evidência de que a manifestação biológica é sempre uma condensação de expressões<sup>11</sup>. O especialista em Medicina de Família e Comunidade, iluminado por essa concepção – denominada, com propriedade, paradigma da integridade biopsicossocial –, sabe que não basta diagnosticar a doença para instituir um cuidado adequado no campo da Atenção Primária. Muito menos para instituir ações integradas de promoção, proteção e recuperação da saúde, de pessoas, famílias e comunidades. Para tanto, é necessário desenvolver outras competências coerentes com os princípios da Medicina de Família e Comunidade, particularmente no tocante às áreas de comunicação e saúde familiar e comunitária<sup>12,13</sup>.

## OUTRAS COMPETÊNCIAS DO MFC

Os progressos no campo da educação e a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que pouco a pouco vêm sendo apropriadas pela educação médica em geral, tornam-se instrumentos valiosos para subsidiar práticas de educação em saúde nos planos individual, familiar e comunitário, inclusive no que concerne à educação popular em saúde. Ao lado disto, o domínio de competências no âmbito da psicologia médica e na área das dinâmicas de grupo tem possibilitado aos médicos de família instituir proveitosas modalidades de trabalho com grupos e desenvolver práticas motivacionais com significativo impacto no tocante a mudanças de comportamento e de hábitos de vida<sup>14</sup>.

O domínio dessas competências pelo médico de família e comunidade parece fazer inteira diferença quan-

do se leva em conta a intensidade das transformações culturais, tecnológicas, científicas e sociais que afetam o cotidiano da humanidade, agitam as ruas, subvertem o mundo do trabalho e chegam aos lares.

É necessário ao médico de família e comunidade estar sintonizado com o impacto dessas mudanças, que também são demográficas, na estrutura e na dinâmica familiar. As próprias crises normativas, ligadas ao ciclo vital das famílias, ganham nuances e adquirem novos significados. Tensões muito mais intensas hão de acompanhar os conflitos que ameaçam as relações intrafamiliares ou os eventos inesperados e abruptos que provocam rupturas na dinâmica familiar, caracterizando as chamadas crises acidentais ou paranormativas. Neste contexto, é indispensável que o médico de família tenha domínio de competências para se antecipar a tais situações, proteger a saúde familiar, contribuir para o aumento da resiliência da mesma e, em último caso, desenvolver competências para mediar conflitos, promover reaproximações e identificar a necessidade de recorrer a um terapeuta de família<sup>15</sup>.

Em face do exposto, parece indispensável que, entre outras técnicas, o médico de família seja hábil no manejo da entrevista familiar e no diagnóstico de saúde familiar, que seja atento às mudanças no familiograma e domine as técnicas de intervenção educativa e de apoio às famílias para desenvolver alternativas diante de problemas de saúde.

Desde Alma-Ata os médicos de família e comunidade estão sendo chamados para mobilizar as comunidades em prol da saúde. Nos dias de hoje, são comunidades que experimentam mudanças de várias ordens. Mudanças no campo demográfico e no perfil epidemiológico que afetam diretamente as necessidades de atenção à saúde; mudanças nos padrões sociais e culturais, inclusive nos padrões de consumo, com sensíveis implicações no relacionamento interpessoal, nas condições de vida e nos modos de viver, nas formas de esta comunidade global ou local reagir a situações cada vez mais estressantes. Agora, portanto, é ainda mais necessário que o médico de família e comunidade domine competências que transcendem o diagnóstico epidemiológico, que, obviamente, continua necessário como necessário é o domínio do método clínico centrado no paradigma biomédico.

Também não basta ao médico de família e comunidade desenvolver habilidades em práticas de educação em saúde e educação popular em saúde. Ele deve desenvol-

ver competências para chegar às modernas práticas de terapia comunitária. Mais fundamental ainda é adquirir competências para trabalhar em equipe e desenvolver práticas coerentes com o conceito de intersectorialidade. Levando em conta esta abrangência do seu campo disciplinar, o médico de família e comunidade deve estar atento aos recursos e programas voltados para o desenvolvimento profissional contínuo, inclusive desenvolvendo aptidões para valer-se dos recentes avanços no campo da educação à distância. Vale ainda desenvolver competências para assumir funções tutoriais, de preceptoria de alunos e residentes, para exercer outras funções docentes ou dedicar-se à produção de novos saberes e tecnologias para a Atenção Primária, tornando-se, mais do que antes, um agente de mudança no campo da saúde.

## **DESAFIOS ATUAIS PARA A FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Definitivamente, a formação do especialista em Medicina de Família e Comunidade não é uma questão trivial. A Residência em Medicina de Família e Comunidade é considerada a estratégia mais adequada à formação deste especialista. Entretanto, são tantos princípios a conhecer, tantas habilidades práticas a desenvolver e tantas atitudes requeridas para o exercício profissional no nível da Atenção Primária à Saúde, que esta formação deve ter início nos primeiros anos da graduação em Medicina<sup>16</sup>.

Boa parte, se não a totalidade, dos países industrializados da Europa e demais continentes, bem como alguns países menos desenvolvidos do hemisfério sul do planeta têm promovido esta inserção da Medicina de Família e Comunidade por meio da criação de Departamentos, com esta ou outra denominação equivalente, nas respectivas estruturas organizacionais. Há entre eles Departamentos de considerável porte, abrindo uma via de acesso regular à carreira docente para os especialistas em Medicina de Família e Comunidade, que tanto podem exercer suas atividades docentes em unidades docente-assistenciais de Medicina de Família ou podem interagir com médicos-tutores que atuam diretamente nestas unidades da base dos respectivos sistemas de saúde.

No Brasil, como se sabe, ainda não é bem assim. Com muita dificuldade foi criado apenas um Departamento nesta área entre nós. Coincidentemente, na mesma Fa-

culdade de Medicina da Uerj, instituição em que foi criado um dos programas pioneiros da especialidade neste país. Em homenagem à história daquele programa de residência, ativo até os dias de hoje sem interrupção ao longo dos anos, e também em reconhecimento ao paradigma que sempre manteve e mantém acesa a chama daquele programa, o Departamento recebeu a denominação de Medicina Integral, Familiar e Comunitária.

Há quem questione a necessidade de existir um Departamento desta natureza, alegando que a estrutura departamental é inadequada, arcaica, quase medieval. Os adeptos dessa tese alegam que não seria conveniente, portanto, a criação de mais um. Parece óbvio, entretanto, que tal inserção acadêmica não é obrigatoriamente departamental. Basta ser coerente com a estrutura organizacional adotada por cada uma dessas Instituições de Ensino Superior, públicas ou privadas. Também independe da estrutura curricular. Basta ser coerente com a mesma, basta ser coerente com o projeto pedagógico do curso. Contudo, esta inserção acadêmica depende inteiramente do acesso dos médicos de família e comunidade à carreira docente.

Esta inserção acadêmica da Medicina de Família e Comunidade não beneficia apenas a formação dos futuros especialistas nesta área. Os princípios gerais desta disciplina serão certamente de grande valia à prática dos futuros especialistas focais. Haja vista as próprias recomendações contidas nas atuais Diretrizes Curriculares que regem o ensino de graduação em Medicina. É este o gás que falta para acelerar a implementação dessas mesmas Diretrizes. Também não faltam justificativas pedagógicas para os Ministérios da Educação e da Saúde adotarem políticas vigorosas de incentivo e apoio logístico e financeiro, visando uma inserção acadêmica imediata e mais ampla possível desta disciplina no ensino médico. A própria natureza dialógica das práticas inerentes à Medicina de Família e Comunidade já seria suficiente para justificar a convivência dos estudantes de Medicina com a rede saúde-escola e com as metodologias problematizadoras empregadas nas sessões de reflexão e nas rodas de debates que caracterizam o ensino-aprendizagem no âmbito desta Disciplina.

A inserção acadêmica da Medicina de Família e Comunidade é, de fato, uma estratégia fundamental para reorientar o ensino de graduação. Entretanto, não se pode esquecer que o Brasil é um país que se aproxima da extraordinária casa dos 200 milhões de habitantes e

ainda se ressentem da formação de um grande número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade. Já passa da hora de expandir as vagas e o número de programas de residência para formar com qualidade e em larga escala os especialistas em MFC que o País necessita. A consolidação e a expansão da Estratégia Saúde da Família, política adotada pelo Ministério da Saúde com o propósito de fortalecer o SUS e o processo de reorientação do modelo assistencial vigente no País, tornam ainda mais agudas aquelas necessidades de afirmação da MFC. Inclusive quanto à necessidade de adotar estratégias transitórias de capacitação e especialização em MFC de outros especialistas improvisados na ESF.

Passa da hora de parar com cobrança de explicações à Medicina de Família e Comunidade, com questionamentos sobre a necessidade de ampliação de programas de residência e de aumento do quantitativo de especialistas nesta área. Não foi a Medicina de Família e Comunidade responsável por este modelo docente-assistencial hegemônico desde 1910. A experiência mundial tem demonstrado de modo cabal que a Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade capaz de contribuir de modo ímpar para a reconciliação entre saúde e medicina.

As atuais políticas governamentais levadas a efeito pelos Ministérios da Saúde e da Educação no âmbito da APS, particularmente no tocante ao apoio à expansão da ESF, e os programas de incentivo à reorientação do ensino, especialmente por meio do Pró-Saúde e do Tele-Saúde, parecem alentadores. Ao lado disto, as ações desenvolvidas pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e alguns resultados obtidos por meio de parcerias entre estes atores e a sociedade científica da especialidade, isto é, com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, indicam que novos caminhos estão começando a ser trilhados.

Exemplos disso são a edição e distribuição da *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*; a realização de provas para a obtenção de título de especialista em MFC; a capacitação de tutores de MFC; a promoção de eventos científicos de porte nacional e internacional; a realização da III Reunião de Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família, com a participação de autoridades governamentais, inclusive ministros de Saúde e integrantes do alto escalão dos Ministérios da Saúde desses países, autoridades científicas e acadêmicas, e respectivas sociedades científicas da especialidade.

Entretanto, é necessário reconhecer que ainda resta um longo caminho a percorrer. Já é hora, portanto, de apertar o acelerador.

## REFERÊNCIAS

1. Falk JW. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Com.* 2004; 1(1): 5-10.
2. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995 – *J Am Board Fam Pract.* 2003; 16: 12–22.
3. Rodrigues RD. A crise da medicina: prática e saber. Mestrado [Dissertação]. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1979.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil/ Ministério da Saúde; 2004.
5. Demarzo MMP, Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação em Atenção Básica e medicina de família e comunidade. In: Os desafios do ensino da Atenção Básica: Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Saúde; 2007: 54-61.
6. Sonis A. Medicina sanitária y administración de salud. 2 ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1976: 341.
7. Anderson MIP. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. Mestrado [Dissertação]. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 1997.
8. Favoreto CO. A narrativa na e sobre a clínica na Atenção Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde. Doutorado [Tese]. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2007.
9. Bonet OAR. Os médicos da pessoa. Um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional. Doutorado [Tese] Rio de Janeiro: UFRJ/PPGAS; 2003.
10. Takeda S. A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. (76-87). In Duncan BB. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004.
11. Devesa M. Saúde para todos: médicos para o ano 2000? Mestrado [Dissertação]. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1983.
12. The european definitions of the general practice/family medicine. Spain: WONCA. EUROPA; 2002.
13. Rodrigues RD, Campos CEA, Anderson MIP. Formação e qualificação do médico de família e comunidade no Brasil através de programas de residência, hoje: considerações, princípios e estratégias. [Documento online]. Rio de Janeiro: SBMFC; 2005. 31p. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/132c1316/Formação\\_e\\_qualificação\\_do\\_MFC-Formação\\_e\\_qualificação\\_do\\_MFC\\_Inêz\\_Ricardo\\_e\\_Cadú.pdf](http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/132c1316/Formação_e_qualificação_do_MFC-Formação_e_qualificação_do_MFC_Inêz_Ricardo_e_Cadú.pdf)
14. Silveira LMC. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. Mestrado [Dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ/NUTES; 2003.
15. Cuba. Ministério de Salud Pública. Manual para la intervencion en la salud familiar. 2001. 43p.
16. Bessa O, Penaforte J (Org.). Médico de família: formação, certificação e educação continuada. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

---

# TERRITÓRIOS DE APRENDIZAGEM: TRABALHO DE CAMPO SUPERVISIONADO DO CURSO DE MEDICINA DA UFF

*Lilian Koifman<sup>I</sup> Veronica Fernandez<sup>II</sup>*

Palavras-chave: Educação médica; Integralidade em saúde; Trabalho de campo.

---

## INTRODUÇÃO

Acreditando ser possível uma educação médica fundamentada numa prática educacional que privilegie saberes outros que não e tão-somente o saber docente, que possibilite romper falsas dicotomias, estimulando a articulação das diversas esferas que envolvem o processo de formação, e que favoreça a construção de um conhecimento específico de maneira coletiva e pactuada com as demandas sociais do campo da saúde, prosseguimos levantando reflexões a partir de nossas atividades no exercício da docência em saúde.

No ano em que se comemoram vinte anos de constitucionalização da saúde enquanto um direito, marcada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), destacamos a necessidade de um balanço das questões que envolvem a caracterização essencial do profissional de saúde que atuará neste sistema, ainda em fase de consolidação. Nessa perspectiva de transformação das práticas profissionais em saúde e do modelo de organização do sistema, emerge a exigência de um profissional com a possibilidade de assegurar a concretização dos princípios e diretrizes descritos constitucionalmente para o funcionamento do SUS. Exigência que passa não somente pela excelência técnica, mas também pela contextualização das dimensões socioeconômicas e culturais, para o en-

frentamento da complexa demanda em saúde da população, em âmbito individual e coletivo.

Apresentamos aqui nossa experiência ao longo dos últimos anos com a disciplina Trabalho de Campo Supervisionado, no curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), refletindo, à luz de seus pressupostos teóricos, sobre os desafios da prática cotidiana para operacionalizá-la. Estes desafios se caracterizam pelo movimento de articulação com os envolvidos no compromisso com a formação médica (academia, rede de serviços, sociedade civil, etc.) e pela busca de uma prática docente que ultrapasse a visão unilateral explicativa dos fenômenos inerentes aos processos do adoecimento, a qual tende a reproduzir uma prática profissional na atenção à saúde pouco eficaz e com baixa resolutividade diante do grau de complexidade dos atuais problemas de saúde apresentados pela população.

A pavimentação desse caminho impõe a preocupação constante em não promovermos a manutenção e a adoção de velhas fórmulas tidas como mágicas para superar as dificuldades cotidianas no processo de formação, tais como o simples aumento de carga horária, adoção de metodologias de ensino-aprendizagem tidas como “inovadoras” ou “modernizantes”, inclusão de disciplinas do campo das Ciências Sociais e Humanas sem interlocução

---

<sup>I</sup> Pedagoga; Mestre e Doutora em Saúde Pública; Professora do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense; Coordenadora do Lupa-Saúde; Editora Associada da Revista da Abem; Pesquisadora Associada do Lappis/Uerj. [lilian@vm.uff.br](mailto:lilian@vm.uff.br)

<sup>II</sup> Nutricionista; Mestranda em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz; Professora Substituta no Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense; Membro do Lupa-Saúde. [versosfy@yahoo.com.br](mailto:versosfy@yahoo.com.br)

com as demais disciplinas da grade e imposição de políticas verticais no processo de formação, entre outras.

Apostamos, para tanto, na relação com os personagens presentes nos diferentes territórios de aprendizagem – entendidos aqui como campos possíveis para a abordagem de determinado assunto, ou, simplesmente, cenários diversificados de aprendizagem (sala de aula, serviços de saúde, escola, instituições, etc.) –, o que exige negociações, pactuações e rupturas com a maneira tradicional utilizada pela academia ao responder às demandas desses interlocutores. Essa articulação se baseia na construção coletiva das atividades do campo, com a contemplação mútua de interesses, rompendo-se com práticas costumeiramente adotadas, fundamentadas na separação entre academia e serviço, teoria e prática, não considerando o movimento de mão dupla que essa relação pode proporcionar.

A incorporação das demandas sociais no processo de ensino-aprendizagem configura-se como um eixo orientador na formação em saúde, pela necessidade de construção de um modelo de atenção à saúde que se inspire no conceito de saúde como um direito da pessoa humana. Reforçamos aqui a importância da valorização de saberes e práticas populares para o estabelecimento de uma relação profissional-usuário embasada na autonomia, na cidadania e no compartilhamento desses conhecimentos.

O desenvolvimento de um processo de formação em saúde orientado pelas práticas profissionais tendo as questões da comunidade como eixo, caracterizada com seus mais diferentes mecanismos de interação social, como também o acompanhamento dos processos de saúde-doença e a intimidade com o desenho de organização da rede de cuidados em saúde emergem como uma possibilidade para a construção compartilhada de uma bagagem profissional tanto técnica como das relações humanas.

Nos últimos anos, tem-se observado um grande movimento de reflexão em torno das questões que envolvem a construção de um conjunto de características e saberes que devem contemplar a prática profissional dos egressos das escolas médicas. Após quase duas décadas de debates e experiências, algumas políticas públicas passaram a incorporar boa parte dessas reflexões. As Diretrizes Curriculares dos Cursos da Saúde, por meio da Resolução CNE/CES nº 4/2001<sup>1</sup>, apresentam um enfoque em habilidades e competências que rompe com

a tradicional estrutura de conteúdos disciplinares mínimos. Esse documento aponta uma mudança na formação médica, na medida em que estabelece como perfil do egresso:

*Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.*

Esse processo de transformação social tem provocado mudanças e crises nos campos da saúde, educação e organização social, que demandam uma concepção centrada na problematização da realidade, com crescente autonomia e participação das pessoas, promovendo a intersectorialidade e gerando novas relações sociais (Pontes, 2005)<sup>2</sup>.

Nesse aspecto, identificam-se diversas tensões entre as decisões da política institucional do SUS e a lógica hegemônica da prestação da assistência e da formação, tendo em vista a necessidade de construir espaços, durante o processo de formação, que potencializem uma nova lógica de interpretar e agir.

Apontamos os diversos espaços institucionais criados pelas Políticas de Saúde, após a Constituição de 1988, como espaços privilegiados para a criação de parcerias entre gestores de todos os níveis, usuários, profissionais de saúde, escolas, e a formação de redes capazes de influenciar a agenda historicamente consolidada do setor, particularmente no processo de formação.

A articulação entre setores governamentais e sociais, organizações privadas ou grupos de interesse a partir da consolidação de redes institucionais, durante o processo de formação, é potencialmente capaz de dar visibilidade e materialidade aos princípios éticos e políticos da Reforma Sanitária Brasileira e, por conseguinte, aos princípios do SUS. No entanto, “não permitem prever as soluções resultantes de disputas em torno de políticas. Mas, ao definirem as regras do jogo, elas (as redes) realmente criam condições que predizem a maneira pela qual esses conflitos deverão se desenrolar”, demarcando os limites para a ação daqueles que incidem sobre a política,

formando um movimento complexo de *inputs* e *outputs* (Immergut, 1996: 143)<sup>3</sup>.

Esse formato de análise não busca se distanciar dos anseios primeiros dos construtores da agenda reformista dos processos de formação e do cuidado, nem se assenta numa postura polarizadora do tipo Estado *versus* sociedade civil. Busca a “não-imediatez” do papel do Estado na formulação e implementação das políticas, a partir de uma construção que combina as características da sua formação numa sociedade capitalista, a estrutura burocrática e as diversas normas que regulam a sua ação, destacando o papel e a força das agendas locais e institucionais nesse processo (Boron, 1994: 267)<sup>4</sup>.

Os canais institucionais e as tramas produzidas pelo envolvimento de gestores, usuários, profissionais de saúde, docentes e estudantes não operam acima da história e da influência das concepções políticas existentes, numa dada época e em dado lugar, para além das interações sociais no mercado, do sistema político e da ação coletiva. Têm a capacidade de criar processos que contêm as regras e os condicionantes para a ação independente de cada um dos envolvidos e para o funcionamento das estruturas, orientando e, ao mesmo tempo, fazendo parte da dinâmica do processo de tomada de decisão (Abranches, 1993: 66)<sup>5</sup>.

## **O TRABALHO DE CAMPO SUPERVISIONADO**

Sintonizado com esses movimentos e reflexões, o curso de Medicina da UFF tem acumulado experiência na consolidação local de algumas das estratégias discutidas no campo da educação médica e reforçadas na atual política pública de formação na área da saúde. A reforma curricular de 1992 procurou privilegiar a inserção dos estudantes, desde o começo do curso, numa rede hierarquizada de serviços e ampliar a participação dos estudantes nas atividades práticas. Entre os diversos módulos do currículo de Medicina da UFF, destaca-se o Programa Prático-Conceitual (PPC) e, mais especificamente, a disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado.

A disciplina Trabalho de Campo Supervisionado I (TCS I) busca diversificar os cenários de ensino-aprendizagem a partir da articulação entre disciplinas teóricas, o campo de prática das profissões da área da saúde e o desafio de tecer uma rede de saberes centrados na integração apren-

dizagem-extensão-pesquisa. Nessa etapa, os estudantes conhecem diversos espaços e instituições, em grupos de 10 a 12 pessoas, supervisionados por um preceptor, em sua maioria docentes. Atualmente, a equipe conta com preceptores de formação profissional em Psicologia, Medicina, Nutrição, Pedagogia, Enfermagem, Odontologia, Terapia Ocupacional e Medicina Veterinária.

Em seus dois semestres (1º e 2º períodos), a disciplina tem por objetivos: efetuar uma caracterização qualitativa e quantitativa – tanto ambiental e populacional, quanto psicossocial e cultural – dos cenários, nos níveis local e municipal; promover a experiência com trabalhos de grupo; promover o contato com espaços de vivências do ato de cuidar, destacando-se as dimensões humanas, culturais, sociais e políticas; observar como a integralidade da atenção à saúde se realiza em cada campo: cotidiano, saberes e práticas do cuidado (acolhimento e responsabilização, vínculo, interinstitucionalidade, autonomia do usuário e resolutividade).

A metodologia da disciplina se realiza a partir da divisão do grupo de 80 estudantes em pequenos grupos e do desenvolvimento das atividades em diversos temas e locais, modificados a cada semestre. Alguns dos temas trabalhados atualmente são:

### **Primeiro período do curso**

Alcoolismo; bioética; mídia e saúde; saúde e trabalho; tabaco e alimentação como fatores de risco; instituições médicas e suas práticas.

### **Segundo período do curso**

Saúde do adolescente, atenção à saúde do idoso; equipe multidisciplinar em aids; saúde mental e exclusão social; doenças negligenciadas; saúde, cultura e arte; inclusão social da pessoa com deficiência.

Cada grupo se reúne duas vezes por semana com seu preceptor, tanto para realizar as atividades e compartilhar as experiências vivenciadas, quanto para debater textos relacionados aos temas centrais do período.

As aulas são construídas a partir dos temas trabalhados por cada preceptor por meio de textos que preparam a abordagem do assunto e a entrada no campo propriamente dito. O estudante visita instituições, ONGs, órgãos públicos municipais e estaduais, hospitais, escolas da

rede municipal, unidades básicas de saúde, etc., onde tem a possibilidade de conhecer a rotina de trabalho, a equipe e a população de interesse de cada campo visitado.

O segundo período dá maior ênfase ao conceito de integralidade em saúde, que perpassa todos os temas trabalhados pelos grupos. Assim, o debate sobre a integralidade reafirma a perspectiva de uma abordagem que, estrategicamente, pode articular os conjuntos de sentidos, orientando a organização das práticas voltadas ao cotidiano dos serviços, aos processos de trabalho em saúde e aos processos formativos. Trata-se de um movimento de articulação das práticas de saúde e das práticas pedagógicas com as várias esferas de gestão do sistema de saúde e instituições formadoras. Isto permite um avanço na implementação dos princípios e diretrizes do SUS, como também na concepção de um trabalho parceiro entre os vários profissionais e setores envolvidos nesses processos na esfera da gestão e dos serviços, tanto na atenção à saúde como na formação e no controle social (Saippa-Oliveira e Koifman, 2004)<sup>6</sup>.

No movimento de escuta, acolhimento e resposta às demandas da população e dos serviços, pode-se caminhar em diferentes direções, desde uma reafirmação da postura tradicional de centralidade no saber biomédico, até a inovação no sentido de valorizar o saber do usuário.

As atividades de campo são construídas em conjunto com o responsável pelo campo selecionado e o preceptor de cada grupo, a partir da disponibilidade da instituição e da disposição dos profissionais para receber o grupo.

A avaliação dos estudantes se realiza mediante a elaboração de resenhas dos textos trabalhados, bem como de relatórios de campo e de seminário apresentados pelos grupos à turma de Medicina. A partir de um enfoque criativo e com uso de recursos audiovisuais, cada grupo apresenta a experiência e o aprendizado obtidos na disciplina.

A cada semestre, os estudantes avaliam a disciplina a partir de um roteiro com questões semi-estruturadas. Os monitores de TCS I elaboram, aplicam e consolidam as respostas ao questionário. No final do semestre, esses dados são apresentados e discutidos com os preceptores de todos os campos, possibilitando uma constante reflexão sobre a prática docente com base na visão dos estudantes que passaram pela disciplina.

Neste relato pretendemos contribuir para estruturar estratégias que consolidem os eixos de uma política de formação na área da saúde, em direção à reorientação do

modelo de atenção à saúde, buscando consolidar os pressupostos do SUS. Existe uma heterogeneidade nos campos desta disciplina, o que aponta diversos caminhos e possibilidades para implementar as propostas de mudança, reforçando que as soluções serão construídas localmente, e cotidianamente, na relação entre os envolvidos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As formatações institucionais do SUS e, por sua vez, a agenda de reorientação da formação profissional em saúde, que enseja seus princípios ético-políticos como espaço de embates constantes entre as escolhas políticas e técnicas, assumem elevado grau de importância na determinação dos possíveis caminhos a serem adotados pela política de formação em saúde, ressaltando também a importância de consolidar a responsabilidade da academia com a formação de profissionais de saúde capazes de uma ação sólida e resolutiva tanto no que diz respeito a sua técnica como sensível à articulação de diferentes saberes e contextos (ou situações) inerentes a sua prática profissional.

A formação, assim compreendida, passa a estar posicionada no campo da práxis, e é como práxis que pode participar da construção e da transformação dos homens e da sociedade. A esse respeito citamos Castoriadis (1982: 94)<sup>7</sup>:

*Chamamos de práxis este fazer no qual o outro ou os outros são visados como seres autônomos e considerados como o agente essencial do desenvolvimento de sua própria autonomia. A verdadeira política, a verdadeira pedagogia, a verdadeira medicina, na medida em que algum dia existiram, pertencem à práxis.*

Nossa concepção do papel do profissional nos grupos é que somos um outro sujeito com sua história e saber, interagindo com outros, num espaço onde a troca deve ser valorizada, favorecendo o crescimento mútuo. E os estudantes, ao final de cada semestre de TCS I, têm nos dado sinais de que estamos avançando neste sentido.

Este movimento de formação de parcerias para a transformação só acontece num espaço onde todos os envolvidos estão engajados numa forma de relação dialética, a qual, pelo próprio caráter de troca e movimento, produz mudança e favorece a produção de novas subjetividades.

É no exercício dessa relação que surgem novos saberes, novas possibilidades de ação, e um outro olhar sobre a realidade emerge, como fruto do diálogo. Diálogo aqui entendido não apenas como comportamento verbal, mas em sentido mais abrangente, o de encontro, de comunicação em todos os níveis de relação, na qual o outro é visto em sua totalidade, como um ser essencialmente diferente de mim e de outros seres.

Desta forma, a construção e a incorporação da centralidade de questões sociais no processo de formação em saúde se configuram como uma necessidade concreta para a continuidade da reorientação do modelo de atenção à saúde. Dependendo de como é feita a escuta dos problemas e necessidades dos usuários, pode-se, mesmo incorporando suas demandas aos objetivos e estratégias dos cenários de ensino-aprendizagem, perpetuar uma relação desigual em que se valorizam somente as percepções dos estudantes e docentes sobre a realidade. Porém, o que se propõe aqui é a construção de uma proposta de formação em saúde impulsionada pelas demandas da comunidade, em busca de um conhecimento reflexivo, coerente e em acordo com tais demandas.

Em sintonia com essas concepções, entendemos que os encontros e as tramas produzidos pelos cenários de práticas e formação possibilitados pelo impulso reformista da política do SUS devem ter um caráter predominantemente reflexivo e vivencial, e não apenas informativo.

Quanto ao perfil desejado do profissional em formação, ressaltamos a importância de desenvolver ou estar aberto a desenvolver a habilidade de ouvir, condição básica para criar os vínculos que permitam estabelecer a confiança necessária à troca de experiências pessoais que levem ao crescimento das pessoas envolvidas. Ouvir é acolher sem julgar; é, junto com o outro, construir o sentido daquilo que está sendo vivido.

Nessa perspectiva, entendemos que os momentos produzidos pelos e nos cenários diversificados dos diversos cursos de formação profissional em saúde devem, imperativamente, servir como um espaço onde se possa ouvir, considerando o momento de vida de cada um presente em seus papéis socioculturais, abordando a experiência de ser numa abrangência que ultrapasse o ponto de vista de sua capacidade meramente de aplicador de uma técnica ou de um procedimento, mas, sim, como alguém portador de autonomia e com possibilidades de assumir o papel de sujeito histórico, podendo,

dessa forma, se apropriar da sua condição de cidadão. Isso evidencia o caráter essencialmente social e político da prática formativa e profissional.

Existem, pois, nos processos de reformas curriculares, condições que devem ser preenchidas para o desenvolvimento de estruturas (individuais e coletivas) em que pensamento, sentimento e ação se completem e se transformem num canal de expressão dos diversos envolvidos, para que as potencialidades das mudanças no campo da Saúde se consolidem.

Mesmo considerando a saúde como um direito da pessoa humana que deve ser garantido pelo Estado, temos também que considerar os limites dessa intervenção sobre os problemas que afetam a saúde das pessoas. Logo, na produção de saúde não cabe adotar uma lógica unidimensional embasada apenas pelo conhecimento anatomopatológico produzido pelos avanços da ciência (Macêdo, 2006: 230)<sup>8</sup>. Esta produção deve ser construída individual e coletivamente, sendo perpassada e erguida a partir de uma concepção ampliada de saúde.

O mais expressivo resultado não pode ser quantificado ou reduzido à utilização de técnicas ou procedimentos, mas emerge da identificação e consolidação de canais. Visa ampliar a atuação do território das práticas em saúde e dos diferentes processos de trabalho em saúde, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços e a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Talvez o objeto de ensino deva ser delimitado não somente pela academia, mas pactuado com os movimentos sociais, entidades governamentais, não-governamentais e a população. O ensino, principalmente nas universidades públicas, tem o potencial de assumir uma função e um compromisso com a construção e consolidação de políticas públicas, na saúde principalmente, mas também em outros setores na perspectiva da intersetorialidade. Ressaltamos, ainda, que, quando os diversos personagens sociais acolhem os estudantes em seus espaços, estão exercendo ativamente seu papel de formadores e colaboradores na construção do profissional da saúde desejado.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 de nov. 2001; Seção 1, p. 38.

2. Pontes ALM. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. Rio de Janeiro. Mestrado [Dissertação] - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
3. Immergut EM. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 1996; (30): 39-173.
4. Boron AA. Estado, Capitalismo e Democracia na América Latina. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1994.
5. Abranches SHH. Na corda bamba: doze estudos sobre a cultura da inflação. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.
6. Saippa-Oliveira G, Koifman L. Integralidade do currículo de Medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: Martins JJN et al. (Orgs.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 143-164.
7. Castoriadis C. A instituição imaginária da sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.
8. Macêdo MCS, Romano RAT, Henriques RLM, Pinheiro R. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. (Orgs.) Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2006.

---

# ANÁLISE SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE CENÁRIOS EM ATENÇÃO BÁSICA NO CURSO MÉDICO DA FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS/FASE/RJ

Paulo Klingelhofer de Sá<sup>I</sup> João Carlos de Miranda<sup>II</sup>

Palavras-chave: Atenção básica; Cenário de ensino; Humanista.

---

## INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta a experiência da Faculdade de Medicina de Petrópolis/Faculdades Arthur Sá Earp Neto (FMP/Fase) no desenvolvimento de cenários de atenção básica voltados para a tríade ensino-serviço-comunidade. Os cenários foram desenvolvidos no final da década de 1990, buscando formar um profissional generalista que integrasse os anseios da sociedade quanto a competências e habilidades técnicas, com os valores éticos, morais, sociais, sanitários e ambientais que um profissional deve possuir, compondo uma visão mais humanista sobre promover e recuperar a saúde, além de prevenir doenças. Morin<sup>I</sup>, em *Os sete saberes necessários para a educação do futuro*, mais especificamente para o século 21, defende a necessidade de formar um ser humano mais integral, contemplado em todas as suas dimensões, mas com capacidade de refletir e agir sobre o mundo de forma diferente da verificada até hoje, a fim de construir um modelo de sustentabilidade compatível com todos os seres do planeta.

As escolas formadoras na área da saúde, assim como nas demais áreas do conhecimento, vêm enfrentando este dilema entre a continuidade de um modelo social fragmentado e em declínio e a possibilidade de um novo ainda não manifestado no horizonte. As Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecem todo um arcabouço de idéias para a formação médica que, embora ainda não

saibamos como alcançar, é flexível o suficiente para buscarmos diferentes soluções. Que médico desejamos? Estes elementos permeiam toda experiência inovadora que busca provocar as estruturas hegemônicas.

## HISTÓRICO

O movimento da Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP)/Faculdades Arthur Sá Earp (Fase) para a formação de um médico generalista e de conduta mais humanista vem desde a sua criação, há 40 anos. Historicamente, a instituição sempre priorizou a formação geral, embora utilizasse distintas estratégias alinhadas ao pensamento da época.

A formação do profissional médico passou por momentos de grande ênfase na atenção hospitalar, mas também por breves experiências na Atenção Primária. No início da década de 1970, a instituição participou da elaboração do I Congresso Brasileiro de Medicina de Família, um feito bastante avançado quanto à formação médica na época. No entanto, somente na segunda metade da década de 1990 é que a instituição iria realizar movimentos mais audaciosos em relação à atenção básica, impulsionada pelos investimentos do Ministério da Saúde na organização do Sistema Único de Saúde.

Tradicionalmente, a medicina social, berço das reflexões dos determinantes de saúde e doença, estabeleceu os primeiros passos desenvolvendo investigações

---

<sup>I</sup> Médico; Mestre em Saúde Pública; Co-Coordenador do Programa Curricular Saúde Sociedade; Diretor das unidades ambulatoriais da FMP/Fase.

<sup>II</sup> Biólogo; Mestre em Ecologia; Coordenador do Programa Curricular Saúde Sociedade; Coordenador de Pesquisa e Extensão da FMP/Fase.

de cunho descritivo e diagnóstico que possibilitariam fundamentar as ações de saúde na região de Cascatinha, território de inserção do antigo *campus* da faculdade. A pesquisa, intitulada “Marco Zero”, gerou dados preciosos sobre as características demográficas, sociais e territoriais locais, permitindo engajar os estudantes no diagnóstico e no desenvolvimento de ações de saúde mais planejadas e dirigidas às necessidades da população.

O “Marco Zero” fomentou nos estudantes a vontade de compreender melhor o sistema de saúde do Brasil e do mundo. Isto gerou em alguns deles o desejo de viajar a Cuba, a fim de conhecer a experiência do seu sistema de saúde, fortemente organizado a partir da Medicina de Família e com ótimos indicadores de saúde. Em 1996, alguns estudantes se aventuraram à ilha cubana e retornaram encantados com o que viram. A experiência dos estudantes em Cuba foi apresentada na Semana Científica da faculdade no mesmo ano, em mesa-redonda sobre experiências nesta área. O espaço foi compartilhado com a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (RJ), que apresentou seu Programa Médico de Família (Sá, 2003)<sup>2</sup>, a primeira experiência oficial de governo, municipal, de organização do sistema de saúde a partir dos médicos de família na atenção básica.

A faculdade passa a olhar o movimento de organização da atenção básica pelas diferentes iniciativas de governo como as de Niterói e do governo federal, por meio do lançamento do Programa Saúde da Família, com maior interesse pela necessidade de ampliar os espaços de formação dos estudantes de Medicina em direção a uma atenção básica mais qualificada e mais adequada ao ensino. Seu primeiro movimento mais relevante em relação aos cenários da atenção básica foi a criação do Ambulatório Escola (Ambe), em 1998. Era um ambulatório constituído de clínicas básicas, complementado por algumas especialidades como oftalmologia, dermatologia, otorrino e psiquiatria. Posteriormente, foram agregados alguns exames complementares de imagem, visando à melhoria da resolutividade diagnóstica, além da inserção de estudantes de outros cursos implantados na instituição, como Enfermagem e Nutrição.

A implantação do Ambe foi um importante marco na valorização de um cenário ambulatorial básico que observasse o princípio da formação de um médico generalista. Mediante convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis (RJ), a unidade passava a fazer par-

te da rede SUS local, compondo a rede de referência e contra-referência do município. Apesar do investimento no Ambe, a experiência de ensino centrada no hospital ainda era muito forte. A unidade hospitalar de ensino era e é estruturada em uma unidade geral do município, o Hospital Alcides Carneiro, municipalizado e agora elevado à categoria de Serviço Social Alcides Carneiro (Serac), com autonomia de gestão, mas pertencente à rede municipal.

Com o Ambe, pudemos valorar no currículo a experiência ambulatorial básica. No entanto, o olhar eminentemente assistencial ainda era a tônica, e apenas algumas poucas experiências de educação em saúde eram desenvolvidas às custas da participação da Enfermagem e da Nutrição, ficando o curso de Medicina quase restrito às atividades assistenciais. O hábito, a cultura e o sistema de crenças de que a medicina deveria ser quase essencialmente assistencial ainda eram muito fortes, herança do ensino hospitalar, ocasionando uma transposição do olhar hospitalar para o ambulatório e mantendo as práticas tradicionais de orientação ao indivíduo com foco na abordagem fragmentada e medicamentosa. As ações de saúde, mesmo as assistenciais, não ampliavam seus enfoques para o contexto de vida do usuário, atendo-se apenas à questão do organismo ou de uma parte dele. A hegemonia da assistência deixava a educação em saúde em segundo plano (Vasconcellos, 2001)<sup>3</sup>. Como diz Leonardo Boff<sup>4</sup>, cuidar é um ato para além do processo carnal, uma atitude de veneração ao corpo sagrado instituído pela natureza e vivificado pelo caráter humano de ser.

Embora articulado com a rede municipal, servindo como referência aos pacientes que receberam alta do hospital de ensino, Serac, o Ambe serviu também como referência geral para o restante da rede municipal. Mas a atenção básica, nos moldes da atenção primária, ainda era tímida. A Constituição Federal do Brasil de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, a Norma Operacional Básica de 1996 e outras medidas do Ministério da Saúde do Brasil deixavam clara a necessidade de organização do Sistema Único de Saúde por intermédio da atenção primária.

Apesar do debate entre diversas áreas de ensino, de serviços de saúde, de gestores e de representações de usuários a respeito da melhor adequação da formação dos profissionais de saúde às necessidades da sociedade,

as ações para mudanças curriculares ainda eram pontuais e tímidas (Marins, 2004)<sup>5</sup>.

Em 1999, a faculdade providenciou um projeto de implantação para duas equipes de Saúde da Família, nos moldes determinados pelo Ministério da Saúde. A implantação de cenário próprio se justificava pela insegurança quanto aos rumos da gestão na cidade por conta das mudanças políticas, aumentando a autonomia da faculdade no desenvolvimento do PSF e colocando-a à parte das tradicionais posturas dos servidores municipais.

Inicialmente, a decisão sobre qual comunidade seria beneficiada ficou a cargo das lideranças comunitárias, que, junto com alguns técnicos, decidiram por duas comunidades. Os critérios foram: comunidades que participassem do fórum regular de comunidades que ocorria, e ocorre, mensalmente na faculdade, como uma iniciativa para participar da vida estrutural e organizacional da população da região onde seu *campus* se situava; perfil epidemiológico dessas comunidades, levantado pelo “Marco Zero”; e características demográficas, geográficas e de organização social que pudessem oferecer condições mínimas ao desenvolvimento do PSF junto à população.

Em 2000, implantamos a primeira unidade de Programa Saúde da Família (PSF), a unidade Saúde da Família Nova Cascatinha, localizada nas dependências do Ambe. Embora tenha sido implantado pelo governo federal em 1994, o PSF só ganhou mais projeção a partir dos incentivos da Norma Operacional Básica de 1996 (MS, 1996)<sup>6</sup>. A FMP/Fase fez parte do Pólo de Capacitação da Estratégia Saúde da Família, do Estado do Rio de Janeiro, junto com outras instituições formadoras, desde o final da década de 1990. Assim, ela formalizou junto ao município a intenção de implantar equipes de PSF próprias integradas à rede SUS, reflexo de sua percepção clara de que as atividades no Ambe ainda não alcançavam a compreensão ampla sobre integralidade da atenção à saúde (Pinheiro e Mattos, 2001, 2003)<sup>7,8</sup> e a dimensão humanística tão almejada pela instituição. Àquela época, o PSF se revelava com forte potencial para enfrentar as visões fragmentadas e hospitalocêntricas hegemônicas da estrutura curricular. A idéia de manter equipes próprias, porém integradas à rede municipal, tinha como pressuposto o fato de a rede particular exercer maior controle sobre o processo de trabalho dos profissionais em relação à rede pública. Contribuiu para isso também o fato

de as unidades serem alvo de alocação dos estudantes e por isso exigiram um profissional técnico específico, com experiência em Saúde da Família, como também afinidade acadêmica.

O início foi marcado por uma timidez institucional, até porque foi necessário que as equipes de PSF funcionassem por um ano sem estudantes, com o intuito de organizar a estrutura das unidades e da atenção à saúde local, uma vez que nesse período existiam muito poucos profissionais com perfil para trabalhar nesse programa, principalmente na área médica. O ideal era qualificar os profissionais em serviço por intermédio da própria estrutura da faculdade. Um ano depois, já estávamos com duas equipes funcionando, e a medicina social foi a primeira a inaugurar sua utilização em sua carga horária. Aos poucos, tímidos movimentos de sedução do corpo docente e discente foram sendo realizados, visando à incorporação do cenário pelo currículo.

Mas o caráter experimental do PSF seria um estigma a perseguir e que perdura até hoje. A compreensão do que significa o campo de saber da medicina de família, seu raio de ação, seu compromisso com o SUS e o fazer comunitário era rica em empirismo e com poucos estudos científicos. Experiências internacionais de alta relevância, como os modelos de Cuba, Canadá e Inglaterra, além da grande expansão das experiências nacionais, ainda eram insuficientes para convencer a força da tradição.

Em 2003, por solicitação do governo municipal para fazer frente ao Plano de Expansão do Saúde da Família (MS, 2003)<sup>9</sup> e impulsionados pela necessidade de ampliar os cenários e pelo reconhecimento da elevada qualidade do trabalho desenvolvido nos PSFs da faculdade, segundo pesquisa realizada pela ENSP/Fiocruz (Macinko et al., 2004)<sup>10</sup>, expandimos nossa rede própria de PSF para mais três equipes, o que permitiu um campo de cenário mais variado e amplo, favorecendo a alocação dos estudantes de forma mais regular e sistemática. Hoje, temos cinco equipes de Saúde da Família, que trabalham em quatro Unidades de Saúde, onde os profissionais técnicos – médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem – são contratados pela faculdade, e os agentes comunitários de saúde são contratados pela prefeitura. A estrutura física dos postos foi providenciada, modificada e equipada pela faculdade, que é responsável pelo custeio e manutenção das equipes e de suas atividades. O material de consumo é de responsabilidade da faculdade,

e os medicamentos são providenciados pela Secretaria Municipal de Saúde. Este pacto está formulado mediante convênio com o governo municipal, que repassa determinada verba para compor o custeio mensal das equipes em cerca de 25%.

## DESENVOLVIMENTO

Foram desenvolvidas experiências para buscar a adequação do cenário às necessidades acadêmicas, ao mesmo tempo em que os estudantes dos diferentes anos eram introduzidos nesse ambiente. Era grande a dificuldade de contratar profissionais médicos de família. Uma das possibilidades que vislumbramos foi a implantação da residência médica, fato ocorrido em 2002, com a abertura de quatro vagas, duas com bolsa municipal e duas com bolsa estadual, em Medicina de Família e Comunidade. Formaríamos os profissionais que iriam trabalhar em nossas equipes. Mas a ocupação das vagas nos concursos para a nossa residência era pequena, o que nos levou a abrir mão de duas vagas e a manter apenas duas, com bolsa municipal. A busca pela residência tem sido cada vez menor, apesar da boa qualidade do programa. Atribuímos tal fato ao mercado de Saúde da Família, que não diferencia, na contratação, quem possui ou não a residência em Medicina de Família e Comunidade. O estudante prefere ir direto para o mercado de trabalho ao invés de cursar mais dois anos sem que isso faça diferença em sua colocação no mercado (MS, 2006)<sup>11</sup>.

A qualidade do trabalho das duas equipes da faculdade era notória na SMS. As equipes eram solicitadas frequentemente para apresentar sua experiência em diversos fóruns, além de capacitarem, sob a forma de curso introdutório para Saúde da Família, os novos profissionais contratados para trabalhar nos demais PSFs do município. Passamos, então, a ser considerados como unidade de referência na área de Saúde da Família, inclusive com o desenvolvimento do curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade, em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e ENSP/Fiocruz. A inserção da instituição no campo da atenção básica não era mais apenas um desejo, mas uma realidade. Fazemos parte, inclusive, do Pólo de Educação Permanente do Rio de Janeiro.

Em 2003, fomos procurados pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro para formalizar um convênio de

intenções que buscava viabilizar cenários de atenção básica, mais especificamente PSF, para estudantes de pós-graduação de Zaragoza, da Espanha. Desde então, cerca de três médicos residentes em Saúde Mental daquele país ficam dois meses em nossas unidades de PSF com o intuito de experimentar ações de promoção e prevenção dirigidas a comunidades específicas.

A inquietude é a mola mestra da criatividade, e ainda estávamos insatisfeitos com os resultados obtidos. Modelos experimentais de inclusão de estudantes dos primeiros anos do curso médico nos impuseram demasiado desgaste junto ao corpo discente. Por ser uma prática experimental, o estudante não estava comprometido com o trabalho e, ao se deparar com as exigências acadêmicas das demais disciplinas, a primeira atividade a ser renegada era a prática nas unidades de Saúde da Família, pejorativamente chamada pelos estudantes de “postinho”. Do ponto de vista teórico, os conteúdos abordados ainda necessitavam de uma boa lapidação em termos de volume, pertinência e cadência. Houve várias tentativas de encontrar uma fórmula mais adequada, e a cada ano fazíamos importantes mudanças, que, porém, ficavam restritas ao âmbito da medicina social. Em 2004, experimentamos a possibilidade de o cenário integrar as diversas disciplinas do segundo ano do curso médico por meio de atividades comuns, desenhadas pelos professores das diferentes disciplinas, o que acarretou a formação de uma grande colcha de retalhos e, conseqüentemente, o fracasso da experiência. Em 2005, introduzimos o internato eletivo da medicina nos postos, com dez vagas, duas por equipe, onde o estudante ficaria três meses e meio mergulhado no cenário, desenvolvendo e participando de todas as ações de saúde promovidas pelas equipes. Segundo avaliação dos estudantes, o êxito foi muito grande, mas continuávamos engasgados com as experiências dos primeiros anos do curso. No ano seguinte, oferecemos a possibilidade do cenário para o terceiro ano da graduação, de forma experimental, mas a reação dos estudantes foi catastrófica. Eles se recusaram a participar desta experiência, traumatizados pela experiência ruim dos anos anteriores.

Uma importante mudança foi feita então: a inclusão de um pequeno período do internato, como obrigatório, para todo e qualquer estudante. O estudante seria lotado numa de nossas cinco unidades e ficaria em tempo integral por quatro semanas com o intuito de pelo me-

nos reconhecer melhor as práticas nesse cenário, futuro emprego de muitos deles ao longo do País. Esta medida gerou grande resistência inicial, mas posteriormente foi vista pelos estudantes como de grande valor para a sua formação, uma vez que nos primeiros anos eles não tinham clareza sobre o que significava o PSF.

Não dava mais para adiar, estava no fim a era dos experimentalismos. Optamos, então, pela regularização das atividades no cenário de atenção básica de forma a estabelecer um programa que possuísse um eixo norteador e que envolvesse os estudantes do 1º ao 4º anos do curso médico. Assim, no final de 2006, impulsionados pelo Pró-Saúde (MS, 2006)<sup>11</sup>, elaboramos o Programa Curricular Saúde e Sociedade (PCSS), que visava à inclusão de conteúdos antes não abordados mais profundamente no curso médico, associados à prática nas unidades de PSF. O foco do programa é despertar no estudante um olhar mais amplo, que relacionasse questões socioeconômicas mundiais, questões da organização da sociedade moderna, seus conflitos, a questão ambiental, modelos de sustentabilidade e o drama da atualidade com as situações das comunidades, realizando uma reflexão sobre os macrodeterminantes em saúde e o papel dos profissionais de saúde nessas questões.

No 1º ano, trabalhamos os macrodeterminantes de saúde-doença. Este conjunto de conteúdos é trabalhado em momentos teóricos semanais e nas atividades práticas nas unidades de PSF. As atividades práticas ocorrem em uma carga horária quinzenal, com a turma dividida em A e B, indo a turma A uma semana e a turma B na outra semana, e assim sucessivamente. Os estudantes são distribuídos nas cinco equipes de PSF da própria faculdade. Cada grupo de estudantes dispõe de um professor preceptor, além dos profissionais básicos de uma equipe de PSF. As atividades práticas estão conectadas com os conteúdos ministrados em sala de aula.

No 2º ano, o PCSS agrega o olhar coletivo, mais focado nas famílias e dirigido a grupos específicos, como criança e mulher. A carga teórica é menor, mas as atividades práticas continuam com o mesmo padrão do 1º ano. Os temas são discutidos teoricamente, porém articulados com a prática, vinculando os estudantes e as famílias por meio dos grupos específicos. No 2º ano, os estudantes são organizados em duplas e vinculados às famílias – cerca de três a quatro – a serem acompanhadas ao longo do ano. O foco do 2º ano é a possibilidade de

relacionar os diferentes elementos do equilíbrio dinâmico da saúde em diferentes ciclos de vida associados aos macrodeterminantes vistos no 1º ano.

O 3º ano é a continuidade dos saberes acumulados no 1º e no 2º, só que com um componente a mais: a abordagem do indivíduo segundo os moldes da integralidade da visão do processo saúde e doença. A carga horária prática é igual à do 2º ano, e os estudantes continuam em duplas. Nas avaliações, notamos que o desempenho vem melhorando a cada ano à medida que as ações se mantêm de um ano para o outro. Mas no 3º ano ainda encontramos uma oscilação de motivação por conta da competição com as demais disciplinas, que têm foco no hospital como centro de excelência na formação do médico.

No PCSS do 4º ano, as turmas são divididas em A e B, e subdivididas em mais dois grupos, A1, A2, B1 e B2. A turma A fica no primeiro semestre, e a B no segundo. A turma A1 vai numa semana, e a A2 na outra, de forma intercalada, acontecendo o mesmo com a turma B no segundo semestre. Isto acontece porque a grade curricular dá grande ênfase à clínica médica, restando pouco tempo disponível para desenvolver as atividades do PCSS.

## CONCLUSÃO

A cada ano, avaliamos o desempenho e a opinião dos estudantes e buscamos reformular as atividades e conteúdos, a fim de obter o melhor resultado possível. Ainda caminhamos com dificuldades, mas com certeza já avançamos bastante e acumulamos muita experiência na inserção do estudante no cenário da atenção básica. O envolvimento do estudante do 3º e do 4º ano ainda carece de um modelo mais integrador que envolva as demais disciplinas destes anos, mas o modelo do 1º e do 2º ano está mais adequado.

É importante destacar que este cenário é mutável e dinâmico, pois os diferentes elementos que estruturam e organizam nossa sociedade estão em constante conflito, despertando a necessidade de inclusão de temas e questões contemporâneos, mesmo que ainda não estejam visualizados no âmbito das comunidades. Como exemplo, temos a questão da sustentabilidade da vida no planeta em face das recentes e constantes notícias sobre as condições do ambiente e do clima. Torna-se imprescindível rediscutir o homem, a sociedade, suas práticas e escolhas de vida, seu modelo de consumo e geração de

resíduos, o uso da água, do solo, dos recursos naturais e a convivência harmônica de todos os seres. Não podemos conceber que as instituições formadoras da saúde não se movimentem nesta direção e revejam seus currículos. A humanidade, mais do que nunca, precisará de um profissional de saúde capaz de compreender e despertar essa discussão junto a comunidades, indivíduos e famílias, percebendo o processo saúde e doença não como algo estático, mas como uma busca de equilíbrio permanente a partir dos desafios existentes.

Nossa instituição introduziu esta questão ambiental e de sustentabilidade no PCSS desde o primeiro ano do curso. Formalmente, estes conteúdos ocupam quase 70% dos conteúdos abordados ao longo do primeiro ano. Porém, segundo o entendimento de que esta questão não pode ficar restrita a um segmento do curso, ela vem sendo ampliada aos demais anos do PCSS e avança para o internato, quando ele passa pelas unidades de PSF, assim como para a Residência em Medicina de Família e Comunidade. Os profissionais técnicos são capacitados nestas questões desde 2006, e agora os agentes comunitários de saúde de todo o município ao longo de 2008, garantindo que todos – estudantes, preceptores, profissionais de serviço e pós-graduandos – estejam atualizados sobre a complexidade da questão e assim promovam debates e discussões junto às comunidades, mudando atitudes. Consideramos vital a existência de espaços flexíveis para a formação de profissionais de saúde que se libertem das grades da assistência.

O PCSS faz parte do nosso projeto para o Pró-Saúde da medicina e estamos fazendo a avaliação geral este ano, a ser publicada no segundo semestre. Do ponto de vista do programa, analisamos a experiência como positiva na influência do estudante quanto aos aspectos relevantes na abordagem mais humana, ética e integral do indivíduo, de sua família e da comunidade.

Diferente vai se tornando o desafio à medida que cresce a experiência. Erros são cometidos e novos conhecimentos e tecnologias desenvolvidos. Reconhecemos a tecnologia não como um instrumento material, concreto como um aparelho eletrônico, mas como um equipamento intelectual que permite a elaboração de novos conceitos, reestruturação de paradigmas e revisão de práticas com o intuito de melhor servir e cuidar.

O desenvolvimento de atividades no cenário de atenção básica, ao contrário do que muitos pensam, é bas-

tante complexo, mas um importante desafio a vencer para o bem da sociedade e a saúde das instituições de ensino. Segundo Capra (2005)<sup>12</sup>, a complexidade, a visão sistêmica da vida e a capacidade do homem de integrar saberes desenvolvendo conhecimento são o melhor caminho para sairmos do impasse provocado pela postura da sociedade contemporânea. Quando se fala de visão integral do homem, isto significa de tudo que o envolve, inclusive ele mesmo, mas não centrado nele ou a serviço dele, porém a serviço da evolução da vida e do universo.

## REFERÊNCIAS

1. Morin E. Os sete saberes necessários para a educação do futuro. Cidade: editora; 2002.
2. Sá PK. Integralidade da Atenção à Saúde no Programa Médico de Família de Niterói. Mestrado [Dissertação] – Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2003.
3. Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: Hucitec; 2001.
4. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 11.ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
5. Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Org.). Educação médica em transformação. São Paulo: Hucitec; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica; 1996
7. Pinheiro R, Mattos RA (Orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/Abrasco; 2001.
8. Pinheiro R, Mattos RA (Orgs). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/Abrasco; 2003.
9. Brasil. Ministério da Saúde; 2003.
10. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. International Journal of Health Planning and Management. 2004;19: 303-317.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília/DF; 2006.
12. Capra F. As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável. São Paulo: Cultrix; 2005.

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem: trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2006. 162p.
- Capra F. O Ponto de Mutação. São Paulo: Cultrix; 1982
- Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde. PSF: A transformação começa pela atenção básica. Revista CONASEMS 2004; Ano I (6).
- Trevisol J. O reencantamento humano. São Paulo: Ed. Paulinas; 2004.

---

# EDUCAÇÃO MÉDICA NA FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS

Jair Araujo Junior<sup>1</sup>

Palavras-chave: Educação médica; Escolas médicas – história.

---

## INTRODUÇÃO

Documentar, no *Caderno de Educação Médica da Abem*, a educação médica na Faculdade de Medicina de Campos no contexto das ações desenvolvidas no Estado do Rio de Janeiro é missão difícil para um docente dessa escola, ex-aluno, ex-diretor e atual responsável pela Fundação Benedito Pereira Nunes, sua mantenedora. Portanto, não é fácil desvincular sua visão carregada de subjetividade e emoções, desenvolvidas nos últimos 36 anos de convivência diuturna, de uma pretensa neutralidade que a situação exige. Neste sentido, o gentil convite feito pelo professor João José Neves Marins, editor dos *Cadernos*, a quem manifestamos de imediato nosso agradecimento, nos honrou e desafiou a compatibilizar fidelidade na descrição histórica à interpretação do significado pessoal que possam interessar ao grupo seletivo de leitores desta publicação.

A importância dos 200 anos de educação médica no Estado do Rio de Janeiro, completos de forma pioneira pelo Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro neste ano de 2008, com a participação, até o momento, de mais 14 outros cursos, enfrenta o desafio de formar, conforme preceituam as Diretrizes Curriculares estabelecidas pelo MEC, em 2001, “médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como

promotor da saúde integral do ser humano”. Este ambicioso, mas necessário, perfil profissional representa a necessidade contemporânea a ser suprida pelo médico, tendo como foco permanente as necessidades de saúde da população.

Constatar se o egresso da Faculdade de Medicina de Campos está cumprindo aquela missão é tarefa avaliativa desta mesma sociedade, por meio de processos ou episódios isolados de avaliação, formal ou não, oficial ou popular. Esta avaliação deve ser permanentemente buscada como fonte de orientação para mudanças no aperfeiçoamento do processo de formação a que são submetidos nossos alunos. A nós, unidades e profissionais formadores, cumpre desenvolver da melhor forma possível o papel que nos cabe de facilitadores no processo de formação do médico, que não se esgota na graduação, mas que busca, nesta etapa, a base sólida a ser desenvolvida no exercício profissional por toda a vida.

Que processo, histórico e pré-histórico, desenvolveu a identidade que a Faculdade de Medicina de Campos ostenta aos 40 anos de existência? Como se caracteriza sua gestão, com seus atores, instâncias e responsabilidades, em sua sustentação e evolução? Como vem sendo constituído seu corpo docente e como este indispensável segmento é capacitado, valorizado e desempenha suas atividades? Que estrutura física, de recursos laboratoriais e de informação, além de que cenários dispõe para desenvolver o processo de ensino-aprendizagem? Que modelo pedagógico adota e como chegou a este momento? Quem é o aluno que entra, permanece durante seis anos e busca exercer a profissão médica após esse período? São essas algumas das perguntas que nos

---

<sup>1</sup>Professor, ex-aluno e ex-Diretor da Faculdade de Medicina de Campos.

afligem a cada momento e sobre as quais buscaremos oferecer informes para que cada um possa respondê-las segundo seu juízo pessoal.

## IDENTIDADE INSTITUCIONAL

A data de 14 de outubro de 1967 é o marco inaugural da Faculdade de Medicina de Campos, com seu curso médico de graduação. Mediante resolução tomada pela Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia, por proposta do dr. Almeida Gusmão, na sessão de 9 de novembro de 1964, de fundar em Campos uma Faculdade de Medicina, a Fundação Benedito Pereira Nunes, como entidade mantenedora, iniciou em outubro de 1966 as obras necessárias à sua implantação. Isto para atender à forte demanda comunitária, para que tivéssemos uma escola que formasse médicos de acordo com as necessidades sociais e que contemplasse um contingente grande de jovens universitários que tinham que se deslocar para os grandes centros à procura de formação profissional.

Estudos desenvolvidos pelo professor José Roberto Ferreira, na Organização Pan-Americana de Saúde, respaldavam aquela realidade com o diagnóstico de que Campos, no Norte Fluminense e Londrina, no Paraná, eram as duas únicas cidades no Sul e Sudeste que, por suas singularidades geográficas e culturais, comportavam a criação, à época, de novas escolas médicas. Apesar de planejada para funcionar a partir de 1968, a escola teve que acelerar suas obras para, atendendo às contingências daquele momento universitário brasileiro, ser inaugurada em 14 de outubro de 1967, pondo à prova a capacidade de trabalho, rapidez e organização de seus fundadores. Essa capacidade nos sentimos orgulhosos e gratos em reconhecer ao enunciar seus nomes: os médicos Plínio Bacelar da Silva, presidente da Comissão de implantação; Geraldo da Silva Venâncio, presidente da Fundação Benedito Pereira Nunes; Osvaldo da Costa Cardoso de Melo; Wilson Paes; Décio Lobo de Azevedo; Luiz Carlos Mendonça da Silva; Almeida Gusmão; Honor de Lemos Sobral; os advogados Nilson Lobo de Azevedo e Josepha de São Paulo Meireles, além do jornalista Latour Arueira.

Não é difícil perceber que a pluralidade profissional de seus fundadores, associada ao berço institucional representado pela hoje mais que octogenária Associação (Sociedade) Fluminense de Medicina e Cirurgia, gravou a vocação comunitária e participativa no destino a ser per-

corrido por essa escola médica. Seu traço filantrópico e não lucrativo, tendo como finalidade primeira o trabalho em benefício da saúde da população, principalmente a mais carente, decorre da trajetória da Fundação Benedito Pereira Nunes, sua mantenedora.

Desde sua criação, em 6 de dezembro de 1934, a Fundação se responsabilizou pela Policlínica e Maternidade de Campos. A partir de 20 de setembro de 1946, passa a manter o Hospital Infantil, conservando-se em sua atividade assistencial, sempre voltada para as necessidades sociais. Em 7 de dezembro de 1962, assume a nomenclatura atual, incluindo entre suas finalidades as prerrogativas de criar, instalar e manter estabelecimentos de ensino médico e paramédico e institutos científicos. Os edifícios ocupados até então por aquelas unidades hospitalares e assistenciais passaram a sediar a Faculdade de Medicina de Campos. Em 1º de outubro de 1979, a Fundação Benedito Pereira Nunes incorporou, por generoso gesto da então Diretoria, liderada pela dra. Josefa São Paulo de Meireles, o patrimônio da extinta Liga Campista e Norte-Fluminense de Combate ao Câncer, e com ela o inacabado Hospital Álvaro Alvim, que hoje funciona de forma plena como hospital-escola, certificado como de ensino pelos Ministérios da Educação e Saúde.

Logicamente, a caracterização como escola médica não foi fácil. Ela está localizada na região norte do Estado do Rio de Janeiro, no município de Campos dos Goytacazes, a cerca de 300 quilômetros das capitais, Rio de Janeiro e Vitória, com população em torno de 300 mil habitantes e uma economia baseada na monocultura do açúcar. Existia na cidade um claro movimento no sentido de criar diferentes instituições de ensino superior, de diferentes origens – públicas ou privadas –, mas com o compromisso de engrossar o caldo de cultura universitária com que os anos 1960 demandavam contrapor os tempos de exceção política ao regime democrático. Nossos fundadores empreenderam uma grande peregrinação nacional em busca de modelos acadêmicos para formação médica, confluindo para dois cursos que, pela qualidade, tradição e inserção em nosso Estado, propiciariam um salutar intercâmbio de pessoas e idéias. A Faculdade Nacional de Medicina da então Universidade do Brasil e a Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense foram a matriz final de currículos e pessoas buscadas como diretriz para os nossos primeiros passos.

Associaram-se ainda ao projeto médicos de notável experiência assistencial e inata vocação docente, oriunda de centros de excelência assistencial e de formação pós-graduada, como o Hospital dos Servidores do Estado e o Hospital dos Acidentados, além de talentos médicos que desenvolveram suas vidas profissionais em nosso município sem perder de vista a relação com seus pares de especialidade, em nível nacional e internacional. Foi daí que surgiram professores notáveis e generosos que, com imenso sacrifício pessoal, aqui compareciam – e alguns até hoje comparecem semanalmente – para oferecer sua experiência e principalmente o modelo de conduta a ser seguido por essa recém-nascida escola médica e por seus sucessores.

A referência aos nomes dos ex-titulares serve como exemplo concreto e como grata lembrança pelo muito que representaram e sempre representarão para a nossa comunidade acadêmica. São eles: Anatomia: Rogério Benevento, Ronald Nyr Alonso da Costa e Maurício Moscovici; Biologia e histologia: Bruno Alípio Lobo e George Bittencourt Doyle Maya; Bioquímica e biofísica: Mauro Operti, Lafayette Rodrigues Pereira e Paulo Travassos Filho; Higiene e medicina preventiva e do trabalho: José Rodrigues Coura, Airton Clausem, Délio Câmara da Costa Alemão, Renato Moretto e Nedílson Lariú; Estudo dos problemas brasileiros: Paulo de Oliveira Rodrigues; Fisiologia e farmacologia terapêutica e experimental: Lauro Sollero; Psicologia médica: Paulo Sérgio Lima e Silva e Hugo Nunes de Carvalho; Anatomia e fisiologia patológicas: José Maria Pinto Barcellos e Honor Sobral; Parasitologia: José Otílio Leite Machado; Microbiologia e imunologia: Nénton Pinto Fernandes Távora; Semiologia e clínica médica: Yussef Bedram; Anestesiologia: Antônio Pedro Serrão; Clínica cirúrgica: Guilherme Eurico Bastos da Cunha, Geraldo da Silva Venâncio, Edson Batista e Renan Catarina Tinoco; Clínica ortopédica e traumatológica: Hervé Linhares Machado; Clínica urológica: Nilton Vehnovitsky; Clínica otorrinolaringológica: Osvaldo Luiz Cardoso de Melo e Luis Rogério Pires de Melo; Clínica oftalmológica: Osvaldo da Costa Cardoso de Melo; Clínica ginecológica: Jean Claude Nahoum; Clínica obstétrica: Paulo Belfort Aguiar e Luiz Carlos Mendonça da Silva; Clínica pediátrica: Alberto Amim; Clínica psiquiátrica: Glauco Otávio Prunes; Medicina legal e deontologia: Everton Paes da Cunha; Clínica radiológica: Miguel Calil Issa; Clínica tisiopneumológica: Décio Lobo de Azeve-

do; Clínica dermatológica: Osvaldo Serra e Luiz Augusto Nunes Teixeira; Clínica de doenças infecciosas e parasitárias: Norton de Figueiredo e Walter Tavares; Educação física: Fernando Frisch Duncan.

As disciplinas acima listadas constituíram nossa primeira grade curricular, segmentada em dois grandes ciclos – básico e profissional –, como se organizavam todos os principais currículos contemporâneos a nossa criação. Criaram-se os laboratórios para o ciclo básico já com características multidisciplinares – Histologia com patologia; Microbiologia com parasitologia; Fisiologia com farmacologia; e Bioquímica com biofísica –, otimizando recursos, espaço e, principalmente, promovendo integração entre os afins.

O desafio do ciclo profissional se avizinhava. Um hospital-escola único, de dimensões e recursos suficientes para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa clínica aplicada e da extensão era o paradigma que se exigia. No entanto, as possibilidades locais, associadas à vocação empreendedora pelo novo, e o grande espírito comunitário que nos aliava aos hospitais comunitários e filantrópicos acabaram transformando essas unidades no cenário ideal, em que se reuniam as excelências da assistência prestada aos mais carentes com o insumo da ciência médica aplicada ao ensino dos nossos futuros médicos. Não contávamos com o perfil de alta frequência de doenças raras, tão comuns nos hospitais universitários pela seleção de referência por que passam, mas, sim, com a imensa maioria do que hoje denominamos principais necessidades de saúde da população, a doença que necessita tratamento hospitalar.

Outra boa oportunidade surgida no início da nossa trajetória, nos anos 1970, foi o desenvolvimento, sob a liderança do inquieto e brilhante Renato Moretto, das pioneiras ações de integração docentes e assistenciais, hospitalares e ambulatoriais, ampliando e interiorizando inicialmente a atenção à saúde materno-infantil, representadas pelo Programa Materno Infantil de Campos (Promaicam) e pelo Projeto de Atenção Integral à Saúde (Pais), realizados com o apoio do Hospital dos Plantadores de Cana, com sua rede de ambulatórios rurais. Contamos ainda com o apoio logístico da Prefeitura Municipal de Campos, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e do Grupo Othon Bezerra, além do apoio técnico da Organização Pan-Americana de Saúde e financeiro da Fundação W. K. Kellog.

Nos últimos dez anos, agregamos uma pós-graduação em áreas estratégicas, como Ensino médico, Morfologia, Pediatria, Obstetrícia, Saúde da família, Geriatria e gerontologia, Análises clínicas e Farmacologia, entre outras. Estes cursos contaram com a forte diretriz inicial de que se ministrassem no mínimo 180 horas-aula de conteúdos conexos a didática, pedagogia, métodos científico e de pesquisa aos docentes formados na experiência empírica da prática, a fim de que pudessem contar com embasamento teórico para a importante vocação que seu excelente exercício profissional sempre comprovou. Foi criado o curso de graduação em Farmácia, que, aos cinco anos de existência, começa a se afirmar como de excelência, de modo coerente com as possibilidades institucionais e as Diretrizes Curriculares oficiais.

Todas estas e muitas outras situações configuraram o perfil de escola médica comunitária que a jovem tradição de que somos portadores estabeleceu.

Hoje, após completar 40 anos, a Faculdade de Medicina de Campos, fiel às suas origens, conta com o respeito e o bom conceito local e nacional, tendo formado 2.971 alunos em 36 turmas e contando atualmente com 561 alunos, distribuídos por seis séries da graduação. Possui em seu quadro efetivo, regidos por Planos de Cargos, Carreiras e Salários voltados à valorização e ao incentivo à capacitação e ao desempenho, 127 docentes, em sua maioria ex-alunos, e 82 funcionários técnico-administrativos que, de forma preponderante, associam longo tempo de exercício com um compromisso institucional exacerbado, buscando o constante desenvolvimento desta escola médica. Conta, ainda, com profissionais da área da saúde que colaboram em atividades assistenciais para a integração ensino-serviço, indispensável à formação de nossos alunos. Estamos sob a responsabilidade de uma eficiente Diretoria, liderada pelo professor e ex-aluno Nélio Artiles Freitas, que exercita de forma própria e abnegada a árdua missão de honrar nossas tradições e avançar em direção ao desenvolvimento da excelência na educação médica de qualidade, objetivo final de todos.

## GESTÃO

A gestão da Faculdade de Medicina de Campos se desenvolveu segundo um processo que acompanhou – e em alguns momentos precedeu – a evolução e as necessidades contemporâneas ao seu desenvolvimento. As

relações diretas, harmônicas e convergentes com a Fundação Benedito Pereira Nunes, sua mantenedora, nunca impediram que seus diretores cumprissem a responsabilidade plena pelos aspectos acadêmicos e administrativos inerentes às suas atividades educacionais.

À Fundação compete a responsabilidade jurídica final, zelando pelo controle geral, administrativo, jurídico, financeiro, contábil, patrimonial e filantrópico na atenção e apoio aos mais carentes, submetendo-se fundamentalmente ao controle social exercido desde o seu início por seu Conselho Supremo, exercido pelos principais titulares dos seguintes poderes, instituições ou entidades do município de Campos dos Goytacazes: Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia; Prefeitura Municipal; Câmara Municipal; Fórum da Comarca; Santa Casa de Misericórdia; Sociedade Portuguesa de Beneficência; Associação Fluminense dos Plantadores de Cana; Faculdade de Medicina de Campos; Diretório Acadêmico Luiz Sobral; Sindicato dos Médicos; Associação de Imprensa; Associação Comercial e Industrial; Fundação Cultural; Fundação de Desenvolvimento do Norte Fluminense; Fundação Rural; Faculdade de Filosofia; Faculdade de Odontologia; Faculdade de Direito; Faculdade Cândido Mendes; Clubes de Serviço – Rotary (4) e Lions (4); Câmara Júnior; Clube dos Médicos; Associação dos ex-Alunos; Associação dos Docentes; e Conselho Municipal de Saúde. Essa configuração garante a sua caracterização estatutária de instituição de direito privado e domínio público, sem fins lucrativos. A real proprietária da Fundação e, por extensão, da Faculdade de Medicina de Campos é a comunidade campista, que a instituiu e acompanha, de forma totalmente responsável por sua condução e destinos.

A Fundação é dirigida por uma Diretoria, eleita por três anos, juntamente com um Conselho Curador. Não é concedida remuneração a seus membros, sendo esta atividade considerada *múnus público*. Seus presidentes, desde a criação da Faculdade de Medicina, foram os seguintes: Geraldo da Silva Venâncio (1966-91); Elpídio Manhães (1991-94); Nilson Bastos Guitton (1994); Makhoul Moussalem (1994-97); Marcos Bruno (1997-2000); Wilson Paes (2000-05); Jair Araujo Junior (2005 até os dias de hoje). É fácil observar que em seus 40 anos de existência a Faculdade conviveu com poucos e abnegados presidentes de sua mantenedora. Sem demérito para os demais, deve se destacar a gestão de Geraldo da Silva Ve-

nâncio, que, por 25 anos à frente da Fundação, implantou e manteve a Faculdade, cooperando de forma harmônica e construtiva com todos os diretores dessa escola médica, em um período em que consolidou sua jovem reputação de instituição formadora de médicos, séria, modesta nas posses e recursos, mas plenamente competente em realizar sua finalidade de formar, mais que informar, os profissionais médicos que nossa população necessitava.

A gestão da Faculdade contou com os seguintes diretores: professores Osvaldo Luiz Cardoso de Melo (1967-68); Ewerton Paes da Cunha (1968-73); Décio Lobo de Azevedo (1973-76); Luiz Carlos Mendonça da Silva (1976-85); Luiz Augusto Nunes Teixeira (1985-86); Osvaldo da Costa Cardoso de Melo (1986-93); Jair Araújo Junior (1993-2005); Nélio Artiles Freitas (2005 até os dias de hoje). Cada um destes abnegados gestores acadêmicos, que não abandonaram em nenhum momento suas atividades docentes, representou, por suas características próprias, um tipo de gestão.

Dois ciclos podem ser identificados. Nos primeiros 25 anos, os diretores foram fundadores dessa escola ou conviveram de forma próxima com seu processo de criação. A competência com que operacionalizaram cada passo do planejamento, execução e avaliação de suas atividades deixou marcas profundas em nossa identidade. Era absolutamente necessário que a evidente ascendência técnica e moral que tinham sobre toda a comunidade acadêmica fosse utilizada para realizar os objetivos dessa mesma comunidade.

Os anos seguintes foram assumidos por dois ex-alunos que buscam a participação direta de todos os atores da comunidade acadêmica nas etapas da gestão referidas no ciclo anterior, acrescidas da pactuação coletiva em torno da solução dos problemas de interesse comum. Inaugurava-se em 1993 o processo de gestão participativa, que, iniciado pela identificação dos atores institucionais – gestores, docentes, discentes e funcionários técnico-administrativos –, evoluiu pela elaboração de um orçamento em que todos analisavam as propostas e suas justificativas, e elegiam suas prioridades, chegando a receber a seguinte referência feita por Gallo, no relatório 99/00 do Projeto Cinaem III Fase:

*Redirecionamento de recursos pela modificação da gestão. Estas experiências não são exatamente de aproveitamento de oportunidades do ambiente externo, mas*

*particularmente de otimização das possibilidades inerentes à natureza privada das escolas, caracterizadas pela captação de recursos das mensalidades e da prestação de serviços. O paradigma é o Orçamento Participativo, implantado em Campos (RJ), que propicia a inversão da lógica tradicional de relação orçamentário-financeira, com conseqüente redefinição do investimento de acordo com prioridades pactuadas entre os distintos Atores.*

Fortaleceram-se as representações da Associação dos Docentes de Medicina de Campos (Adomec), da Associação dos Funcionários da Faculdade de Medicina de Campos (Afamec) e do Diretório Acadêmico Luiz Sobral (Dals), com a garantia de voz e voto em todas as instâncias e fóruns internos. A institucionalização deste e de outros avanços na gestão foi regulamentada pela reforma do Regimento, realizada em 1999, que criou as seguintes instâncias de decisão e participação: Conselho Supremo: assembleia final e Departamental: deliberativo em questões didáticas e científicas; Comissão de Seleção de Alunos: presidida pelo coordenador de graduação, com três membros docentes e um discente, coordena e aperfeiçoa o sistema de admissão, além de analisar os processos de solicitação de transferências; Comissão de Assistência ao Estudante: presidida pelo vice-diretor, com seis membros docentes, seis discentes e um assistente social, seleciona os candidatos carentes a bolsas e demais programas assistenciais ou de financiamento da mantenedora; Comissão de Pesquisa: presidida pelo coordenador de Pesquisa, com cinco membros docentes, um discente representando o Dals e um discente representando a Supem, tem por finalidade estimular a realização de projetos de pesquisa a serem executados por membros do corpo docente e/ou discente, procurando fornecer apoio e subsídios para sua realização, ouvindo o Comitê de Ética em Pesquisa e/ou a Comissão de Ética no uso de animais; Comissão de Planejamento e Orçamento: presidida pelo diretor, com três membros docentes, um representante da Adomec, um representante do Dals e um representante da Afamec, elabora a proposta orçamentária anual e acompanha mensalmente sua execução a partir das formulações oriundas dos setores, disciplinas e departamentos; Comissão Pedagógica: presidida pelo coordenador pedagógico e de Cultura, contando com os representantes da Adomec, do Dals, da Afamec, além do coordenador de Graduação e da

Assessoria Pedagógica, desempenha importante papel no apoio e planejamento das atividades pedagógicas da escola, contando com a participação, sempre que necessária, dos chefes dos Departamentos. As Coordenações foram também redefinidas da seguinte forma: Coordenações de Graduação, Pós-Graduação e Extensão, Pesquisa, Pedagógica e de Cultura.

A regulamentação, por si só, não garante o exercício pleno da gestão participativa. É necessário perseverança e permanente incentivo para que todos os atores se sintam verdadeiros autores da política e da gestão institucionais, sem intervir, logicamente, nas responsabilidades executivas dos gestores eleitos. O processo eleitoral conta com uma etapa fundamental de consulta à comunidade, que, pelo voto, com pesos proporcionais, como preceitua a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, indica, em chapa vinculada, o diretor e o vice-diretor para o quadriênio, sendo permitida a recondução. Este processo induz os que se dedicam à gestão da escola a desenvolver projetos de gestão e a defendê-los perante a comunidade, que se encarregará de zelar permanentemente para que sua realização seja satisfatória.

A compreensão de qualquer processo, principalmente de gestão, necessita de tempo de observação e convivência com quem o exercita ou vive sob a sua influência. Neste sentido, a Faculdade de Medicina de Campos encontra-se em permanente inquietação e busca de aperfeiçoamento, e, após nove anos, está iniciando uma nova revisão de seu Regimento, para, assim, manter contemporâneas regras e práticas.

## **DOCENTES, DISCENTES E FUNCIONÁRIOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS**

A adoção da gestão participativa no segundo ciclo de gestão (1993- 2008) como matriz para a implementação das políticas educacionais, organizacionais e de autoconhecimento não significa uma visão reducionista do imenso valor que a gestão desenvolvida no ciclo sob a responsabilidade de nossos fundadores (1967-93) representou na criação e consolidação de nossos corpos docente, discente e técnico-administrativo. Significa, entre outras, a evidência sistematizada e metodológica de que sempre foram estes três atores os mais importantes pilares na realidade concreta de nossa existência e desenvolvimento. A abordagem que faremos do perfil de

cada um deles significa reconhecimento à singularidade de suas histórias e missões, confluentes para o avanço constante dessa escola médica.

### **Docentes**

Inicialmente, o corpo docente foi constituído com o convite e aceitação, comprometida com a nossa proposta, de profissionais de considerável reputação no meio da educação e assistência médicas de nosso Estado. Um bom exemplo pode identificar, entre os nomes já citados, os nossos titulares iniciais. A observação retrospectiva deste grupo precursor nos permite, hoje, identificar três tipos de predicados, definidores de subgrupos, tornados pilares estruturais permanentes do nosso corpo docente, criados espontaneamente:

- a) Professores em sua maioria titulares da UFRJ e UFF, lideranças de escola acadêmica, principalmente na área básica, de experiência e largo conceito conquistado junto à educação médica brasileira e que, além de organizar suas disciplinas e Departamentos, ministrar semanalmente magníficas aulas e estimular com seu exemplo, se preocuparam em capacitar para sua sucessão os próprios ex-alunos, que aqui se radicariam. Alguns exemplos: Anatomia: Rogério Benevento; Maurício Moscovici; Bruno Alípio Lobo; George Bittencourt Doyle Maya; Lafayette Rodrigues Pereira; José Rodrigues Coura; Lauro Sollero; José Otílio Leite Machado; Osvaldo Serra; Norton de Figueiredo;
- b) Jovens professores, médicos de intenso e conceituado exercício assistencial que se dedicaram à nossa escola, desenvolvendo um modelo de ensino profissional, baseado nas reais necessidades de saúde e excelência da prática assistencial. Alguns exemplos: Yussef Bedram; Edino Jurado da Silva; Guilherme Eurico Bastos da Cunha; Hervé Linhares Machado;
- c) Jovens, competentes e inquietos professores, dispostos a enfrentar o desafio de sustentar o dia-a-dia do nosso modelo pedagógico, sempre buscando rediscuti-lo e provocar as inevitáveis mudanças. Alguns exemplos: Renato Moretto; José Maria Pinto Barcellos; Honor Sobral; Nértion Pinto Fernandes Távora; Osvaldo Luiz Cardoso de Melo; Osvaldo da Costa Cardoso de Melo; Jean

Claude Nahoum; Paulo Belfort Aguiar; Luiz Carlos Mendonça da Silva; Everton Paes da Cunha; Décio Lobo de Azevedo, Luiz Augusto Nunes Teixeira.

Importante marco na organização e identidade como ator social dos docentes foi a fundação, em outubro de 1983, da Associação dos Docentes da Faculdade de Medicina de Campos. Entidade independente, mas sem corporativismo radical, representativa do desejo associativo dos docentes, promove, em 25 anos de existência, uma constante luta pelo aperfeiçoamento cultural e funcional dos nossos professores, participando, de forma ativa e propositiva, de todos os fóruns institucionais, buscando soluções para os problemas específicos da categoria, confluentes com as necessidades desta escola médica. Foi marco em sua trajetória o profundo estudo sobre a carreira docente, promovido em 1991, que culminou com a Proposta de Criação de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários, base para o nosso atual PCCS, implantado a partir de 1995. Esse Plano significou a concretização de uma real política de valorização do corpo docente, que apresenta as seguintes diretrizes:

- Admissão e promoção a titular somente por concurso de provas e títulos. Mantém-se assim a democratização no acesso e a necessária mescla entre docentes ex-alunos e os vindos de fora, que assumem aqui novos desafios e compromissos. Alguns exemplos são os professores Fernando Manoel Paes Leme; Aldo Franklin F. Reis; Paulo de Assis Melo; Eliane Gomes de Almeida; Tânia Tano; Ana Maria Mendonça; Regina Célia Fernandes; Valdebrando Lemos; Jorge Sabaneff; Sílvia Regina de Souza Moraes; Marlana Ribeiro Monteiro; Andréya Moreira Machado; Consuelo Chicralla Martins;
- Valorização diferenciada em horas de desempenho no ensino, na extensão, na pesquisa e na administração, além da titulação, escalonada nos seguintes níveis, valorados segundo múltiplos da referência mínima de instrutor: titular – 3,7 vezes; auxiliar V (doutorado ou livre-docência) – 3,1 vezes; auxiliar IV (mestrado com cinco anos de efetivo exercício como mestre) – 2,8 vezes; auxiliar III (mestrado) – 2,2 vezes; auxiliar II (especialista com no mínimo 180 horas-aula de domínios conexos à didática necessária à Educação médica) – 1,9

vezes; auxiliar I (graduado com pós-graduação em Educação) – 1,3 vezes; instrutor ou ingressante (graduado) – 1 vez.

## RESULTADOS

Em 1994, contávamos com 121 docentes, dos quais 60% moravam em Campos, com vínculos distribuídos em níveis de titular, assistente e auxiliar, com carga horária padronizada em 20 horas semanais cumpridas de forma heterogênea. A titulação era de 21% com *stricto sensu*, 70% de especialistas e 10% de graduados, sendo 9% do total pós-graduados em Educação ou mais de 180 horas-aula de domínios conexos necessários à Educação médica.

Em 2008, contamos com 127 docentes com uma carga horária média de efetivo desempenho de 14,2 horas, dos quais 84% moram em Campos, com vínculos efetivos no PCCS, distribuídos pelos 7 níveis: 22 titulares com média de 15,1 horas; 12 auxiliares V com média de 9,5 horas; 11 auxiliares IV com média de 14,7 horas; 21 auxiliares III com média de 14,7 horas; 50 auxiliares II com média de 15,6 horas; 1 auxiliar I com 5 horas; e 10 instrutores com média de 9,6 horas. A titulação é de 41% com *stricto sensu* e 59% de especialistas, sendo 40%, desse total de pós-graduados em Educação ou mais de 180 horas-aula de domínios conexos necessários à Educação médica.

Desta forma, contamos hoje com um corpo docente qualificado, motivado ideologicamente pela educação médica de qualidade e que, coerentemente com nossos marcos históricos, é liderado pelos seguintes titulares efetivos: Anatomia: Jair Araujo Junior; Biologia e histologia: Annelise M. de Oliveira Wilken de Abreu; Fisiologia e farmacologia: Miguel de Lemos Neto; Medicina legal e deontologia: Fernando Carvalho Vasconcelos; Pediatria: Renato Alves Moretto; Ginecologia: Dib Abdalla Chacur; Obstetrícia: Aldo Franklin F. Reis; Saúde coletiva I: César Ronald Pereira; Saúde coletiva II: Erick Schunk; Microbiologia e imunologia: Nerton P. Távora; Parasitologia: José Otílio Machado; Clínica médica: Geraldo Augusto P. Vemâncio; Semiologia: Edino Jurado da Silva; Doenças infecciosas e parasitárias: Nélio Artiles Freitas; Dermatologia: João Luiz Matos de Almeida; Psiquiatria e saúde mental: Maurício Lobo Escocard; Traumatologia-ortopedia: João Peralva Bousquet; Urologia: Rubem Andrade Arruda; Cirurgia: Fernando Manoel Paes Leme; Oftalmologia:

Oswaldo da Costa Cardoso de Melo; Otorrinolaringologia: Magid Abud.

A docência foi uma das variáveis de maior impacto na qualidade da educação médica, sendo a sua profissionalização meta a ser buscada, estabelecida coletivamente ao término dos dez anos do processo de avaliação transformadora desenvolvido pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) (1991-2000). Valorizar a titulação e o desempenho é uma ação estratégica na busca deste ideal. A valorização oficial dessas iniciativas é reforço fundamental ainda não exercido pelo Sinaes, que continua pontuando, com maior ênfase, indicadores isolados e não os aspectos sistêmicos e seus impactos na singular realidade das instituições onde realmente acontecem.

## Discentes

A boa formação profissional dos alunos de uma escola é o principal objetivo de toda instituição responsável e comprometida com sua missão educadora. Não basta, no entanto, uma boa infra-estrutura física, de pessoas e de recursos pedagógicos. Ao aluno cabe a principal tarefa: aprender, em suas singularidades pessoais, incorporando cognição, habilidades e atitudes, necessárias ao bom desempenho profissional.

A Faculdade de Medicina de Campos, ao ser criada em 1967, projetou atender a uma demanda regional por formação de médicos. Havia baixa disponibilidade de novos profissionais para substituir aqueles que encerravam suas atividades, associada à evasão de nossos jovens, que buscavam nos grandes centros a sua formação médica. Nesses centros, eles se radicavam e, na maioria dos casos, desenvolviam sua vida profissional pós-graduada. Esta realidade fez com que se projetasse, inicialmente, uma escola com turmas anuais de 64 alunos, preparando-se toda a infra-estrutura de laboratórios para uma capacidade de utilização de 32 alunos em cada turno de prática.

Nem sempre o que se planeja encontra ressonância nas demandas sociais futuras. A existência de um contingente expressivo de candidatos aprovados em vestibular para universidades públicas, mas não admitidos devido à escassez de vagas nestes cursos, criou a figura do excedente. Esta realidade encontrou ressonância política, sendo deflagrado um movimento de incentivo oficial à

abertura de novos cursos privados e à ampliação significativamente alta das vagas dos cursos públicos. Os reflexos em nosso cuidadoso e cauteloso projeto foram imediatos, sendo “sutilmente imposto” um acréscimo de um módulo de 32 alunos, ficando nossas turmas com 96 alunos, associando-se uma antecipação no cronograma para a autorização de funcionamento do curso. Passamos também a contar com alunos vindos de outros Estados, alguns bastante longínquos e de realidades socioculturais diversas da nossa.

O que poderia hoje parecer um equívoco histórico tornou-se um importante propulsor do desenvolvimento cultural de nossa região, aliado a uma qualidade sólida, conquistada com seriedade e aplicação permanentes da comunidade acadêmica, do sistema de saúde local e de toda a comunidade campista.

Diante do novo contexto vivenciado nos anos 1990, decorrente da proliferação nacional, excessiva e descontrolada dos cursos médicos, assumimos um novo desafio, preocupados com a busca permanente de aperfeiçoamento da qualidade: reduzir em 20%, inicialmente, o número de alunos por turma, com o objetivo de, a médio prazo, retornar ao projeto inicial de 64 alunos, melhorando a relação professor/aluno. Detínhamos, àquela época, a aparentemente meritória posição de curso com as anuidades mais baratas do nosso Estado. Isso acarretava uma impossibilidade de investimentos em nosso corpo docente e infra-estrutura física que os novos tempos impunham. Resolveu-se, então, a partir de 1995, reduzir o ingresso para 80 alunos, a fim de progressivamente alcançarmos, em 2000, a plenitude de nossas turmas com esse número de alunos.

Apesar de bem planejada, pedagógica e economicamente, e de ter possibilitado, mediante pactuação com os alunos, a implantação do PCCS para os docentes, esta mudança encontrou resistência interna e, por incrível que pareça, junto ao MEC, que desconfiava de que alguma intenção subjacente estivesse por trás desta iniciativa. O tempo encarregou-se de mostrar o acerto da medida, e o único reconhecimento público foi uma moção de aplauso estabelecida no Congresso da Abem em 1995. Repete-se, assim, a falta de reforço positivo que os processos oficiais de avaliação oferecem às iniciativas inovadoras e coerentes com o bom senso.

Nova revisão do nosso número de alunos ocorreu a partir de 2006. A necessidade de sustentação econômica

de um importante projeto de busca de equilíbrio entre os recursos necessários para a manutenção da qualidade e a capacidade de os alunos arcarem com um razoável valor das anuidades fez com que, em 2007, fosse fixado em 90 o número de alunos por turma e em 2008 retomados os 96 alunos, conforme nossa autorização e reconhecimento estabelecem. Contamos hoje, portanto, com um total de 561 alunos, distribuídos pelas seis séries.

A caracterização dos nossos alunos não se prende apenas ao número de vagas. Alguns importantes papéis são desempenhados, significando uma formação cidadã, que deve acompanhar a profissional. São eles:

- o Diretório Acadêmico Luiz Sobral (Dals), que representa nossos alunos desde 1967, com uma intensa atividade cultural, política e esportiva;
- a Sociedade Universitária de Pesquisa Médica (Supem), criada em 1970, é gerida por estudantes, tendo incentivado por meio de inúmeros cursos, jornadas e congressos a pesquisa e a discussão pública de seus resultados. Assumiu atualmente a criação das ligas acadêmicas.

A política de apoio aos alunos é bem representada pelos seguintes exemplos:

- a) Apoio biopsicossocial – Os fatores biopsicossociais influenciam a formação profissional. Desenvolvemos o programa Serviço de Apoio aos Estudantes (SAE), estruturado com médico clínico, médico psiquiatra, psicólogos, pedagoga e assistente social. Ligado diretamente à Coordenação Pedagógica, o SAE faz acompanhamento preventivo de todos os alunos durante o curso de graduação. Busca identificar fatores de risco, individuais e coletivos, orientando e encaminhando a profissionais especializados, para uma solução;
- b) Programa de bolsas de estudo – A carência econômica que os alunos e suas famílias enfrentam prejudica o desempenho do estudante, exigindo da IES a busca de soluções que minimizem seu impacto negativo. São oferecidas bolsas de estudo aos alunos, que se candidatam anualmente e se submetem a uma seleção que leva em conta a necessidade socioeconômica, classificando e beneficiando segundo os recursos disponíveis. Este processo é

realizado inicialmente pelo Serviço Social da Fundação, que promove a inscrição, preenchimento da ficha socioeconômica pelo candidato, classificação segundo planilha predefinida pela Comissão de Assistência ao Estudante, além de realizar visitas aos candidatos para constatar as reais condições de vida. A Comissão de Assistência ao Estudante, formada por seis docentes e seis discentes, com o apoio do Serviço Social, analisa os resultados da primeira etapa e classifica os candidatos, atribuindo os percentuais e origem dos recursos às bolsas, que têm duração de um ano, renovável. Outras fontes de bolsas, como monitoria e externas – prefeituras municipais e Fies –, são facilitadas.

Assim são os nossos alunos. Cada vez mais jovens e, como todos, com uma imensa motivação inicial para ajudar o próximo. Cabe à sociedade e a nós, órgão formador, incentivar, atribuindo reconhecimento meritório e profissional a esta qualidade geralmente ignorada.

### **Funcionários técnico-administrativos**

As pessoas que trabalham nos setores técnicos e administrativos da Faculdade de Medicina de Campos têm em comum a dedicação exclusiva, aliada a grande zelo pela escola, como se a sua casa fosse. O fato de vários estarem na Fundação Benedito Pereira Nunes desde a sua criação os fez desenvolver um espírito de cuidado responsável, que vem sendo assimilado por todos os que, novos, aqui são admitidos. Esses funcionários, pessoas simples alçadas à condição de eméritos, são os seguintes: Antônio Francisco Reis, Elísio da Silva Souto, Hamilton Monteiro Braga, Izaltina Claudino de Oliveira, Joselita de Sousa Paes, José Sebastião dos Santos, Paulo Pessanha da Silva, professora Ruth Maria Chagas de Oliveira Martins e Noeuci Gomes das Chagas. Evidência marcante da identidade desse valoroso corpo funcional foi sua evolução como ator social, com a criação, em outubro de 1997, da Associação dos Funcionários da Faculdade de Medicina de Campos (Afamec), que desenvolve produtivas atividades políticas, sociais e culturais.

Um dos fatos mais marcantes da sua trajetória foi a construção, juntamente com o Departamento de Pessoal, do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), específico para a categoria. Implantado em 1999, valorizou

e organizou a carreira com a hierarquização de cargos e salários segundo minuciosa descrição das missões e funções específicas, nos seguintes cargos: a) supervisor (4 níveis); b) encarregado (5 níveis); c) assistente (4 níveis); d) auxiliar (3 níveis). O apoio à qualificação de servidores técnico-administrativos é estabelecido por uma valorização, atribuída periodicamente, aos funcionários que se capacitarem e/ou se atualizarem em suas áreas de atuação. Oferecemos também cursos de capacitação e atualização, premiação do funcionário destaque do mês, bolsas parciais para frequência aos cursos de pós-graduação e cursos de capacitação de curta duração, desenvolvidos em parceria com a Afamec.

A organização dos setores obedece ao seguinte formato, com suas ramificações: a) Administração geral: ligada diretamente à Direção, cuida do planejamento, execução e avaliação das áreas financeira, de infra-estrutura e manutenção; b) Apoio ao Estudante: Centro de Apoio Pedagógico (CAP) e Serviço de Apoio ao Estudante (SAE), ligados diretamente à Coordenação Pedagógica, exercida pela vice-direção; c) Secretaria Executiva: cuida do fluxo de funcionamento e das ações emanadas diretamente do Conselho Diretor; d) Secretaria Acadêmica: ligada diretamente à Coordenação de Graduação, registra e valida toda a organização das atividades da graduação; e) Secretaria da Pós-Graduação e Pesquisa: ligada às Coordenações de Pós-Graduação e Pesquisa, apóia os cursos e demais atividades que lhe são afeitas; f) Laboratórios: contam com corpo técnico específico, ligado diretamente às disciplinas a que são afeitos.

A confluência para os Departamentos, de responsabilidade geral da Fundação, como Administração, Jurídico, Tesouraria, Patrimônio, Gestão de Pessoas e Contabilidade, garante o aspecto sistêmico da gestão.

## INFRA-ESTRUTURA

A Faculdade de Medicina conta, em sua sede, com:

- salas do Conselho Diretor, dos professores, das Secretarias Executiva, Acadêmica, de Pós-Graduação, de Internato;
- salas da Recepção, Administração, Tesouraria, Departamento de Pessoal, Serviço de Apoio ao Educando, Centro de Apoio Pedagógico, Telefonia, Arquivos, Manutenção e Obras;
- Diretório Acadêmico, Supem, Adomec e Afamec;

- auditórios: 1 com capacidade para 300 pessoas; 5 com capacidade para 100 pessoas; 2 com capacidade para 80 pessoas; e 4 com capacidade média para 60 pessoas. Espaços de convivência, cantina, estacionamento e sanitários. Acessibilidade garantida por elevador e rampas;
- laboratórios: Anatomia, Histobiologia com Patologia, Microbiologia-Imunologia com Parasitologia, Fisiologia com Farmacologia, Bioquímica com Biofísica, Cirurgia Experimental e Informática;
- informatização de todos os setores, com 103 computadores em rede interna, sendo 91 com acesso à internet;
- biblioteca: (a) Acervo: livros impressos, 2.550 títulos e 7.039 exemplares e assinaturas eletrônicas, 51 títulos; periódicos impressos, 241 correntes, sendo 217 nacionais e 26 estrangeiros e assinatura eletrônica de 87 títulos; 64 monografias; 333 teses e dissertações; 109 folhetos; 291 vídeos; base de dados com mais de 80 títulos de periódicos *full text*; (b) Política de atualização e expansão do acervo: aquisição, permuta e doação que atendam aos programas dos cursos oferecidos pela instituição, em consonância com seu projeto pedagógico, considerados os padrões de qualidade e quantidade estabelecidos pelo MEC/Inep. A aquisição é feita segundo proposta orçamentária elaborada no ano anterior, com base nas propostas emanadas das disciplinas e solicitações dos alunos; (c) Informatização: a base de automação do acervo é feita com o *software* Pergamun – Sistema integrado de Bibliotecas. A consulta ao acervo pode ser feita nos terminais existentes no local e *on-line*; (d) Salas para leitura e pesquisa: sala multimídia com 9 computadores e 20 assentos; 13 cabines individuais; 25 mesas individuais; 2 cabines de estudo em grupo com 2 mesas e 12 assentos; sala de estudos com 12 mesas com 6 lugares cada; (e) Ambiente climatizado, sinalizado, seguro contra incêndios, esterilizador de ar e antimoho, e iluminação fluorescente.

Contamos com ampla rede hierarquizada de Serviços de Saúde, nos diferentes níveis, a saber:

- **Centro de Saúde Escola de Custodópolis:** sede do Projeto Bairro Saudável, conta com várias

instituições de ensino superior que reúnem o ensino e a pesquisa de Campos, em busca da melhoria da qualidade de vida da comunidade. Integrado ao Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde (SUS), funciona como referência secundária em saúde mental, saúde do idoso, dermatologia sanitária, ginecologia e outros;

- **Hospital Escola Álvaro Alvim (certificado como hospital de ensino pelo MEC/MS):** 124 leitos; cinco salas de cirurgia; unidade de terapia intensiva com 10 leitos; serviços de clínicas médica, cirúrgica, pediátrica; setores de radiologia, análises clínicas, anatomia patológica, hemodinâmica e cirurgia cardíaca, neurocirurgia, oftalmologia, oncologia clínica e cirúrgica, entre outros. **Hospital dos Plantadores de Cana:** 207 leitos; dois centros cirúrgicos; serviços de obstetria de alto risco; pediatria, perinatologia, cirurgia, ginecologia e clínica médica e especialidades;
- **Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos:** 198 leitos; nove salas de cirurgia; unidade de terapia intensiva; serviços de clínicas médica, cirúrgica, ginecológica, obstétrica de baixo risco; UTI neonatal; endoscopia digestiva; tomografia computadorizada; ultra-sonografia; histeroscopia; medicina hiperbárica; ortopedia; outras especialidades;
- **Hospital Ferreira Machado:** 170 leitos, 6 salas de cirurgia, 8 leitos de neurocirurgia; 2 unidades de terapia intensiva, hemocentro regional, referência nível 3 do Ministério da Saúde para urgência e emergência; clínica cirúrgica; pediatria; doenças infecciosas e parasitárias; traumatologia-ortopedia; outras especialidades;
- **Santa Casa de Misericórdia de Campos:** 518 leitos (SUS, particular e convênios); 7 salas de cirurgia; 30 leitos na UTI; clínica obstétrica e pediátrica; clínica médica; clínica cirúrgica; hemodinâmica; cirurgia cardíaca; fisioterapia; endoscopia digestiva; tomografia computadorizada; outras especialidades.

A permanente parceria com a comunidade médica de Campos, por intermédio de suas associações, sempre permitiu avanços que não existiriam no isolamento a que estamos acostumados. Um dos exemplos mais eloquentes foi a construção, em conjunto com a Sociedade

Brasileira de Clínica Médica, de um Centro de Educação para a Saúde, com auditório de 300 lugares, e a expansão em um terço da biblioteca e da sede permanente da referida sociedade, que, sob a liderança do dr. Luiz José de Souza, vem desenvolvendo significativa e qualificada produção científica, com a participação e iniciação científica obrigatória de nossos alunos.

Formar nossos alunos na realidade do SUS só é possível com uma grande integração de projetos e ideais com os gestores municipais, estaduais e federais. Temos conseguido enfrentar este desafio com a determinação que a nossa história nos impõe, aliada à permanente disposição para o diálogo e dentro do possível desenvolvimento de projetos conjuntos, abrindo as portas do SUS para uma importante via de mão dupla em benefício da saúde da população.

## MODELO PEDAGÓGICO

“Formar o médico geral, com ampla concepção biológico-social de saúde e enfermidades, orientando-o na prática dos princípios éticos e humanitários” – assim o primeiro Regimento da Faculdade de Medicina de Campos traçou seus destinos em 1967. Ampliou-se em 1999 para “Formar médicos e outros profissionais de nível superior, da área da Saúde, preservando, elaborando e transmitindo os conhecimentos necessários ao exercício e desenvolvimento profissional, com ampla concepção biológico-social de saúde e enfermidades, orientando-os na prática de princípios científicos, éticos e humanitários”, persistindo até hoje. Cumprir esses objetivos e atender às Diretrizes Curriculares citadas no início deste trabalho é o que consubstancia finalmente a real educação médica em nossa Faculdade.

O modelo inicialmente implantado, hegemônico nacional e internacionalmente – biológico, cartesiano, com disciplinas divididas em ciclos básico e profissional, centrado no hospital – e coerente com o paradigma de qualidade vigente, logo começou a sofrer, nos anos 1970, as influências das possibilidades locais de desenvolvermos integração docente-assistencial e verticalização, com o ensino em ambulatórios rurais. Outra inovação foi o ensino de habilidades em manequins e modelos artificiais, com simulações de atos cirúrgicos simples, além de teatralizações como cenário para a discussão de atitudes. Praticávamos e aprendíamos todos, alunos e professo-

res, o desenvolvimento de competências médicas para a formação de profissionais e cidadãos. Durante 30 anos, esse modelo vigorou, criando uma identidade pedagógica sólida, mescla do ensino tradicional de qualidade com experiências inovadoras.

Os anos 1990 trouxeram para a educação médica nacional a necessidade de corrigir a intuída e preconceituosa concepção coletiva de que a formação deficiente dos nossos médicos era produto das “escolas privadas ruins”, decorrentes da “proliferação desordenada dos anos 1960”. Logo surgiu uma proposta de estabelecer o Exame de Ordem em medicina, com toda a carga punitiva sobre o recém-formado, sem atacar de fato as causas da má formação, mas, sim, delimitando um mercado que depende fundamentalmente de qualidade na formação e postura ética, humanística e responsável para um bom exercício profissional, com fiscalização dos Conselhos não somente sobre esse exercício como sobre as condições de trabalho. Surgiu então a Cinaem, que em três fases, com duração de dez anos, não somente diagnosticou, com forte embasamento científico, a deficiência geral – pública e privada – em formar médicos adequados às necessidades de saúde da população, como estabeleceu um novo paradigma para a formação médica – holístico, centrado na comunidade e biopsicossocial.

A participação ativa de gestores, professores e alunos da Faculdade de Campos nesse processo de construção coletiva e as bases estruturantes da nossa história, da gestão participativa e do incremento pedagógico e profissional da carreira docente e técnico-administrativa deflagraram um movimento de transformação do nosso modelo, no início dos anos 2000, em direção ao novo paradigma, oficialmente assumido pelas Diretrizes Curriculares. Trinta e nove oficinas, 12 reuniões dos Departamentos, 17 reuniões da Comissão Pedagógica, 3 Plenárias e 3 Reuniões do Conselho Departamental, seguidas por 2 do Conselho Superior, com a participação de 155 pessoas (docentes, discentes, funcionários, gestores e representantes da comunidade), foram necessárias para estabelecer as Bases para a Atualização Curricular na Faculdade de Medicina de Campos, produzindo os seguintes princípios fundamentais:

1) Médicos humanistas, que exerçam a medicina com visão e compromisso social, formação biopsicossocial e aptos à busca da educação continuada;

- 2) Pacto ético de todos, visando ao compromisso assumido com as Bases da Atualização Curricular;
- 3) Atualizações de estrutura (grade) curricular devem ser coerentes com as Bases da Atualização Curricular, dinâmicas e gradativas, integrando pessoas e conteúdos;
- 4) Definição de que disciplinas são locais em que grupos de pessoas adquirem e aprofundam conhecimentos em uma ou mais áreas específicas do conhecimento e habilidades. E que local ou espaço curricular é onde acontece o processo de ensino e aprendizagem, na estrutura (grade) curricular, preferencialmente de forma interdisciplinar. Cursos ou disciplinas com conteúdos optativos são necessários e desejáveis;
- 5) Participação de todos – alunos, professores e funcionários – como sujeitos na construção, execução e avaliação curricular e no cuidado com a comunidade;
- 6) Promoção da incorporação crítica, por todos, de habilidades e atitudes, principalmente ético-profissionais;
- 7) Interdisciplinaridade, integrando efetivamente conteúdos, habilidades, atitudes e principalmente pessoas;
- 8) Preparo de todos os sujeitos, visando à inserção precoce dos alunos em práticas comunitárias promotoras de saúde;
- 9) Avaliação interna e externa (Cinaem, MEC, etc.) como processo mediador de transformações que visem à melhoria da qualidade;
- 10) Valorização dos processos de formação discente – atual e futura – e de gestão participativa, assim como das carreiras docente e técnico-administrativa.

Os fundamentos da ética e humanismo serviriam de pano de fundo para o seguinte desenho curricular: a) Internato em dois anos, realizado nas cinco áreas (Ginecologia/Obstetrícia; Pediatria; Cirurgia; Saúde coletiva e Clínica médica); b) Disciplinas distribuídas em três áreas de atuação – Fundamentos, Integração e Aplicação; c) Dois períodos semanais de práticas laboratoriais compartilhados pelas disciplinas de Fundamentos; c) Três eixos integradores a serem desenvolvidos ao longo das quatro séries – Instrumentalização para o Exercício Pro-

fissional (IEP), Recursos Tecnológicos de Diagnósticos (RTD) e Formação Humanística e Biopsicossocial Aplicada à Saúde (FHBS); d) Cursos optativos.

Assim foi feito e a partir de 2002 foi implantado o novo modelo. Um permanente processo de avaliação interna e externa foi exercido, e começaram a surgir precocemente as resistências, fruto da insegurança de muitos docentes que não participaram ou manifestaram sua contrariedade durante o processo de construção coletiva desse novo modelo, aliada à transitoriedade e ao imediatismo de alunos que se mantinham impregnados de preconceitos contra o novo.

Em agosto de 2005, foram estabelecidas as seguintes diretrizes orientadoras e um processo de adequação curricular: a) Tornar as necessidades de saúde o fator e exposição; b) Racionalização de conteúdos; c) Racionalização da carga horária teórica e prática; d) Integração das ciências básicas e profissionalizantes; e) Possibilidade de módulos optativos; f) Estímulo à pesquisa; g) Racionalização das avaliações; h) Aumento das unidades básicas.

Em outubro de 2005, foi realizado o I Seminário sobre Transformação do Ensino na Faculdade de Medicina de Campos. Nesse evento, apesar de aprovado um novo modelo pedagógico, ocorreu, de concreto, um ajuste no currículo que suprimiu os eixos integrados e ampliou a carga horária de algumas disciplinas. “Retroceder um passo para podermos avançar com mais segurança”. Esta foi a lógica aprovada pela maioria dos responsáveis participantes desse seminário. Sábia porque fruto de decisão coletiva. Talvez prematura antes da avaliação plena do desenho anterior. Nunca saberemos. Apenas conseguimos comprovar, pela avaliação do Enade de 2007, que os alunos da única turma que cursou de forma plena aquele currículo tiveram um desempenho plenamente satisfatório e coerente com a nossa *performance* histórica em outras avaliações semelhantes.

Hoje continuamos a buscar humanização, integração, otimização dos conteúdos e revisão de nossos processos de avaliação dos alunos. O cinema e o teatro são ferramentas para humanizar, por meio do lúdico. Contamos também com um permanente e eficiente sistema de ava-

liação interna que, ao ouvir as satisfações quantitativas e qualitativas de todos os docentes, discentes e funcionários, estabelece, nos diferentes fóruns, as bases para as permanentes e necessárias mudanças e ajustes que o aperfeiçoamento contemporâneo e a nossa história exigem.

## CONCLUSÃO

Educação médica na Faculdade de Campos! Desafio imposto por gentil convite da Abem, aceito com satisfação, mas cumprido com muitas dúvidas entre obedecer à fidelidade histórica ou à subjetividade apaixonada que tenho pela escola que me formou, onde desenvolvo minha vida profissional docente e exercito a prazerosa missão de tentar contribuir para o seu desenvolvimento.

Ao tentar trilhar a fidelidade, desviei-me para a subjetividade. Deixo a quem ousar ler este ensaio a resposta sobre se cumpri ou não o desafio. Minha convicção é de que educação médica não é somente currículo, métodos pedagógicos, docentes, discentes, funcionários, infraestrutura, mas tudo junto, acrescido de compromisso com a competência, a ética e o humanismo, em benefício da saúde da população.

## BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

1. Moretto R. Atenção de Saúde em Pediatria. 1 ed. Rio de Janeiro: Damada Artes Gráficas e Editora; 1985.
2. Faculdade de Medicina de Campos. Catálogo Institucional 2007/2008.
3. Fundação Benedito Pereira Nunes. Estatutos da Fundação Benedito Pereira Nunes; 1987.
4. Faculdade de Medicina de Campos. [online]. Rio de Janeiro, Brasil; 2008. Disponível em: <http://www.fmc.br>
5. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Preparando a transformação da educação médica brasileira; 1999-2000. Relatório Projeto Cineaem III fase.
6. Faculdade de Medicina de Campos. Regimento da Faculdade de Medicina de Campos; 1999.
7. Revista do Centro de Estudos da Faculdade de Medicina de Campos. 2002 jan./jul.; 4(1/2).
8. Revista dos 40 anos da Faculdade de Medicina de Campos; 2007.
9. Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia. Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia: 80 anos de História (1921-2001). Campos dos Goytacazes: Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia; 2001. 185 p.

---

# MUDANÇA CURRICULAR NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA UNIFESO

*Etelka Czako Cristel<sup>I</sup> Luciana Maria Borges da Mata Souza<sup>II</sup>*

Palavras-chave: Diretrizes para a prática Médica; Currículo baseado em problemas.

---

## HISTÓRICO

O curso de graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos foi criado em 1970, como Faculdade de Medicina de Teresópolis, no processo de expansão do ensino superior que ocorria no País naquela época. Como a maioria das escolas médicas, possuía organização curricular baseada no modelo flexneriano e tinha o ambiente hospitalar como principal espaço de desenvolvimento da prática profissional. No primeiro semestre de 2008, encontra-se com os seis períodos iniciais no modelo curricular inovador e seis períodos no modelo tradicional.

Ao analisar a mudança curricular do curso, é importante destacar que não é possível fixar o marco inicial, o primeiro movimento em direção a uma modificação estrutural tão considerável. Já na década de 1990, a questão do currículo como expressão de um novo paradigma de ensino médico vinha sendo foco de encontros e seminários na escola. O impacto dessas discussões até meados dos anos 1990 era pequeno, visto que se localizavam mais no âmbito do diagnóstico do que na efetiva intervenção. O curso tinha formalizado e estabelecido com carga horária um Núcleo de Educação Médica composto por três professores e três estudantes; tinha participação regular nas discussões da Abem, e muitos dos planejamentos e ações iam sendo inspirados na troca de experiências e conceitos teóricos ensejados pelos encontros da Comissão Interinstitucional Nacional de Educação Médica (Cinaem). A escola tinha representação no Conselho Municipal de Saúde de Teresópolis e mantinha relação com a Secretaria Municipal. Alguns

gestores e docentes, que viriam a ser protagonistas dos primeiros passos da mudança curricular, participavam também dos encontros que resultariam na construção das Diretrizes Curriculares. O sistema de avaliação implantado pelo MEC de certa maneira também contribuía para o desconforto de todos os atores envolvidos com o processo de ensino-aprendizagem. A preocupação com a formação de um egresso mais instrumentalizado para o aprender, mais ético e consciente de sua responsabilidade junto à sociedade surgia nas reuniões do cotidiano e ia tirando de alguns docentes algumas certezas quanto ao seu próprio papel na formação do médico.

Àquela época, o projeto político-pedagógico do curso de Medicina possuía um currículo organizado numa estrutura vertical, com ciclo básico e ciclo profissional e disciplinas isoladas, algumas privilegiando a forma de ensinar por intermédio da transmissão. O internato tinha duração de um ano, e o desenvolvimento da prática profissional ocorria principalmente em nível hospitalar. Em 1983, foi criada uma Unidade Básica de Saúde vinculada à Feso, junto a uma comunidade vizinha, economicamente desfavorecida, denominada Beira-Linha. Tinha como objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação em cuidados primários de saúde, bem como servir de campo prático para alunos da graduação do curso de Medicina. Esta experiência mostrava-se rica, no sentido da sensibilização para as questões da realidade de saúde da população. Em 1999, com a reestruturação e ampliação do internato para um ano e meio e a organização da Atenção Primária do município, a experiência daquela unidade própria foi utilizada no décimo período

---

<sup>I</sup> Coordenadora do Curso de Graduação em Medicina do Unifeso; Médica; Mestre em Educação. [medicina@feso.br](mailto:medicina@feso.br)

<sup>II</sup> Docente do Curso de Graduação em Medicina do Unifeso; Coordenadora da Comissão de Currículo; Médica; Mestre em Saúde da Criança; Doutora em Saúde da Criança e da Mulher. [luborges10@gmail.com](mailto:luborges10@gmail.com)

do curso, mediante a obrigatoriedade de freqüentar as Unidades de PSF do município, em co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde.

O credenciamento da instituição como Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente contribuiu para que, em 2001, fossem promovidas duas oficinas de trabalho: “Capacitação Docente em Metodologia Problematizadora” e “Ensino Médico – Inovações Necessárias ao Processo de Transformação”. Nesta última oficina reuniram-se os professores das duas disciplinas de Psicologia Médica, duas disciplinas de Propedêutica e três de Saúde Coletiva, com o objetivo de construir uma proposta de integração que desse conta da dimensão biopsico-socioambiental do currículo, por meio do planejamento de um eixo de integração, que naquele momento foi chamado “Semiologia do Sujeito”.

## O PROMED E SUA REPERCUSSÃO

Com a divulgação do edital do Promed, foi elaborado um projeto de mudança curricular que por si só teve um grande mérito: levou o grupo de seis professores que o escreveu a registrar com fidelidade a real situação do modelo curricular da época e do curso como um todo. Essa visão da realidade permitiu uma profunda reflexão sobre as fragilidades do currículo e uma clara projeção do que a instituição desejava. A participação da direção da Feso na construção do projeto e sua posterior seleção pelas instâncias federais repercutiram no ânimo e na autoconfiança institucional. Desde a primeira ação de planejamento e de implantação, houve a automática inserção de docentes envolvidos com os outros cursos em função do entendimento de que o Promed tinha surgido da inquietação da sociedade em relação ao modelo de profissional de saúde que estava sendo formado.

Foram definidos os marcos referenciais do perfil e as diretrizes da escola, a necessária sintonia com as premissas da Feso, seu compromisso com o desenvolvimento local e regional, sua intenção de influenciar positivamente a gestão local no âmbito da saúde, e, resgatando a experiência adquirida nos anos anteriores, foi proposto um modelo de currículo que fosse ao encontro das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina.

O perfil do egresso, nesse novo olhar, passou a nortear o estabelecimento de objetivos e estratégias da mudança. A formação deveria garantir “um médico capaz

de oferecer atenção integral e contínua aos problemas de saúde da população, com base na responsabilidade, capacidade de comunicação interpessoal e de respeitar culturas diferentes que permitam um agir de forma ética, investigativa, crítica e reflexiva em interação com os serviços de saúde e com a comunidade”.

A partir dos vetores que balizavam a proposta do Promed, foram pensadas as seguintes estratégias para a mudança:

- construção de projeto pedagógico que integrasse o planejamento, a execução, o acompanhamento e a avaliação;
- organização de novos conhecimentos que influenciassem a mudança da organização dos serviços e a participação comunitária;
- ampliação da parceria com a SMS e com a comunidade;
- mobilização de pessoas para formar *massa crítica*;
- rearranjos políticos internos e externos para garantir a mudança;
- manutenção do respeito às individualidades dos atores envolvidos;
- manutenção da flexibilização dos processos que implicassem a condução da mudança;
- criação de fóruns de interação entre a escola, o serviço e a comunidade;
- revisão do processo de formação que envolvesse graduação e pós-graduação;
- identificação das demandas sociais em relação à própria formação, produção/construção do conhecimento e educação permanente dos atores envolvidos;
- compatibilização entre as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina e as diretrizes do Projeto Institucional da Feso;
- intercâmbio com escolas e serviços que tivessem efetivado mudanças semelhantes;
- estruturação de currículo por meio de eixos integradores gerais (Semiologia Ampliada do Sujeito, Ética e Humanismo, e Instrumentalização para Construção/Produção do Conhecimento) e específicos (Atenção à Saúde Materno-Infantil, Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso, e Bases para a Prática Médica Individual e Coletiva) que se desenvolveriam ao longo de todo o curso, com graus crescentes de complexidade;

- articulação permanente entre a realidade e o processo de ensino-aprendizagem, a construção do conhecimento e a atenção à saúde.

A organização inicial do currículo previa a criação de um “corredor” ao longo de todo o curso, com a utilização dos espaços/cargas horárias de algumas disciplinas preexistentes, que mobilizariam aproximadamente 30% da carga horária total do curso. À medida que foram feitas repetidas aproximações para refletir a proposta e novos elementos foram sendo agregados, ficou claro que a manutenção de algumas disciplinas tradicionais repetiria o modelo fragmentado e se distanciaria da proposta curricular de caráter sistêmico, norteadas pela integração dos campos de saber e fundamentada em metodologias ativas de ensino-aprendizagem centradas no aluno.

## A ESTRATÉGIA DO “Educação”

Professores e alguns estudantes agregados pela idéia da mudança renomearam o projeto, inicialmente referido como Promed. Optou-se por Educação e dessa forma passou-se a divulgar interna e externamente o movimento. Hoje é possível afirmar que esse detalhe deu visibilidade às ações e criou um clima de pertencimento nos professores, funcionários e estudantes envolvidos, o que foi muito benéfico.

O projeto político-pedagógico do curso de Medicina deveria ser revisitado, visto que possuía forte influência do modelo flexneriano, com compartimentalização do ciclo básico e ciclo profissional. Era necessário, portanto, construir um modelo pedagógico com fundamentação teórica interacionista, baseado em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, centradas no aluno, trabalhando com problemas originados do mundo real e objetivando o domínio dos instrumentos veiculadores do conhecimento de forma contínua. Para contemplar as diretrizes curriculares do MEC e institucionais da Feso, seria necessário abandonar de forma gradativa a concepção de currículo como grade curricular e somatório linear de disciplinas, voltando-se esforços para a formação de um profissional médico capaz de atuar em face das reais necessidades da população. Superar um modelo pedagógico tão cristalizado mostrava-se um grande desafio.

A partir do início de 2004 o trabalho foi organizado da seguinte forma: um grupo gestor, do qual fazia parte

o coordenador do curso, e um comitê executivo do Educação, composto por subcomissões de Capacitação Docente, Cenários de Prática, Currículo e Competências/Objetivos Educacionais. O comitê se reunia pelo menos uma vez por semana, e muitos professores participavam em mais de uma subcomissão. Foi instituída uma gratificação para os professores, já que não havia inicialmente carga horária específica para essas atividades.

Definiu-se que o grupo gestor deveria responder pelo projeto junto ao MEC e à direção superior da Feso, garantir a coerência com os pressupostos claramente definidos e supervisionar as estratégias específicas para implantação, acompanhamento e avaliação da proposta.

O Comitê Educação, composto inicialmente por oito professores, tinha como objetivos gerais: identificar a necessidade de capacitação de docentes e profissionais de saúde para utilizarem metodologias ativas de ensino-aprendizagem; sugerir estratégias para consolidar e ampliar a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis, identificando novos espaços e promovendo a inserção dos estudantes precocemente na rede; integrar a graduação com a pós-graduação; identificar as potencialidades de novas parcerias com outras entidades públicas e privadas; estimular ações interdisciplinares e intersetoriais; e fomentar a troca de experiências entre a Feso e IES que já haviam feito mudança curricular expressiva.

Nessa fase, o grupo Educação centrou os esforços na sensibilização e capacitação dos professores. Eram convidados professores envolvidos com a gestão das disciplinas e professores com representatividade junto ao corpo docente e discente, para ganhar a confiança e a credibilidade do grupo. A participação dos estudantes era pequena, e esse processo foi muito mais lento e difícil do que inicialmente se tinha imaginado. As atividades em geral ocorriam aos sábados, o que às vezes gerava algum protesto, mas era visto como a única possibilidade de encontro e participação dos atores envolvidos. Algumas atividades foram organizadas sob a forma de imersão de dois dias num hotel-fazenda, por exemplo, para aprofundar a reflexão e otimizar o processo de trabalho.

Entre 2003 e 2005, foram realizados cerca de 35 encontros, a maioria sob a forma de oficinas de reflexão pedagógica, cada uma envolvendo em torno de 30 pro-

fessores, com facilitação e relatório feitos por professor de outras IES. Para acelerar a sensibilização dos profissionais envolvidos com o Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Otaviano, em agosto de 2004 foram organizadas 19 “reuniões de hora de almoço”, para as quais foram convidados os médicos e professores dos turnos do dia e os plantonistas. Um professor do grupo gestor e um do Comitê Educação coordenavam o encontro, e os registros das falas e manifestações foram de grande riqueza na identificação de potenciais adesões e de muitas resistências. Visitas a outras instituições foram de essencial importância, inclusive no que tange à instalação do Laboratório de Habilidades, melhoria do acervo bibliográfico e troca de experiências quanto à forma de inserção na rede. Em agosto de 2004, foi lançado um boletim informativo sobre a mudança.

A partir desses poucos atores, o curso de Medicina começou uma sensibilização sistemática de docentes e estudantes para o processo de mudança, angariando parceiros de ambos os grupos. Além de planejar a transformação curricular, tal estratégia resultou em ações pontuais de algumas disciplinas, incorporação de estudantes e representação da comunidade no processo de discussão. Houve, inclusive, seminários de discussão da mudança curricular promovidos por algumas disciplinas do currículo tradicional.

Ao longo desse movimento, as Comissões receberam docentes e estudantes para compor o seu grupo de trabalho. Houve sempre a preocupação com a integração das Comissões que trabalhavam isoladamente, mas pelo menos uma vez por semana se reuniam para troca de informações e busca de sintonia na produção.

No início de 2005, a proposta curricular e os detalhes do primeiro ano foram finalizados. Os professores do primeiro período (das antigas disciplinas do ciclo básico) foram chamados um a um a fim de se integrarem, e foi possível implantar o novo currículo para alunos que ingressaram no segundo semestre desse mesmo ano.

A semana-padrão foi organizada com um turno de atividade pedagógica de transmissão, denominada “conferência”; dois turnos de tutoria, sendo a primeira hora de cada um desses turnos dedicada à reunião de Educação Permanente com os tutores; três turnos de Prática Profissional, sendo dois de Laboratório de Habilidades ou Morfofuncional e um de UBS; e quatro turnos de atividade autodirigida, conforme a grade a seguir:

### Iº Período

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Manhã	MPP/UBSF	MPP/LH	AAD	AAD	AAD
Tarde	Tutoria	AAD	MPP/LH	Tutoria	Conferência

### PRÓ-SAÚDE – UMA NOVA PERSPECTIVA

No começo de 2006, a partir da iniciativa da Direção Acadêmica da Feso e da Direção do Centro de Ciências Biomédicas (hoje Pró-Reitoria de Graduação e Direção do Centro de Ciências da Saúde, respectivamente), houve o encaminhamento (e seleção) de um novo projeto em resposta ao edital do Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação do Profissional de Saúde), juntamente com os cursos de Enfermagem e Odontologia.

Nesta nova perspectiva, têm-se grupos de trabalhos distribuídos em equipes construtoras de situações-problema, vinculadas às Comissões de Currículo, Avaliação, Integração Ensino-Trabalho-Comunidade e Educação Permanente. O objetivo dessas estruturas, algumas já trabalhando de forma conjunta, é promover a construção de um currículo o mais próximo do desejado pela instituição e pela sociedade. O desafio atual é a integração de competências comuns e transversais dos currículos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, respeitando-se a especificidade de cada profissão. Em março de 2007, numa grande oficina de trabalho que envolveu representantes dos cinco cursos da área da saúde, foi produzido um documento de aprofundamento da reflexão sobre a integralidade curricular, a necessidade de elaborar uma linha pedagógica que servisse como diretriz para os três cursos e o pressuposto maior do Pró-Saúde, que é a reorientação da formação profissional em Saúde. Um importante produto desse encontro foi a redefinição dos eixos estruturantes gerais do currículo: Semiologia Ampliada do Sujeito e da Coletividade; Ética e Humanismo; Construção/Produção do Conhecimento; e Política e Gestão em Saúde.

O Quadro I apresenta a organização atual do currículo do curso de Medicina.

### REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE GESTÃO DA MUDANÇA

As escolas de Medicina que passaram por transformações curriculares e o fizeram no âmbito do *currículo*, no senti-

**QUADRO I**  
**Organização do Currículo do Curso de Medicina**

PERÍODO	MÓDULOS
1º	Introdução ao estudo da medicina
	Fundamentos do processo saúde-doença
	Prática profissional
2º	Concepção e formação do ser
	Nascimento, crescimento e desenvolvimento
	Adolescência
	Prática profissional
3º	Vida adulta
	Envelhecimento
	Prática profissional
4º	Módulo eletivo
	Mecanismos fundamentais do processo saúde-doença
	Prática profissional
5º	Módulo eletivo (fundamentos em metodologia da pesquisa e medicina baseada em evidências)
	Apresentações clínicas I (concepção normal e patológica; saúde da mulher)
	Prática profissional
6º	Módulo eletivo
	Apresentações clínicas II (lactente, criança, adolescente e adulto jovem)
	Prática profissional
7º	Apresentações clínicas III (saúde do adulto e do idoso)
	Prática profissional
8º	Apresentações clínicas IV (clínica cirúrgica – criança, adulto e idoso)
	Prática profissional
9º, 10º, 11º, 12º	Internato rotatório e eletivo

do amplo, citaram uma série de peculiaridades e dificuldades de seus processos. Algumas merecem destaque:

- a relação de confiança e apoio que se desenvolveu entre o grupo da mudança curricular e a direção da instituição foi e tem sido fundamental para viabilizar as ações da implantação do novo currículo, uma vez que processos como esses têm repercussão desde a Secretaria Geral de Ensino até a

biblioteca, a rede municipal de Saúde e no âmbito das relações interpessoais;

- mesmo quando beneficiados por ações emanadas a partir do currículo novo, os envolvidos no currículo tradicional, sejam estudantes, docentes ou participantes da gestão, passam por sentimento de abandono e perda. É necessária grande atenção da gestão para esse fato;

- a participação dos estudantes é fundamental. Essa inserção não foi muito fácil porque os estudantes de Medicina se originam de outros municípios, o que dificulta a presença nas atividades de sábado ou de extremidade de período letivo;
  - o registro de todas as oficinas e reuniões sempre foi feito, e revisitar essas argumentações, definições e conclusões é de grande valor;
  - o processo avaliativo discente continua sendo uma fragilidade. A definição de critérios claros de aprovação, também. Nas escolas particulares de Medicina há uma relação institucional com o estudante e seu provedor financeiro, em geral o pai, que faz com que freqüentemente seja necessário explicar o compromisso social da escola para com a formação de um bom profissional de saúde;
  - a divulgação da forma de estruturação do currículo e, principalmente, da nova forma de avaliação discente só foi efetuada após a elaboração de uma resolução do Conselho Superior da Feso que formalizava e tornava legal a adaptação do Regimento Institucional;
  - houve uma pactuação do grupo gestor da mudança com a direção da instituição no sentido de que a implantação do novo currículo seria feita após um minucioso estudo da carga horária alocada na docência em cada período. Com base nesse estudo foi definido um teto que tem sido seguido com rigor, sem prejuízo ao processo. Garantir a viabilidade da mudança é fundamental;
  - uma constatação: o curso muda, mas o estudante ingressante tem perfil igual ao que prestava vestibular no modelo tradicional. Cabe à instituição trabalhar essa questão;
  - a distribuição dos 72 estudantes ingressantes por semestre em oito grupos de tutoria não tem sido muito complicada. Organizar a inserção, desde o primeiro semestre, nas práticas profissionais em grupos pequenos e em múltiplos cenários – laboratórios, Unidades Básicas e depois espaços da atenção secundária, hospital, etc. – requer dedicação e perseverança dos membros das comissões e coordenadores de período;
  - o desenvolvimento da capacidade investigativa e a produção de material vinculado à Atenção Básica têm sido intensos. Embora nos períodos iniciais se tenha dado maior ênfase ao relato das experiências de cada estudante, às vezes em detrimento da qualidade metodológica, tem havido evidente processo de construção do conhecimento;
  - grande número de capacitações antecedeu a implantação e, a partir de 2005, todas as oficinas tiveram inserção de profissionais da rede. Gradualmente isso tem se mostrado possível e tem dado algum resultado positivo;
  - a resistência dos docentes se manifesta das mais variadas formas, mas vai diminuindo lentamente. No entanto, muita atenção e acompanhamento são necessários, uma vez que pode haver alguns retrocessos, uma tendência a voltar ao modelo mais transmissor do que construtor do conhecimento. A idéia inicial de que um grupo de professores poderia vir a multiplicar o processo de sensibilização dos outros professores mostrou-se verdadeira, porém não na medida em que se esperava;
  - uma experiência desenvolvida no curso de Medicina com os ingressantes no início do período letivo (depois agregando os outros dois cursos) foi a simulação de um “grande acidente”. O envolvimento tem sido grande no “acidente” em si e em seus desdobramentos pedagógicos, e a atividade tem se mostrado muito estimulante.
- Enfim, o curso de Medicina do Unifeso vem vivenciando uma grande mudança que, apesar do intenso processo de trabalho, vem se mostrando gratificante.
- Este relato foi produzido referenciado:
- às Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina;
  - ao Projeto Político Pedagógico Institucional – Unifeso;
  - ao Projeto Político Pedagógico do curso de graduação em Medicina;
  - ao Promed;
  - ao Pró-Saúde.

---

# O DEBATE NECESSÁRIO: A IMPORTÂNCIA DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA PARA A FORMAÇÃO MÉDICA

Regina Guedes Moreira Guimarães<sup>I</sup> Maria do Carmo Ferreira<sup>II</sup> Fabiana de Mello Villaça<sup>III</sup>

Palavras-chave: Educação médica; Promoção da saúde; Saúde pública; Estudantes de medicina; Relações comunidade – instituição.

---

## INTRODUÇÃO

O modelo pedagógico de transmissão de conhecimento, tradicionalmente desenvolvido nas universidades desde seus primórdios, no século XII, tende a fortalecer um perfil de egresso passivo em relação à construção do conhecimento e prepotente em relação ao conhecimento estabelecido. Daí decorre um enredamento do estudante numa profusão de conteúdos, dentro de uma grade curricular fechada em disciplinas estanques, que dominam toda a carga horária do curso.

O tempo escasso para a elaboração, para a maturação e para a vinculação afetiva, relacional, implicada com esses conteúdos é apreendido no cotidiano de estudos (por sua vez, teóricos e com associação prática limitada) de modo pouco submetido à crítica e ao questionamento. A pretendida abordagem da universalidade do saber, em sua complexidade, se perde e é subtraída da formação profissional.

Essa situação pedagógica atinge também a formação médica e por esse motivo tem suscitado muitos debates sobre a necessidade de reformas. Neste cenário, o momento da formatura é crucialmente caracterizado por intensas preocupações e angústia, pois se sente a exigência de aplicação inequívoca dos conhecimentos teóricos sobre uma realidade mutável, em seus matizes

de complexidade, dor, sofrimento e morte, o que ataca ferozmente a identidade profissional, onipotentemente construída com base no paradigma, ainda a superar, propalado desde os tempos modernos: *corpo é máquina!* Assim, o ensino da medicina, dicotomizado entre teoria e prática, se desarticula das necessidades de saúde da realidade social vigente.

## ONDE COMEÇA A DICOTOMIA ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL?

As universidades inauguraram uma forma de conhecimento que deixava de ser um saber divino e passava a ser uma atividade humana. Ao longo da história, esta instituição se tornou o principal lócus para a formação profissional. A essência da universidade estava no sentido de universalidade do saber e no agir dos homens. As primeiras universidades surgem em Bolonha (cerca de 1188), Valência (1209), Oxford (1214), Paris (cerca de 1215), Salamanca (1230), Coimbra (1279), Lisboa (1290) e outras, cada uma defendendo determinadas idéias<sup>1,2</sup>.

No século XIII, nas universidades, a unidade que se procurava estabelecer entre a metafísica e as ciências da observação se traduziu na existência de um único modo

---

<sup>I</sup> Professora Associada da Disciplina de Psicologia Médica, Departamento de Saúde Coletiva, Unirio; Pró-Reitora de Extensão e Assuntos Comunitários da Unirio; Doutora em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz.

<sup>II</sup> Professora Adjunta da Disciplina de Parasitologia, Departamento de Parasitologia e Microbiologia, Unirio; Diretora do Departamento de Extensão da Unirio; Doutora em Parasitologia, UFRJ.

<sup>III</sup> Professora Substituta da Disciplina de Psicologia Médica, Departamento de Saúde Coletiva, Unirio; Médica Psiquiatra; Mestranda do IESC/UFRJ.

de discussão e ensino, denominado escolástica: a partir de duas proposições diferentes, estabelece-se um diálogo em que os argumentos das duas teses se opõem. Esse método didático da medicina encorajava a agilidade e a eloquência abstrata<sup>1</sup>.

Sendo inevitável traçar um paralelo com a atualidade, o número de universidades aumentava, representando prestígio para as cidades e sendo atraente para os estudantes, que despendem o seu dinheiro em sua formação. Os mestres universitários passaram a ter trânsito livre em viagens, autorizadas pelo papado ou pela realeza, e podiam, dessa maneira, se estabelecer em cidades mais ricas<sup>1</sup>. Concomitantemente, as corporações de ofício se aproximaram da universidade, com vista à obtenção desses privilégios e recursos financeiros.

Por sua vez, os estudos médicos eram longos e dispendiosos (cinco a seis anos), conferindo graus de bacharel, licenciado e doutor. Se o médico saísse de uma universidade conhecida, como Bolonha ou Paris, seria recebido em outras escolas e colégios para praticar; mas, se o seu título fosse modesto, não conseguiria abandonar a província.

A universalidade do ensino nas universidades correspondia ao conjunto de conhecimentos que o médico deveria adquirir, e as práticas manuais foram deixadas para os cirurgiões e barbeiros, que não se formavam em universidades e nem eram admitidos nelas. Diferentemente dos médicos árabes, para os quais a medicina e a cirurgia constituíam a mesma arte. Somente a Revolução Francesa, com as idéias de reforma social, logrou juntar estas duas atividades na medicina.

Mesmo com o desenvolvimento do estudo da anatomia nos séculos XIV e XV, nem os médicos e nem os cirurgiões puderam utilizar seus conhecimentos, pois as intervenções sobre as vísceras profundas se revelavam impossíveis, devido aos riscos de infecção. A medicina progredia, mas a terapêutica não evoluía.

A riqueza da flora e as práticas de cura existentes no Novo Mundo levaram à criação de jardins botânicos nas faculdades de Medicina, apesar do preconceito em relação à arte não oficial, praticada pelos curandeiros, pelos habitantes e pelos jesuítas das colônias com as ervas medicinais. Os representantes da arte oficial lutavam contra a informalidade, reivindicando para si o controle do corpo, ao mesmo tempo em que reinterpretavam o saber popular de cura com base no saber erudito<sup>1,3</sup>.

Apesar da ampliação da Matéria Médica, ao final do século XV, o ensino da medicina permanecia associado ao conjunto do saber filosófico, à teologia, à matemática, à astronomia e à ótica e se propagava com a invenção da imprensa. O mesmo se dava com a divulgação dos compêndios de farmacopéia, informando a atividade de boticários, profissionais, religiosos e leigos.

Durante os séculos XVI e XVII, paulatinamente o ensino recorreu ao concreto, por meio da anatomia, que evoluía, e da observação. Apesar do conservadorismo das escolas médicas, a medicina mudava. Com a descoberta do microscópio, a observação superou as limitações do estudo anatômico a olho nu e avançou-se mais um pouco no conhecimento do corpo humano e seu funcionamento<sup>1,3</sup>.

A obstetrícia ia se incorporando à medicina e à cirurgia. Ao mesmo tempo, os médicos não esqueceram o doente e o alívio de seus sofrimentos ou doenças, com a observação do paciente e o primado da experiência que daí advinha. A origem da prática 'clínica' (referência ao leito onde o doente repousa), tal como hoje é efetuada, pode ser referida ao século XVII<sup>1,3</sup>.

Nesse período, com as grandes pestes, surgiram mais numerosamente estabelecimentos provisórios de hospedagem, que vão dar origem à instituição hospitalar. Na França, por determinação de Luís XIV, um "hospital geral" foi criado em cada uma das grandes cidades, para encerrar os excluídos da sociedade, que não podiam ter acesso a cuidado domiciliar por causa dos honorários cobrados. Os hospitais permanentes ficaram a cargo da marinha e do exército para o cuidado de seus feridos<sup>1</sup>.

Na medicina do século XVIII e princípio do XIX, ampliou-se a experimentação e a penetração da física e da química, concomitantemente ao afastamento da metafísica. Surgiram tentativas de classificação das doenças, renunciando-se ao sistema hipocrático dos temperamentos, que via em cada doente um caso particular. Os clínicos então fizeram os seus doentes entrarem em grupos que poderiam ser objeto de estudos coletivos coerentes.

O século XIX instaurou a medicina anatomoclínica, a medicina experimental e aí se inicia a medicina hospitalar. No início do século XIX, surgiram a pesquisa e a extensão como atividades desenvolvidas na universidade. A pesquisa surgiu na Universidade de Berlim, e a extensão surgiu a partir do modelo inglês, na modalidade de cursos e prestação de serviço<sup>4,5</sup>.

## COMO SE INICIAM AS ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL? E AS UNIVERSIDADES?

Até o início do século XX não se havia criado nenhuma universidade, pois não havia iniciativa por parte da sede, Portugal, que contava com um quadro universitário reduzido, constituído pela Universidade de Coimbra e pelos colégios de Évora e Lisboa, comparativamente às oito universidades espanholas, de grande porte para a época<sup>4</sup>.

No período colonial havia, sim, instituições de ensino superior (colégios e seminários) mantidas pelo monopólio da Companhia de Jesus, até a metade do século XVIII, com os cursos de artes (filosofia) e teologia: na Bahia (1572), no Rio de Janeiro, em Olinda-Recife, em Belém, em São Luís, em São Paulo e em Mariana. Em 1759, com as “reformas pombalinas da instrução pública”, dissolveu-se o sistema jesuítico (assim como nas sedes católicas, pois a Companhia de Jesus era demasiado influente), e o ensino superior atravessou um período de desorganização e dispersão por 50 anos<sup>6</sup>.

A partir de 1808, com a chegada da família real portuguesa, foram criadas: a Escola de Medicina da Bahia; a Escola de Medicina do Rio de Janeiro; o curso de economia, em 1808; o ensino de engenharia, na Academia Militar, em 1810; o curso de agricultura, em 1812; o de química, em 1817, na Bahia; e, já independente de Portugal, em 1827, os cursos jurídicos de Olinda e de São Paulo. Assim, o ensino superior no Brasil se desenvolve por meio de faculdades isoladas<sup>6,7,8</sup> fora do padrão universitário europeu, diferentemente da tradição da educação em universidades, própria daquela conduzida em Bolonha e Salamanca.

No âmbito da formação médica, esses acontecimentos puseram fim aos físicos e cirurgiões formados na Europa e que praticavam seu ofício no Brasil. Inicia-se a tradição clínica do médico de família. A influência francesa marcou esse período nas escolas brasileiras, o que já se refletia no século XVIII na Europa: ensinamento individualizado junto ao leito do paciente, em contraposição às discussões intensas sobre a etiologia das doenças. O médico perde a antiga passividade, e sua atuação acadêmica fica apoiada nos hospitais, onde um grande número de pacientes poderia ser examinado sob supervisão: surge a medicalização do hospital<sup>1,3</sup>.

No entanto, ao final do século XIX, o ensino médico entrou em debate no Brasil. Discute-se sobre o ensino,

a criação de universidades, as doutrinas médicas, ocasionando reformas no ensino médico, com a construção de laboratórios e renovando-se o currículo médico com base no modelo germânico, que pregava o ensino prático e experimental, como crítica ao modelo francês, focalizado na clínica<sup>3,9</sup>.

A partir de 1918, o modelo flexneriano, modelo americano, vai se afirmando, tendo como núcleo: criação de disciplinas estruturadas em departamentos, as pré-clínicas e as clínicas (disciplinas básicas e especialidades); a dedicação à pesquisa e à ciência e a criação do hospital-escola. Inicia-se assim a tensão entre o médico generalista, o especialista e o higienista (sentido coletivo da prática médica)<sup>3,9</sup>.

Assim, as universidades brasileiras nascem tardiamente, no início do século XX, com as primeiras iniciativas concretas. Entretanto, somente em 1920 foi criada a Universidade do Rio de Janeiro, a primeira que teve continuidade no Brasil. Ilustrativamente, o primeiro Estatuto das Universidades Brasileiras, de 1931, definia que a instituição de ensino superior somente poderia se tornar universidade se reunisse pelo menos três das quatro faculdades: de Medicina; de Engenharia; de Direito; de Educação, Ciências e Letras. Até 1945 ocorre a busca pela institucionalização destas entidades<sup>6</sup>.

No período compreendido entre 1945 e 1960, a universidade se compromete com a democracia e com a construção de uma sociedade tecnologicamente moderna<sup>10</sup>. O currículo médico é questionado e ultrapassa o debate nas escolas médicas, assumindo expressão internacional. Diversas instituições médicas criticaram a separação entre a medicina curativa e a preventiva, consolidando os novos marcos teóricos para uma medicina integral<sup>3</sup>.

Com a instalação do Estado autoritário – o golpe militar de 1964 –, muitas experiências participativas, que pressionavam mudanças, foram interrompidas no âmbito das discussões para a educação superior. No início dos anos 1960, por exemplo, havia surgido, com base nas idéias de Paulo Freire, uma forma de extensão, especialmente promovida pelo movimento estudantil, que discutia os problemas político-ideológicos e a educação no contexto nacional. Algumas universidades públicas brasileiras realizavam ações voltadas para a população carente, com predomínio do assistencialismo. Entretanto, tais ações eram esporádicas e pontuais, desvinculadas, portanto, do projeto acadêmico da universidade<sup>4,5,6,11</sup>.

Em 1968, mesmo com as grandes mobilizações dos estudantes, foi criada a Lei de Reforma Universitária (5.540/68), marcadamente desintegradora da estrutura acadêmica e desmobilizadora de conteúdos e conhecimentos. No que tange à extensão universitária, ela ainda aparece sob a forma de cursos e serviços especiais estendidos à comunidade. Seu caráter é assistencialista, desvinculado do ensino e da pesquisa. O princípio da indissociabilidade, previsto para o ensino superior, aparece contemplado no artigo 2º dessa reforma, relacionando, apenas, o ensino com a pesquisa<sup>11</sup>.

Nas décadas de 1970 e 1980, as inovações se davam com a diversificação dos cenários de ensino por meio da atividade docente-assistencial. A incorporação e a interação de estudantes e docentes ao processo de produção de serviços atendem à articulação entre teoria e prática em toda a complexidade. Mesmo com as experiências inovadoras em algumas instituições públicas, o modelo hospitalocêntrico prevalece, marcado pela fragmentação da especialização e transmissão de conteúdos<sup>3,12,13</sup>.

Em face dos inúmeros retrocessos sociais e políticos até então vividos desde o golpe militar de 1964, durante a década de 1980, com o fortalecimento da sociedade civil e com os movimentos sociais das minorias, começa a se configurar um novo paradigma de universidade, de sociedade e de cidadania. A população deixa de ser percebida pela comunidade acadêmica como mera receptora de conhecimentos e de práticas produzidas no interior do “castelo do saber”<sup>11</sup>.

Um debate fundamental desse período foi o que envolveu a criação da 6ª Carta Magna Brasileira<sup>14</sup>, em substituição àquela da ditadura, outorgada em 1967, com a finalidade de institucionalizar e legalizar o regime militar instalado com o golpe de 1964. As tensões políticas em diversas esferas da sociedade brasileira, no âmbito da luta pela democratização do País, geram, entre outros importantes movimentos, a reforma sanitária que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na área da política de saúde e de educação, os debates culminaram com diretrizes fundamentais para a nova república que se vislumbrava. O Título VIII deste documento maior trata da nova ordem social, que traz como base o primado do trabalho e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais. Nesse sentido, nele se incluem os capítulos sobre: seguridade social e assistência social; a educação, a cultura e o esporte; a ciência e a tecnolo-

gia; a comunicação social; o meio ambiente; a família, a criança, o adolescente e o idoso; os índios<sup>14</sup>.

A saúde é considerada como direito de todos e dever do Estado. As ações e serviços públicos de saúde passam a integrar uma rede que se constitui em um sistema único, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade<sup>14</sup>.

A educação é considerada direito de todos e dever do Estado e da família, sendo promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. O texto sobre a universidade preceitua: “As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”<sup>14</sup>.

Abre-se, portanto, a perspectiva de uma análise complexa sobre a nova ordem que conceitua uma identidade à sociedade brasileira: associa-se indiscutivelmente o trabalho aos objetivos sociais de bem-estar e justiça social; assume-se a responsabilidade de promoção de condições para uma formação profissional cidadã; afirma-se a necessidade da conscientização crítica sobre a realidade vigente, bem como de sua transformação.

## DE QUAL EXTENSÃO HOJE SE FALA?

Do primeiro registro oficial sobre extensão universitária, no Estatuto da Universidade Brasileira, no Decreto-Lei nº 19.851, de 1931, até a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de nº 4.024/1961, o entendimento sobre a extensão permanece como uma modalidade de curso, conferência ou assistência técnica rural, destinada aos possuidores de diploma universitário<sup>4,5,6,11</sup>.

Percebe-se, desta forma, que a extensão, naquele momento, voltava-se para os interesses da classe dirigente: o progresso da ciência (por meio da pesquisa) e a transmissão do conhecimento (por meio do ensino). Neste sentido, é possível compreender o distanciamento existente entre a população e tais ações extensionistas, bem como a “dicotomia” entre o ensino, a pesquisa e a extensão<sup>4,5,11</sup>.

A partir da década de 1960, a extensão toma especial impulso como uma das atividades universitárias funda-

mentais à formação profissional. Na época, o movimento estudantil discutiu uma forma de extensão que avançava do assistencialismo para a participação, para a problematização e a comunicação dialógica, referenciais básicos para as ações junto às comunidades envolvidas<sup>4,5,11</sup>.

Mas o Estado totalitário que se instalou em 1964 substituiu o enfoque político anterior, emancipador e democrático da extensão universitária, que encontrava um importante apoio nas idéias do educador Paulo Freire. Retrocede-se ao assistencialismo nas formas de fazer extensão nos programas apoiados pelo governo, durante a ditadura<sup>4,5,11</sup>.

Nesse cenário político de luta pela democracia, nas décadas de 1970 e 1980, no seio do debate da Constituinte, discutia-se a extensão universitária e seus caminhos. Em 1987, a criação do Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Públicas Brasileiras focaliza a concepção de extensão, pautada nas idéias de Paulo Freire e no entendimento da função social da universidade, comprometida com as questões educacionais e sociais<sup>4,5,11,15</sup>.

A partir de então, se intensifica a implementação de uma política de extensão universitária a ser desenvolvida pelas universidades, pressupondo-se uma política voltada para o social, um conceito mais amplo, em que se pensa uma sociedade que se organiza pelas relações dialógicas e não pelas relações de domínio, fundadas no poder coativo de qualquer natureza.

O referido conceito acena para que as ações de extensão universitária devam possibilitar a elaboração da práxis de um conhecimento que resulte da troca de saberes acadêmicos e populares, confrontados com a realidade brasileira, regional e local, devendo ser construídas no envolvimento de professores, de estudantes e de técnico-administrativos da comunidade universitária com os sujeitos da comunidade externa implicada nesse processo, por meio da interlocução e da participação.

Para tanto, as metodologias de ensino problematizadoras e participativas e os mecanismos de flexibilização curricular são meios fundamentais à realização da extensão universitária conseqüente, de modo que resulte em: democratização do conhecimento produzido, acumulado e reconhecido pela universidade; instrumentalização do processo dialético teoria/prática; promoção da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade; participação efetiva da comunidade externa no espaço universitário; visão integrada do social; relação transformadora entre a

universidade e as demais instâncias sociais, em apoio às políticas públicas<sup>16</sup>.

Nesse entendimento, a ação de extensão, superando o assistencialismo, deve ser direcionada, prioritariamente, às questões sociais que implicam necessidade de transformação de dada realidade, tendo em vista a qualidade de vida, o desenvolvimento sustentável e a responsabilidade humana sobre os fenômenos da vida. No caso do curso médico e de outros da área de saúde, o enfoque predominante é o das políticas públicas.

É importante frisar a interdisciplinaridade que deve ser contemplada, então. Muitas ações de extensão se voltam para políticas de cultura, por exemplo, mas tendo como campo de ação a saúde. Os estudantes da área de saúde e da cultura, certamente, serão beneficiados em sua formação ao conviverem e dialogarem com questões do contexto da atividade de modo interdisciplinar, o que os envolve em aprendizado sobre a complexidade do mundo vivido<sup>17</sup>.

No âmbito das propostas que daí se originam, as ações de extensão universitária podem se apresentar em distintas modalidades (programa, projeto de extensão, curso, evento, prestação de serviço), tendo em vista sua institucionalização na universidade e sua sistematização. O Programa de Extensão Universitária é a modalidade principal para o cumprimento das diretrizes de impacto, interação social dialógica e construção de parcerias, interdisciplinaridade e integração ensino-pesquisa-extensão. É uma ação que se configura em um conjunto articulado de projetos e outras ações de extensão (curso, evento, prestação de serviço), vinculados entre si, com identidade orgânico-institucional, com diretrizes e objetivo geral comum, executado a médio e longo prazo, que fortalecem a implementação da política de extensão<sup>18</sup>.

Com estas bases a ação de extensão pretende: conscientizar a comunidade de sua participação nas questões comunitárias que precisam ser discutidas por todos os engajados neste processo de desenvolvimento da sociedade; reunir esforços voltados para a difusão dos conhecimentos necessários ao aprimoramento das estratégias de inclusão social dos segmentos mais vulneráveis da sociedade; a formação profissional e para o trabalho e a construção da identidade humana; o compromisso ético nas ações de extensão.

A extensão assim entendida contribui para o sentido humano naquilo que se faz por meio da conscientização

sobre o processo de construção da identidade humana que se está operando no espaço educativo da formação médica e de outras profissões. Contribui também para assumir responsabilmente o sentido humano da formação profissional e formação para o trabalho.

Pensando o currículo como documento de identidade<sup>19</sup>, a extensão favorece o interesse próprio e a responsabilidade em sua própria formação como pessoa e em sua influência sobre as demais identidades. Propicia o desenvolvimento de atividades junto a diversos segmentos sociais, trabalhando com categorias de aceitação do outro, cooperação, autonomia, diálogo, questionamentos, responsabilidade social. O que se opõe às categorias de rejeição, preconceito, competição, poder, obediência, autoritarismo, arrogância, prepotência, cinismo e dissimulação tão criticadas, mas por vezes tão frequentes na formação médica e denunciadas por estudantes de medicina e de outras profissões de saúde<sup>20</sup>.

## ONDE O ENSINO MÉDICO E A EXTENSÃO SE ENCONTRAM

A chegada do século XXI trouxe um sentimento mundial de esperança e de perspectivas de mudanças, que proporcionou muitos momentos de discussão no intuito de refletir, prever e preparar as futuras gerações para as novas condutas éticas e políticas a serem construídas no novo milênio. Sobre a importância da universidade, o documento da Conferência Mundial sobre Educação Superior da Unesco salienta: “Pensar a universidade é pensar o mundo que se quer mais humano, mais justo e mais sábio”<sup>21</sup>.

Esta visão mostra o aumento da responsabilidade da universidade, que passa a ser não só o locus de ensino, pesquisa e extensão ou de formação de profissionais, mas uma comunidade multifacetada, inserida na sociedade e com funções variadas e complexas. Um espaço que cada vez mais necessita estimular a reflexão profunda e sincera acerca do seu papel político, social e educacional, para poder manter-se num mundo que se mostra, a cada dia, também mais complexo.

Para que a universidade seja uma instituição em sintonia com o futuro, só existe um caminho a seguir: assumir a crise e aceitar o mundo em mutação. Promover e estimular os debates internos, experimentar permanentes mudanças em seus currículos, estruturas, programas, temas de estudo são ações que devem ser implementadas

neste caminho. Para isto, ela deve rever os seus princípios: o princípio dos departamentos – a estruturação pode ser outra, como em núcleos temáticos e disciplinares; o princípio dos cursos e diplomas – a relação com o tempo e os conhecimentos: os alunos passarão menos tempo dentro da universidade e jamais sairão dela<sup>22</sup>.

Na atual década, no Brasil, assistimos a um movimento intra-universitário para atender às reformas curriculares dos cursos de educação superior no Brasil. Esta é uma missão difícil para a universidade. A favor dela, temos que na universidade as pessoas estão em um espaço afetado, em suas finalidades, à discussão e à reflexão crítica a ser promovida a partir das atividades de ensino, pesquisa e extensão, com base no princípio da indissociabilidade.

A universidade, mesmo com seus problemas e crise, ainda é um espaço de discussão. Ela é um espaço público onde a sociedade pensa a médio e longo prazos<sup>23</sup>. Mas é preciso ter clareza de seus movimentos internos, da sua capacidade de se questionar e mudar. Clareza, também, quanto às influências capitalistas que utilizam a fragilidade e a fragmentação atual das universidades para corroer o real sentido dessa importante instituição, que precisa vencer as resistências impeditivas ao avanço no entendimento e significado do conhecimento de que ciência e cidadania não se opõem<sup>5</sup>.

A crise também atinge o ensino médico que se reflete nesta roda-viva. O confronto da *vida como ela é* com a medicina de hoje, bastante desenvolvida em suas descobertas, amparada por importante tecnologia de ponta, mas de acesso a poucos, é brutal. Esse confronto se dá ao longo da formação e depois dela: os ex-estudantes motivados, que tinham ideais de ajudar as pessoas, buscar a cura de males sofridos por doentes ou pelo menos aliviar o sofrimento e a dor, se transformam em profissionais muitas vezes insatisfeitos e andantes, conduzidos a esmo pelos males do egoísmo e do individualismo perverso, esvaziados, acrílicos, mergulhados em condições desumanizadas de trabalho no campo da saúde<sup>20,24-27</sup>.

Esta crise evidenciada na universidade tem marcado também os questionamentos na educação médica: como preparar estudantes de medicina que sejam médicos aptos, comprometidos e transformadores? Como ampliar e integrar as diversas dimensões de saúde no contexto de formação profissional?

Essas questões precisam ser problematizadas durante a graduação, na vivência do aprendizado, para que se

encontre o sentido humano naquilo que se faz na universidade, se perguntando sobre o processo de construção da identidade que se está operando nesse espaço educativo. Do mesmo modo, não se pode perder o sentido humano da formação profissional, tornando-o, também, um '(objeto)' do conhecimento, a começar pelo interesse próprio e pela responsabilidade de todos os que participam da formação médica<sup>20</sup>.

Os estudantes percebem e reivindicam espaços "livres" de discussão no cotidiano acadêmico, onde se dê o diálogo entre eles e os professores, de modo aberto, contribuindo para que possam viver um bem-estar, pressuposto de busca no campo da saúde. Nesses espaços livres e criativos, espaço de e para conversações, as dúvidas e a auto-avaliação podem ser pedagogicamente enriquecidas com a troca de experiência de vida<sup>20</sup>.

Aí, pode surgir o momento em que se reconhece onde estão a pesquisa e a extensão; aí, se conhece, se define a escolha de atividades de monitoria, de pesquisa e de extensão conjugadas no planejamento de um currículo dinâmico e flexível. As atividades de representação junto ao movimento estudantil também podem se integrar e apoiar os projetos do diretório acadêmico ou do diretório central de estudantes, configurando o aspecto político da identidade médica em construção no espaço educativo<sup>20</sup>.

Em especial, na última década do segundo milênio, para responder a esses desafios de educação e de demandas de saúde, diversas ações foram desenvolvidas nas escolas médicas, nas associações da categoria, nas instâncias governamentais, no movimento estudantil de medicina, com projetos sobre a avaliação do ensino médico. Também ocorrem importantes congressos mundiais sobre educação médica<sup>3,12,13</sup>.

Com a Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001<sup>28</sup>, que instituiu Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, as escolas têm realizado encaminhamentos para atender a esses ditames resolutivos. Os princípios, os fundamentos, as condições e os procedimentos definidos nessa Resolução constituem as bases para a organização, o desenvolvimento e a avaliação dos projetos pedagógicos dos referidos cursos, tendo em vista o perfil do médico que se pretende formar:

*(...) com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos,*

*no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano<sup>28</sup>.*

Entretanto, a aplicação do projeto pedagógico no contexto acadêmico é difícil e depende de um conjunto de mecanismos de flexibilização curricular que possibilitem também a realização de atividades complementares, de pesquisa e de extensão, a serem creditadas<sup>2,3</sup>. Outras atividades podem constituir esse grupo, quando consideradas no projeto assumido pela instituição de ensino superior, tais como a representação estudantil, a apresentação de trabalhos em eventos científicos e culturais, etc.<sup>20,28,29</sup>.

Imprescindível à formação integral e participativa dos estudantes de medicina, esta perspectiva pedagógica também precisa de educadores motivados à articulação teoria-prática, que os incite a criar novos contextos de aprendizagem, sem descolá-los da investigação e dos questionamentos quanto aos rumos da sociedade. Para isto, é necessário que a estrutura curricular seja sensível às transformações em curso, que não podem prescindir da indissociabilidade (entre as atividades de ensino e de pesquisa), da interdisciplinaridade e das metodologias participativas<sup>11</sup>.

Salienta-se que os estudantes de medicina, ao construir a identidade profissional, também estão revelando o projeto ético-político que desejam, mas dentro do que é possível concretizar, em vista das circunstâncias do contexto de aprendizado em que a experimentam. A formação médica conseqüente e de qualidade é empreendimento impossível para os estudantes, os professores e os profissionais se a construírem isoladamente, pois estes três segmentos constituem uma comunidade universitária, cujos grupos são interdependentes<sup>20</sup>.

Assim, as escolas médicas em seu projeto político-pedagógico devem definir com clareza o que querem para seus alunos e o que cada um precisa fazer, tendo em vista o projeto comum que estão desafiados a realizar. A construção do projeto é favorecida pela reflexão em discussões de grupo, em sala de aula, nas atividades de pesquisa e extensão, na representação estudantil, nas reuniões de departamento colegiado de curso e de centro e conselhos universitários<sup>20,27</sup>.

Nesses encontros, devem se sinalizar os valores e as atitudes referenciados na emoção de aceitação e torná-los requerimentos legítimos na política institucional, traduzindo uma identidade institucional construída pela comunidade universitária assim constituída. Requerimentos legítimos em que a competição e a luta pelo poder devem ser desveladas, criticadas e substituídas pela cooperação e pela participação. Que seja claro não ser legítimo utilizá-las como estratégias para a competição e luta por assunção ao poder, que se baseiam na emoção de rejeição e que fazem desgarrar o sentido de identidade institucional, levando os indivíduos a se digladiarem<sup>20,30</sup>.

A escola médica e a universidade têm um compromisso de formação política que está pautado na formação profissional e, por conseguinte, na existência de discussão e decisão sobre as motivações, os valores, as aptidões e conhecimentos que favoreçam a participação política em prol de relações sociais.

A Resolução em tela também indica parâmetros para a estrutura do Curso de Graduação em Medicina, entre os quais se destacam: a utilização de 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; a promoção da integração e da interdisciplinaridade, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; a inserção do aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional; a utilização de 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<sup>28</sup>.

A pesquisa e a extensão, articuladas ao ensino, são fundamentais para o desenvolvimento das competências referidas, conseqüente à educação superior. No processo educativo, que tem por princípio a indissociabilidade, a aprendizagem se baseia numa leitura de mundo que depende de observações próprias, de atitudes reflexivas, questionadoras, decorrentes do diálogo e da interação com a realidade e com seus agentes. A troca de saberes, científico e popular, possibilita uma visão de mundo adequada e aplicada à prática profissional, com melhor possibilidade de transformá-la, pois implicada na necessidade de participação e conscientização sobre o que investigar, para que e para quem e como transformar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS: EXTENSÃO E FORMAÇÃO MÉDICA – INTERFACE COM A COLETIVIDADE

Desse modo, indica-se que a formação do estudante de medicina não está restrita à sala de aula, ou aos laboratórios, ou centrada nos hospitais universitários e serviços de saúde. Precisa estar também em outros espaços e não se fecha nos aspectos técnicos, formais, passando também a contemplar os aspectos sociais e políticos, promovendo a conscientização crítica no interior de comunidades e instituições, junto aos diferentes segmentos sociais, em meio aos seus contextos de vida e ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, em sua complexidade.

A idéia de flexibilização curricular pressupõe a autonomia do estudante para construir seu caminho, seu currículo, sua identidade, referenciada no entendimento de que tudo o que se faz ou se vivencia numa instituição de ensino ou em seus diversos cenários de prática é currículo: um projeto que se forja no cotidiano educativo, construído reciprocamente pelo educador e pelos educandos; uma concepção de currículo como um processo não linear e rotineiro, onde as disciplinas deixam de ser verdades a serem repassadas e transmitidas; um espaço que se abre para a produção coletiva e para a ação crítica, em que os conteúdos das disciplinas não são mais a “essência” de um curso, mas sim referências para novas buscas, novas descobertas, novos questionamentos em diversos contextos de aprendizagem<sup>11</sup>.

Nesse sentido, embora ainda não muito valorizada, a extensão universitária propicia importantes cenários de aprendizagem<sup>1,5,13,17,20,26,28,29</sup>, onde a equipe multiprofissional trabalha as questões de estudo com os participantes da comunidade envolvida nos projetos. Sobretudo, possibilita a experiência em metodologias participativas, entre elas a pesquisa-ação<sup>31,32</sup>, apontando horizontes de solução para a crise em que vive a universidade, resultado da contradição instalada em seu interior (ensino para a cultura de elite e ensino para a cultura popular). Também, possibilita a abordagem verdadeiramente transversal da ética aplicada e da bioética no contexto do ensino das humanidades médicas, de forma integrada às atividades de extensão<sup>26,34</sup>.

No âmbito das ações de extensão, é imprescindível que seja possibilitada a vivência de experiências significa-

tivas que dêem ao estudante condições de refletir sobre as grandes questões da atualidade e, a partir delas e dos conhecimentos produzidos e acumulados, vivenciar uma formação compromissada com a realidade da população brasileira.

Com essas concepções, algumas questões podem ser levantadas: em que cenário(s) de prática na escola médica a extensão se constituiria em experiência significativa, assumindo seu papel relevante para a formação médica, tendo em vista o perfil do formando médico? Pensando sua creditação no currículo médico, em que razão de ser a extensão está presente, reconhecida e identificada, nas práticas de ensino em que se dá a integração docente-assistencial, o serviço de saúde ou o estágio de internato?

Ao se discutir a indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, é necessária uma prática articulada e orgânica no currículo, envolvendo os diferentes colegiados de cursos para se promover a interdisciplinaridade e o trabalho multiprofissional. Por outro lado, as ações de extensão devem estar institucionalizadas e sistematizadas, com aprovação nos órgãos acadêmicos e registro em sistema de informação aberto à consulta, para dar visibilidade, tendo em vista a articulação entre as mesmas, fortalecendo a política de extensão.

As ações de extensão devem ter formalizadas, em seu corpo, uma “proposta didático-pedagógica” que defina: a potencialidade da ação de extensão para a formação técnica do estudante – relacionada a seu curso de origem – e para o crescimento pessoal e cidadão, pela interação social a ser vivenciada; uma programação preliminar de leituras, seminários, grupos de discussão e oficinas; a carga horária de participação; o sistema de avaliação da participação do estudante e a qualificação do professor-orientador<sup>11</sup>.

Os programas e projetos de extensão podem ser formalizados como: disciplinas (obrigatórias, optativas ou eletivas) ou atividades complementares, previamente definidas, ou reconhecidas ao final do tempo de participação. É importante, além disso, que as universidades avaliem experiências clássicas e institucionalizadas, ou seja: (re)visitar, na ótica da indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, experiências como integração docente-assistencial, internato rural, vivências complementares, estágios, estágios de campo, atividade acadêmica a distância, etc.<sup>11</sup>.

Com essa dimensão da universidade, Guimarães e Ferreira<sup>33</sup> enfatizam que a extensão universitária – indissociável do ensino e da pesquisa – enquanto um processo educativo, cultural e científico, favorece a problematização de diversas experiências acadêmicas, tendo, sobretudo, o compromisso de concretizar a verdadeira relação dialógica. Ao mesmo tempo, busca formas de responder às questões sociais e educacionais contemporâneas, com vistas, também, à consolidação de uma identidade institucional universitária.

As metodologias participativas aplicadas, desde o início do planejamento das ações pretendidas, ao contexto da extensão possibilitam a integração entre profissionais, estudantes e comunidades, que compartilham e constroem novos saberes. Ao mesmo tempo, são estimulados à participação crescente, sendo incentivados ao exercício da ética, da cooperação e da solidariedade.

Com esta visão, a extensão assume importância para a formação médica quando: possibilita a aproximação de grupos universitários da complexidade e da interdisciplinaridade das situações sociais em que interagem; promove a participação em processos de transformação, que possibilitem a crítica e a conscientização sobre as necessidades de mudanças sociais; possibilita o reconhecimento de novos objetos de investigação, contribuindo para a produção de conhecimentos e para a difusão dos mesmos a todos na sociedade, tornando-os acessíveis e apropriados.

A extensão, em sua interface com as coletividades, permeável a estes saberes originados nesta interlocução sociocultural pode contribuir para a transformação do ensino, proporcionando o vislumbre do ideal inicialmente aspirado pelos jovens aprendizes.

E, também, no que se refere à saúde coletiva<sup>35</sup>, considerada em sua conjugação com diversos saberes e práticas, tais como as ciências da saúde, as ciências sociais e humanas, torna-se foro privilegiado de produção e construção de conhecimentos embasados, integrados e adequados aos desafios atuais da saúde dos indivíduos e populações.

Ambas, extensão e saúde coletiva, ainda têm um longo caminho a percorrer até a sua ampla expressão e aceitação, o que se traduz em um desafio especial. Porém, inegavelmente, podem contribuir para a re-significação de um projeto de vida que se impõe necessário neste século, e a este chamado não é possível a omissão e nem o silêncio.

## REFERÊNCIAS

1. Sournia J. História da Medicina. Instituto Piaget; 1992.
2. Oliveira T. Origem e memória das universidades medievais: a preservação de uma instituição educacional. *Varia Historia*. 2007 Jan.-Jun.; 23(37): 113-29.
3. Edler F, Fonseca MRF. A formação Médica e o nascimento da anatomoclínica. Ensino médico nas conferências populares da Glória (1873-1880). O surgimento da medicina experimental e reforma curricular. Tendências da Educação Médica nas décadas de 1950-1960. *Cadernos ABEM* 2006; 2:7-27.
4. Gurgel RM. Extensão Universitária: comunicação ou domesticação? São Paulo: Cortez/ Autores Associados; 1986.
5. Tuttman MT. Compromisso social da universidade: os olhares da extensão. Niterói. Doutorado [Tese] - Universidade Federal Fluminense; 2005.
6. Cunha LA. Qual Universidade? São Paulo: Cortez/Autores Associados; 1989. v.31, p. 9-11.
7. Saviani D. Ensino público e algumas falas sobre universidade. São Paulo: Cortez/Autores Associados; 1991. v.10, p. 10-1.
8. Luckesi CC, Barreto E, Cosma J, Baptista N. Fazer universidade: uma proposta metodológica. 10. ed. São Paulo: Cortez; 1998.
9. Neto P. Ser médico no Brasil: o presente no passado. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
10. Buarque C. Na fronteira do futuro: o projeto UNB. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 1989.
11. FORPROEX. Indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão e a flexibilização curricular: uma visão da extensão. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras; 2006; Porto Alegre: UFRGS, Brasília: MEC/ SESu.
12. Lampert JB. Tendências de Mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.
13. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília. São Paulo: Hucitec, Londrina: Rede Unida, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.
14. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
15. Freire P. Extensão ou Comunicação? São Paulo: Paz e Terra; 1992.
16. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Plano Nacional de Extensão Universitária. Ilhéus: Editus; 2001. (Coleção Extensão Universitária; v.1).
17. Malheiros R, Guimarães RGMG. Extensão Universitária e Formação Médica: uma análise da experiência dos bolsistas no programa "Escola Cidadã". *Rev Bras Educ Méd*. 1998; 22(2/3): 67-76.
18. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Extensão Universitária: organização e sistematização. Org: Edison José Correa. Coordenação Nacional do FORPROEX, Belo Horizonte: Coopmed, 2007 (Coleção Extensão Universitária; v.6)
19. Silva TT. Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica; 1999.
20. Guimarães RGM. Que médico eu quero ser? sobre a trajetória de jovens estudantes na construção da identidade médica. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado] - Escola Nacional de Saúde Pública; 2007
21. Barbieri I. Apresentação. In: Lázaro A. (Org.). Visão e Ação: A Universidade no Século XXI. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1999. p. 7-13. (Coleção Universidade).
22. Buarque C, Nunes I B. Universidade permanente: gestão do conhecimento para atualização profissional, informação tecnológica e educação superior. Disponível em: <<http://www.sesu.br>>. Acesso em: 22 ago. 2002.
23. Santos BS. Entrevista Diversa. Universidade Federal de Minas Gerais. Diversa 2005; Out 3(8): 4-9.
24. Machado MH. Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão. Rio de Janeiro. Doutorado [Tese] - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro; 1996.
25. Millan LR, Neves de Marco OL, Rossi E, Arruda PCV. O Universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
26. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
27. Rego S, Palácios M, Schramm FR. Ensino da Bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação Médica em transformação: instrumentos para construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 165-185.
28. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, 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
29. Macedo ACL, Leite DB et al. Um projeto de extensão na recepção aos calouros de medicina: um caminho para a participação na universidade. In: Seminário de Metodologia para projetos de extensão. SEMPE 4. 2001, São Carlos. Anais Eletrônicos, Rio de Janeiro, UFRJ. Disponível em: <http://www.itoi.ufrj.br/sempe/index.htm>. Acesso em: 23/02/07.
30. Maturana HR. Emoções e Linguagem na Educação e na Política. Belo Horizonte: UFMG; 2002.
31. Dione H. A pesquisa-ação para o desenvolvimento local. Tradução de Michel Thiollent. Brasília: Líber Livro Editora; 2007.
32. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 9 ed. São Paulo: Cortez; 2000.
33. Guimarães RGM, Ferreira MC. Apresentação. In: Guimarães RGM, Ferreira MC, Sued Barbosa CMA, orgs. XI Encontro de Extensão. Síntese. Rio de Janeiro: UNIRIO; 2006.
34. Santos BS. Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez; 1995.
35. Nunes ED. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
– Unirio  
Av. Pasteur, 296 – Urca  
22290-902 – Rio de Janeiro – RJ

---

# ENSAIO SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE O AMBIENTE DE TRABALHO E A SAÚDE DOS(AS) TRABALHADORES(AS) NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Marisa Palacios<sup>I</sup> Terezinha Souza<sup>II</sup> Luciene Lacerda<sup>III</sup>

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Violência; Serviços de saúde.

---

## INTRODUÇÃO

A relação entre ambiente de trabalho e saúde é objeto de pesquisa em diversas áreas do conhecimento acadêmico, como sociologia, psicologia, administração e medicina, entre outras, o que nos permite elaborar um discurso que não pertence a nenhuma dessas áreas com exclusividade e ao mesmo tempo possibilitou construir esse campo de conhecimentos denominado Saúde do Trabalhador. Por sua natureza multidisciplinar, com uma vocação inequívoca para a transformação e abertura ao novo, esse campo incorpora novos objetos e se aproxima de outros campos, num movimento contínuo. Hoje, podemos falar de Produção – Ambiente – Saúde como o campo que procura articular essas três dimensões da vida social.

A discussão que aqui se estabelece sobre as condições de trabalho e saúde dos(as) trabalhadores(as) de saúde se insere nessa perspectiva de articulação desses três elementos fundamentais: a produção da saúde humana, com todo o aparato produtivo de medicamentos, equipamentos e serviços diversos, assim como a especificidade de ter algo humano como objeto e finalidade; o ambiente, tomado como espaço de permanente transformação engendrada pela biotecnociência em desenvolvimento; e a saúde, ponto de impacto desse movimento nos seres humanos, os(as) trabalhadores(as) da saúde. Como se pode vislumbrar, as questões se tornam mais complexas

quando se indaga sobre qual a relação entre o ambiente de trabalho e a saúde nos serviços cujo objetivo é lidar com a saúde.

## PRODUÇÃO

A idéia de tomar a produção como uma das dimensões conceituais coloca a relação trabalho-saúde num contexto mais abrangente, cuja compreensão é necessária para que se possa intervir eficientemente nos ambientes de trabalho de modo a garantir proteção à saúde dos(as) trabalhadores(as). Então, que fique clara nossa perspectiva: o lugar de onde falamos é o da Saúde do Trabalhador, o que pressupõe uma tomada de posição em favor da saúde de quem trabalha, e nosso horizonte, nossa finalidade maior é a proteção máxima dos(as) trabalhadores(as). Tal proteção só faz sentido se pensada como expressão da coordenação da autonomia dos indivíduos, como um processo de desenvolvimento coletivo das potencialidades individuais. Ou seja, a saúde que deve ser protegida é a emanada do diálogo, forjada na construção de consensos entre os(as) trabalhadores(as).

Pensar na produção da saúde implica considerar diversos elementos que compõem um intrincado sistema produtivo. Embora não tenhamos a pretensão de incluir todos os elementos, vamos citar alguns: a indústria relacionada à saúde e a prestação dos serviços de saúde.

---

<sup>I</sup> Médica; Professora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. marisa.palacios@gmail.com

<sup>II</sup> Psicóloga; Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo Baiano. tecabaiana2004@yahoo.com.br

<sup>III</sup> Psicóloga do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. lulacerda@iesc.ufrj.br

A vocação primeira da indústria de medicamentos e equipamentos médicos – só para ficar no campo da recuperação da saúde e não entrarmos na promoção da saúde, nem na indústria da beleza –, como a de qualquer indústria no modo de produção capitalista, é reproduzir e valorizar seu capital, que se realiza no cotidiano dos serviços de saúde públicos e privados. A própria oferta de serviços de saúde se organiza segundo a lógica do mercado: onde há maior consumo há mais serviços de saúde. A saúde vive, então, uma grande tensão: por um lado, é considerada o bem maior ao qual todos os indivíduos têm direito, o que possibilita o desenvolvimento individual e a sensação de bem-estar; por outro, é encarada como mercadoria. É este o contexto que a dimensão da produção nos autoriza a delinear e que modela diretamente os ambientes nos quais os(as) trabalhadores(as) atuam:

1. fortes interesses econômicos de grandes corporações farmacêuticas, de equipamentos e insumos que nada têm a ver com a saúde, senão enquanto esta signifique maior consumo dos bens produzidos por essas corporações;
2. o trabalho em saúde é uma prestação de serviço com características bem particulares; é um trabalho coletivo cujo resultado depende do que Gonçalves<sup>1</sup> chamou de trabalhador médico coletivo (reunião de todos os que concorrem para o sucesso de uma intervenção) e da participação ativa do demandante do serviço, ou seja, do doente em cujo corpo a intervenção se dá;
3. o estatuto da saúde – se um bem ou uma mercadoria.

## O AMBIENTE DE TRABALHO EM SAÚDE

Para pensar o trabalho não basta identificarmos o objeto sobre o qual os(as) trabalhadores(as) aplicam suas energias e por meio de instrumentos transformam os objetos em produtos ou serviços. Isso não dá a idéia do que é o trabalho; é preciso agregar a esses elementos a maneira como ele está organizado, ou seja, quantos trabalhadores(as), com que qualificação, se funcionam em equipes, em plantões, como é exercido o controle, etc. Além disso, o grau de influência dos trabalhadores(as) sobre seu próprio trabalho e a formação desse pessoal também cumprem papéis importantes na compreensão do trabalho e sua relação com a saúde.

Antes de encararmos a especificidade do trabalho em saúde, convém uma rápida incursão sobre como o trabalho se organiza na atualidade e as novas formas de organização do trabalho que têm sido objeto de grandes debates.

A partir do último quartil do século XX, novas formas de gestão do trabalho têm surgido e ganhado destaque nas análises sociológicas. Entre as diversas mudanças ocorridas, as que se referem ao ambiente de trabalho ganham centralidade. Nesse item, após um rápido panorama de como se constituíram as novas formas de OT, buscaremos enfatizar as mudanças nos serviços de saúde e suas possíveis repercussões sobre o processo saúde-doença.

O processo histórico em curso herda do taylorismo/fordismo (Tumolo, 2003)<sup>2</sup> a necessidade de duplo controle do processo de trabalho e da vida do(a) trabalhador(a) e recebe variadas denominações, como toyotismo, ohnismo, acumulação flexível, pós-fordismo, conforme a escola teórica a que pertence o pesquisador. Neste trabalho utiliza-se a denominação toyotismo.

Para Gounet (2002)<sup>3</sup>, o toyotismo surge como uma saída para a crise do fordismo, na medida em que, no lugar do trabalho desqualificado, parcelado e repetitivo da linha de produção, apresenta a polivalência, a possibilidade de variar; no lugar de produzir para anônimos (produção em massa), produzir para “satisfazer” a equipe próxima à sua, um sentimento de pertença (produção flexível). Os enunciados ideológicos gerados pelo capital enfatizam as relações de proximidade, as relações de pertença, as emoções: não mais o trabalho desmotivante, mas a realização, o cliente satisfeito, a individualidade e o talento do(a) trabalhador(a) reconhecidos, o(a) profissional múltiplo(a) ao invés do(a) especializado(a), etc.

O controle sobre o trabalho no toyotismo é exercido sobre a subjetividade dos(as) trabalhadores(as) e se dá de forma implícita, subjacente, que implica o(a) trabalhador(as) com a empresa, com a qual ele(ela) estabelece laços afetivos, havendo um deslocamento do sentimento de refúgio para a empresa, o que até então era oferecido exclusivamente pela família. Desta forma, a vigilância exercida de fora passa a ser dispensável, o(a) trabalhador(a) internaliza as regras, toma-as como suas, adota-as. O que dificulta (mas não impossibilita) as possibilidades de rompimento, pois não há como burlar aqui-

lo que não se reconhece como controle, não há como burlar a autovigilância.

Gounet (1992)<sup>4</sup> denuncia que o toyotismo é o sistema que propicia maior exploração dos(as) trabalhadores(as), utilizando para isto três meios principais. Em primeiro lugar, ele intensifica o trabalho. Cada trabalhador(a) deve ser cada vez mais veloz, reduzir os “tempos mortos” de forma que, neles, novas tarefas sejam executadas. Em segundo lugar, ao utilizar a estratégia da terceirização, o toyotismo reduz os salários e degrada a proteção social nos locais de trabalho. Em terceiro lugar, ao dividir as unidades de produção em locais menores, ao alocar os(as) trabalhadores(as) em firmas menores, divide-os(as), isola-os(as) e obsta suas possibilidades de organização e conseqüente reação. Os contratos de trabalho, no mesmo local de trabalho, se tornam cada vez mais diferenciados: uns são permanentes, outros temporários, alguns(algumas) trabalhadores(as) são simples auxiliares, outros(as), chefes. Todos são divididos(as) em pequenas unidades, que competem entre si, cada uma responsável por determinada cota de produção, que funcionam como uma empresa dentro da empresa. Cada indivíduo é instado, desta forma, a se sentir diretamente responsável pelo sucesso ou fracasso da equipe, o que gera um clima de fiscalização permanente de cada um sobre todos os outros e vice-versa. Nos serviços de saúde este clima é ainda mais acirrado, visto que o resultado final do processo é, muitas vezes, a vida ou a morte de um ser humano, o que agudiza o clima de responsabilização.

## A subjetividade

A constituição da subjetividade não é um processo linear, puro reflexo interno de um acontecimento externo, mas é um processo mediado, em que a emoção, a ideologia, a classe, o gênero, a etnia atuam de forma singular, construindo diversos jeitos de ser e estar no mundo (Souza, 2006)<sup>5</sup>. Frente a um mundo do trabalho mutante, que oferece oportunidades de futuro para poucos, na lógica excludente do capital, diversas subjetividades se gestam: alguns agarram com unhas e dentes a possibilidade de ter, aderindo e defendendo os ditames do capital que aliena e desumaniza; outros, mesmo não tendo acesso a essas possibilidades, as defendem ideologicamente, na esperança de que um dia essas possibilidades apareçam (individualismo possessivo, mesmo não tendo posse,

conforme Antunes, 1999)<sup>6</sup>; outros se rebelam e lutam para mudar a realidade e construir novas formas de existência – o que também se dá de formas múltiplas e variadas.

A afirmação de que a subjetividade extrapola os limites da individuação de um sujeito remete à discussão sobre quais são as forças com as quais os indivíduos se deparam como limite em seu processo de constituição. Podemos afirmar que a forma como nossa subjetividade se constitui não é uma escolha aleatória e monológica de cada indivíduo, mas um processo histórico-social. Para Marx (1989)<sup>7</sup>, as forças produtivas são o resultado da energia prática dos seres humanos, mas esta mesma energia é circunscrita pelas condições em que os seres humanos se acham colocados, pelas forças produtivas já adquiridas, pela forma social anterior, que não foi criada por eles e é fruto da geração anterior.

Nesse sentido, advindos da experiência concreta, de discriminações e diferenciações subjetivas dos papéis sociais de homens e mulheres, negros e brancos na sociedade, os olhares e ações dos sujeitos sobre estes papéis vão interferir na trajetória de cada trabalhador e trabalhadora. Nascimento (2003)<sup>8</sup> avalia que o racismo cumpre um papel fundamental na manutenção das desigualdades sociais, uma vez que “imperam nos padrões de cultura e infiltra-se na constituição dos sujeitos”. Afirma ainda que “as dimensões simbólicas das representações que permeiam a educação e a cultura, e os efeitos psicológicos que estas operam sobre negros e brancos, revelam-se parte integrante dos mecanismos de discriminação nas relações sociais. São inseparáveis e constitutivos do racismo”.

No mundo do trabalho em transformação, competitivo e isolante, é necessário alertar para o que Castro e Guimarães (1993)<sup>9</sup> chamaram de desigualdade racial reproduzida em seu cotidiano. Poucos estudos têm se dedicado a verificar a utilização das diferenças sociais de natureza étnico-racial na caracterização de formas de subordinação no trabalho como as fartamente utilizadas variáveis de gênero, geração ou experiência migratória. Esses autores problematizam as barreiras sociais à mobilidade reproduzidas no microambiente das empresas e que estão fundadas na discriminação racial. Apesar de toda essa pressão, os(as) trabalhadores(as) têm resistido a essa discriminação com estratégias coletivas ou individuais, com atitudes e/ou processos individuais e as po-

líticas coletivas e institucionais, como Grupos de Trabalho Anti-Racistas no Sindicato, Políticas Afirmativas, etc. (Bento, 1992<sup>10</sup>; Lacerda 2002<sup>11</sup>).

Castro e Guimarães (1993)<sup>9</sup> alertam para a pouca atenção que também tem sido dada ao modo pelo qual as pessoas, uma vez inseridas no mercado, constroem, nos locais de trabalho, suas trajetórias profissionais, apesar de alguns estudos descreverem formas e terem analisado determinantes da inserção de negros e brancos no mercado de trabalho. Poucos estudos acadêmicos pesquisam o cotidiano no trabalho e a desigualdade racial ali reproduzida.

Crenshaw (2002)<sup>12</sup> faz referência ao caso de dupla discriminação de raça e gênero, mostrando o quanto é duplamente penoso quando se agregam as questões de gênero ao tratarmos daquelas que envolvem as mulheres e trabalhadoras negras.

## TRABALHO E SAÚDE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Trabalho e saúde têm hoje relações cada vez mais perigosas. No mundo globalizado em que as formas de organizar o trabalho engendram sujeitos cada vez mais competitivos e isolados, os serviços de saúde não se colocam à margem. Pensar, como fizemos até aqui, nas novas formas de organização do trabalho como um movimento global nos aproxima de algumas características universais, comuns aos trabalhadores(as) do mundo. Além dessas características universais, a globalização impõe fardos diferenciados, dependendo da posição que os grupos de trabalhadores(as) ocupam no mundo. Num país periférico, a competição e o isolamento se traduzem em condições muito mais graves, aliadas às condições objetivas de trabalho diferenciadas. O processo de terceirização, por exemplo, visto em todas as áreas da produção em todos os países, adquire contornos mais cruéis num país periférico. No caso dos serviços de saúde, esse processo, além de intensificar o trabalho, tornar as relações mais precárias, reduzir os salários, faz com que o trabalhador perca o compromisso com seu trabalho como um trabalho social da maior importância. É só mais um trabalho no cenário do capitalismo selvagem que aqui se desenvolve.

Às condições precárias de trabalho no setor se somam as necessidades de assistência à saúde da população. Elas

são crescentes, porque, aliadas às condições precárias de trabalho e moradia da população, de maneira geral, geram um ambiente degradado propício às mais diversas exposições a contaminantes. As doenças são vistas como fraquezas que tiram ou atrapalham a relação com o trabalho, o que sobrecarrega os serviços de saúde com quadros clínicos de maior gravidade. Muitas vezes, a população acorre ao serviço quando o estágio da doença é muito grave, o que aumenta a sensação de impotência dos profissionais de saúde e estimula a violência contra esses(as) trabalhadores(as) (Palacios *et al.*, 2003)<sup>13</sup>.

Dito de outra forma, a situação se assemelha ao pelego, manta usada para amortecer o impacto da cavalgada no lombo do cavalo. Os serviços de saúde são o braço do Estado que confere à população o direito à saúde. No entanto, a saúde é fruto das condições de vida e trabalho, muito degradadas na atualidade. Mas é o serviço de saúde que a população culpa pelas más condições de saúde. Esse é o modelo que interessa ao mercado, à circulação e acumulação do capital. Mais medicamentos, equipamentos e insumos chegam ao mercado, as situações de risco de agravos à saúde humana de origem ambiental e do trabalho, na esfera da produção, são investigadas de maneira marginal, enquanto pesados investimentos são lançados na produção da recuperação da saúde. A população, à mercê da propaganda, exige que os serviços de saúde ofereçam os mais sofisticados tratamentos e equipamentos para a recuperação da saúde sem questionar as condições que deram origem a seu sofrimento. Outros mercados se ampliam para dar suporte a essa lógica. A oferta de planos de saúde cresce.

Os mais prejudicados nesse processo recente de transformação do trabalho no setor saúde são os(as) trabalhadores(s) da saúde e a população mais empobrecida que acorre aos serviços de saúde públicos e conveniados.

Mas nem todas as transformações recentes no setor saúde são negativas. Iniciativas como as da Política Nacional de Humanização são bem-vindas quando enfatizam a qualidade de vida no trabalho, quando colocam no centro da reflexão o trabalho, suas formas de organização, sua finalidade, a proteção da saúde dos(as) trabalhadores(as) e da clientela. A política de substituição dos vínculos precários na saúde é outra iniciativa bastante promissora, embora, num primeiro momento, tenha trazido sofrimento a um número significativo de

trabalhadores(as) que após anos de trabalho se viram obrigados(as) a deixar o emprego. A longo prazo, é o caminho para corrigir a falta de isonomia com a multiplicação de vínculos nos serviços de saúde, situação de injustiça insustentável.

Esses elementos rapidamente apresentados aqui conformam um quadro do trabalho em saúde que engendra conseqüências sobre a saúde dos(as) trabalhadores(as) de saúde.

Uma modo didático de pensar essas conseqüências é utilizar o conceito de carga de trabalho para mediar essa relação entre o trabalho e a saúde. É um conceito interessante, uma vez que representa uma tentativa de agrupar vários elementos do trabalho conforme o impacto sobre a saúde se dê em termos de sobrecarga física, cognitiva, psíquica e moral. Nesses termos, podemos compreender que o trabalho nos serviços de saúde sejam privados ou públicos, impõem uma sobrecarga aos trabalhadores(as) que pode ser didaticamente decomposta em seus aspectos: físico, seja por ação direta de contaminantes ambientais (químicos, físicos ou biológicos), seja indiretamente por meio da reação fisiológica (das LER/Dort às alterações psicossomáticas); psíquico, posto que nenhuma sobrecarga de trabalho pode estar livre de conseqüências psíquicas; cognitivo, uma vez que as funções cognitivas humanas são muito requeridas, especialmente em se tratando do trabalho médico; e moral.

Este último aspecto merece destaque especial. Trata-se da mobilização do sentido de justiça e outros princípios morais relevantes para o sujeito quando confrontados pelas situações concretas de trabalho. São situações dilemáticas ou de conflito ético. É importante ressaltar que a sobrecarga de trabalho tem sempre todos esses componentes articulados, mas num ou outro momento pode haver predominância de um aspecto sobre os demais. Quando, por exemplo, uma situação de trabalho envolve uma difícil decisão entre que paciente atender quando há limitação de vagas, o médico, além da carga moral, certamente terá um sofrimento psíquico intenso por saber que só poderá salvar um paciente.

Outro aspecto interessante do conceito de carga é que ele incorpora a idéia de que todos somos diferentes, temos diferentes sensibilidades ao que nos sobrecarrega. O que é sobrecarga para uns pode não ser para outros. É essa a brecha para incluir na discussão nossas considerações acerca da subjetividade, especialmente as

questões de gênero e raça. Quando se pensa na relação entre saúde e trabalho, não há como considerar um trabalhador médio. Os trabalhadores e trabalhadoras são brancos ou negros, o que sugere um conjunto de experiências marcadas por essas condições.

## **A FORMAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, O DIÁLOGO E A PAZ**

Como assinalado no início deste ensaio, a formação cumpre um papel fundamental na relação trabalho-saúde. Quanto mais compreensíveis forem as situações de trabalho, mais recursos o sujeito terá para lidar com elas. Se assim é, as ferramentas necessárias para uma análise adequada das situações de trabalho terão que ser objeto de preocupação na formação. Além disso, quando falamos de formação, tendo por modelo a formação médica, não podemos deixar de considerar não só os conteúdos pertinentes às disciplinas oferecidas como também o que é apresentado ao(à) aluno(a) como os valores que a universidade promove por meio do comportamento de seus(as) professores(as) e da atividade reflexiva desenvolvida ao longo do curso (Palacios e Rego, 2006)<sup>14</sup>.

Em termos da estrutura curricular do curso médico, o trabalho tem tido pouca atenção. A reflexão sobre o trabalho, que deveria ser permanente, muitas vezes fica restrita a uma ou duas aulas no interior de uma disciplina. O trabalho não é objeto de reflexão permanente. Não há espaços no interior da jornada de trabalho nos serviços de saúde em geral e em especial em hospitais universitários para a discussão do trabalho: rumos, correções de rumo, relações, pactuações raras vezes são objeto de reflexão.

Santos<sup>15</sup> fez uma análise comparativa acerca do funcionamento de duas alas hospitalares, uma no Brasil e outra na França. Suas conclusões mostram que na França há espaços regulares para a discussão do trabalho e sua organização, diferentemente do que acontece no Brasil, onde os sujeitos são isolados, e os espaços de discussão e construção coletivas do trabalho são raros.

É importante ressaltar que uma das questões iluminadas por aqueles(as) que estudam as relações entre saúde mental e trabalho é que o suporte social (na terminologia das teorias do estresse) ou o reconhecimento dos pares (para a psicodinâmica dejouriana) constitui fator de proteção da saúde mental dos trabalhadores(as) (Palacios,

1999)<sup>16</sup>. A existência de tais elementos configura exatamente o oposto do que vínhamos descrevendo como o mundo do trabalho atual, no qual a competição e o isolamento são a tônica.

A importância de chamarmos a atenção para a reflexão coletiva sobre o trabalho, especialmente sobre o contexto dos serviços de saúde, no interior da estrutura curricular e nos espaços de discussões formais e informais, no interior dos locais de prática na formação dos estudantes da área da saúde está em que se possa adquirir competências diversas:

1. a compreensão do contexto econômico, social, antropológico (a questão da biotecnologia e seu impacto nos ambientes de trabalho), geográfico (as diferenças centro/periferia no mundo globalizado) onde o trabalho em saúde está inserido;
2. entendimento do papel do coletivo (das equipes) no processo de trabalho em saúde para o desenvolvimento de habilidade comunicacional, saber argumentar e ouvir os argumentos dos outros, e estar abertos ao diálogo, à negociação e à pactuação;
3. o respeito devido a cada um e a suas subjetividades, marcadas pelas questões de gênero e etnia, entre outras, e a possibilidade de resolver eventuais conflitos, diminuindo as chances de ocorrer violência no trabalho, especialmente o assédio moral, que grassa na ausência do diálogo e do respeito.

Tais competências não se aplicam exclusivamente às relações entre colegas, mas também às relações com os usuários dos serviços de saúde, baseadas no diálogo e no respeito. Nesse sentido, também constituem elementos indispensáveis a uma política de controle da violência no local de trabalho, especialmente o assédio moral, que tem sido objeto de nossos estudos ([www.iesc.ufrj.br/assediomoral](http://www.iesc.ufrj.br/assediomoral)), tendo o(a) professor(a), o(a) técnico(a) ou o(a) aluno(a) como alvo da violência.

Assim, as universidades devem se preocupar em formar médicos(as) comprometidos(as) com a promoção da saúde, o diálogo e a paz.

## REFERÊNCIAS

1. Gonçalves RBM. Processo de Trabalho em Saúde. São Paulo; 1988. (mimeo)
2. Tumolo PS. Trabalho, vida social e capital na virada do milênio: apontamentos de interpretação. Educação & Sociedade. 2003; 24(82):159-78.
3. Gounet T. Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel. São Paulo: Boitempo; 2002.
4. Gounet, 1992.
5. Souza TMS. Emoções e capital: as mulheres no novo padrão de acumulação capitalista. Tese [Doutorado] – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.
6. Antunes R. Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo; 1999.
7. Marx K. O capital. Crítica da Economia Política. Livro primeiro, vol. 2, 12 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.
8. Nascimento EL. O sortilégio da cor: identidade, raça e gênero no Brasil. São Paulo: Summus; 2003.
9. Castro N, Guimarães A. Desigualdades raciais no mercado e nos locais de trabalho. Estud afro-asiát. 1993;(24).
10. Teixeira MAB. Resgatando a minha bisavó: discriminação racial no trabalho e resistência na voz dos trabalhadores negros. São Paulo; 1994. Mestrado [Dissertação]. Psicologia Social Pontifícia Universidade Católica/SP
11. Lacerda LS. Sou mais que sindicalista, sou revolucionária: o que pensam sindicalistas negros e anti-racistas sobre racismo, saúde e trabalho. Rio de Janeiro. Mestrado [Dissertação] - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
12. Crenshaw, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Estudos Feministas. 2002; 10(1): 9
13. Palácios M. e colaboradores. Relatório Violência no Trabalho do Setor Saúde. Rio de Janeiro: OIT; 2003.
14. Palácios, M. e Rego, S. Bullying: mais uma epidemia invisível? Rev. Bras. Educ. Méd. 2006; 30(1): 3-5.
15. Santos, ML. Cuidado paliativo e Organização do Trabalho: a concepção na atividade de técnicas e auxiliares de enfermagem. Rio de Janeiro; 2001. Tese [Doutorado] – COPPE/UFRJ, 2001.
16. Palácios, M. Sofrimento psíquico e trabalho: um estudo de caso sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores e suas relações e o trabalho de caixa em uma grande empresa estatal bancária. Rio de Janeiro. Doutorado [Tese] - o. Rio de Janeiro, COPPE/UFRJ; 1999.