

A escola médica na pandemia da COVID-19

Organizadores:

Denise Herdy Afonso

Eduardo Arquimino Postal

Nildo Alves Batista

Sandro Schreiber de Oliveira



A escola médica na pandemia da COVID-19

Organizadores:

Denise Herdy Afonso
Eduardo Arquimino Postal
Nildo Alves Batista
Sandro Schreiber de Oliveira



Brasília, 2020

2020 Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM

A ESCOLA MÉDICA NA PANDEMIA DA COVID-19

Organização: Denise Herdy Afonso, Eduardo Arquimino Postal, Nildo Alves Batista e Sandro Schreiber de Oliveira

Edição: Svendla Chaves

Projeto gráfico e diagramação: Letícia Lampert

Transcrição de vídeos: Amara Rodrigues Muner

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

A257 Afonso, Denise Herdy, Org.; Postal, Eduardo Arquimino, Org.; Batista, Nildo Alves, Org.; Oliveira, Sandro Schreiber de, Org.
A escola médica na pandemia da Covid-19 / Organização de Denise Herdy Afonso, Eduardo Arquimino Postal, Nildo Alves Batista e Sandro Schreiber de Oliveira. - Brasília: ABEM, 2020.
E-Book: pdf; 107 p.

ISBN 978-65-86406-01-6

1. Educação. 2. Ensino Superior. 3. Educação Médica. 4. Ensino na Saúde. 5. COVID-19. 6. Política de Saúde. 7. Saúde Pública. I. Título. II. Afonso, Denise Herdy, Organizadora. III. Postal, Eduardo Arquimino, Organizador. IV. Batista, Nildo Alves, Organizador. V. Oliveira, Sandro Schreiber de, Organizador. VI. ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica.

CDU 614.4

CDD 610.7

Catalogação elaborada por Regina Simão Paulino – CRB 6/1154

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

Diretor-Presidente: Nildo Alves Batista

Diretor Vice-Presidente: Sandro Schreiber de Oliveira

Diretora-Tesoureira: Denise Herdy Afonso

Diretora-Secretária: Suely Grosseman

Diretora-Executiva: Hermila Tavares Vilar Guedes

SCN – QD 02 – BL D – Torre A – Salas 1021 e 1023

Asa Norte – CEP 70.712-903 – Brasília – DF

(61) 3024-9978 | (61) 3024-8013

secretaria@abem-educmed.org.br

Agradecemos aos autores convidados desta publicação, por estarem conosco em um momento tão inquietante para pessoas e instituições.

Também à equipe de colaboradores da ABEM, por seu trabalho e parceria nos diversos desafios que nos foram impostos neste período.

Somos gratos ainda, e muito especialmente, por fazer parte da comunidade da educação médica brasileira, que vem mostrando sua resiliência, sua solidariedade e sua capacidade de transformação nestes tempos peculiares que compartilhamos.

Sumário

06 | Capítulo 1: A ABEM na pandemia: o inesperado e o diálogo com a comunidade acadêmica da educação médica brasileira

Douglas Vinicius Reis Pereira, Lia Márcia Cruz da Silveira e Denise Herdy Afonso

Seção I: Primeiros Impactos

11 | Capítulo 2: Os primeiros impactos da pandemia nas nossas escolas médicas

Nildo Alves Batista

13 | Capítulo 3: O desafio de manter conectada a comunidade acadêmica de uma escola de saúde do interior de São Paulo

Jacqueline Teixeira Caramori e Maria Cristina Pereira Lima

17 | Capítulo 4: Silêncios, ruídos, avanços e incertezas no ensino médico nas fases epidêmicas da COVID-19

Maria Helena Senger

21 | Capítulo 5: A pandemia e a educação médica que queremos construir

Eduarda Ferreira Matoso

Seção II: Ajustes possíveis

26 | Capítulo 6: Afetos, incertezas e ajustes possíveis

Sandro Schreiber de Oliveira

29 | Capítulo 7: Desafios operacionais e humanos nas escolas privadas

Silvio Pessanha Neto

32 | Capítulo 8: Oportunidades para o ensino remoto na universidade pública

Eliana Amaral

Seção III: O que já aprendemos

37 | Capítulo 9: O que já aprendemos: a necessidade de escuta e cuidado

Suely Grosseman

39 | Capítulo 10: Os profissionais de saúde devem olhar além do que os olhos podem ver

Francis Solange Vieira Tourinho

42 | Capítulo 11: Será que ninguém fica para trás nesta pandemia?

Gustavo Antonio Raimondi

Seção IV: O que não podemos esquecer

46 | Capítulo 12: O que não podemos esquecer: convergência e diálogo

Eduardo Arquimino Postal

49 | Capítulo 13: A defesa da ciência precisa ser exercitada todos os dias

Carlos Eduardo Meress

53 | Capítulo 14: A hora de trabalharmos em rede

Andrea Taborda Ribas da Cunha

Seção V: O que precisamos aprender

- 60 | Capítulo 15: A escola médica na pandemia da COVID-19: o que precisamos aprender
Denise Herdy Afonso
- 62 | Capítulo 16: O perfil do nosso egresso está sendo posto à prova
Júlio César Stobbe
- 65 | Capítulo 17: Reflexões sobre a pandemia e a educação médica
Milton de Arruda Martins

Seção VI: Como retornar às atividades de ensino em segurança e com todos?

- 69 | Capítulo 18: Como retornar às atividades com segurança e incluindo todos
Sandro Schreiber de Oliveira
- 72 | Capítulo 19: A experiência da pesquisa epidemiológica
Pedro Rodrigues Curi Hallal
- 75 | Capítulo 20: Atenção Primária à Saúde: um caminho possível para o retorno às atividades nas graduações
Eliana Goldfarb Cyrino
- 81 | Capítulo 21: A reinvenção das escolas médicas para o pós-pandemia: dias melhores virão
Henry de Holanda Campos
- 86 | Capítulo 22: Quais são nossas responsabilidades acadêmicas para o retorno às aulas?
Nathalia Julie Soares Resende

Seção VII: Como cuidar de educadores e educandos de forma integral?

- 91 | Capítulo 23: O desafio de cuidar de educadores e educandos, de forma integral e permanente
Denise Herdy Afonso
- 94 | Capítulo 24: Como os estudantes vão se adaptar a uma nova rotina?
Ângelo Fajardo Almeida
- 97 | Capítulo 25: Cuidado integral na comunidade acadêmica
Luiza Ribeiro
- 100 | Capítulo 26: Ora (dizeis) ouvir histórias! – a conversa como holding nos momentos de incerteza
Patrícia Lacerda Bellodi
- 104 | Capítulo 27: A educação médica precisa integrar razão e emoção
Luiz Fernando Chazan

A ABEM na pandemia: o inesperado e o diálogo com a comunidade acadêmica da educação médica brasileira

*Douglas Vinicius Reis Pereira
Lia Márcia Cruz da Silveira
Denise Herdy Afonso*

“O inesperado surpreende-nos. É que nos instalamos de maneira segura em nossas teorias e ideias, e estas não têm estrutura para acolher o novo. Entretanto, o novo brota sem parar. Não podemos jamais prever como se apresentará, mas deve-se esperar sua chegada, ou seja, esperar o inesperado.” (Edgar Morin)

A pandemia da COVID-19 trouxe para o mundo da vida a incerteza e a indefinição, colocando em suspenso planos e projetos individuais e coletivos e nos confrontando com nossas certezas. Na formação profissional, não foi diferente: colocou em xeque, para gestores, educadores e educandos, as escolhas, os caminhos percorridos e aqueles ainda a percorrer. “E quando o inesperado se manifesta, é preciso ser capaz de rever nossas teorias e ideias, em vez de deixar o fato novo entrar à força na teoria incapaz de recebê-lo”¹. Foi assim, com o desafio de olhar de frente a educação contida e aprisionada nas incertezas, reconhecer a necessidade de continuar, ainda que inseguros sobre nossa capacidade de reinvenção de processos e práticas, que a ABEM ativou conexões, fez da indefinição uma oportunidade e construiu alternativas solidárias e responsivas àquela educação médica que tinha na pandemia o seu foco.

A necessidade de apoiar gestores, educadores e educandos a lidar com a incerteza do conhecimento e do momento, de não paralisar perante o novo e o desconhecido, de ampliar a consciência de seu compromisso, nos remeteu à nossa responsabilidade institucional, explicitada na visão que guia nossa associação: “ser reconhecida como a principal protagonista de melhorias na educação médica brasileira, representante de seus associados, influenciando as políticas públicas de educação e saúde”.

O contexto inédito de incertezas provocava no mundo, e no nosso país, mudanças frequentes de rumo, com decisões quase diárias sobre as políticas públicas na pandemia. Com objetivo de trazer presteza e segurança na informação, a ABEM organizou em seu site um repositório de normativas relacionadas aos interesses de cursos

1 MORIN E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2000.

de medicina e programas de residência médica, com o intuito de facilitar o acesso a estas diretrizes, muitas vezes dispersas. Para além das normativas, a experiência da ABEM permitiu a interpretação e orientação em momentos marcantes da pandemia como a suspensão e retorno das atividades de internato, a formatura antecipada de alunos, a adesão de estudantes e residentes a chamamento público para atuar na organização das redes locais de cuidado em saúde.

Caminhamos no fluxo da ciência que buscava respostas sobre o vírus, seus mecanismos de transmissão, sua evolução e potenciais tratamentos. Foi preciso começar pela abertura dos nossos sentidos para compreender os impactos imediatos na comunidade acadêmica a partir de um diagnóstico situacional. Em um cenário tão adverso, num país continental, tão criativo e com realidades tão distintas, houve a necessidade de ouvir e conhecer o que estava sendo planejado nos locais de atuação dos associados da ABEM, principalmente “na ponta”, como costumamos dizer. Iniciamos fazendo um convite para que gestores, professores e alunos compartilhassem o que estavam vivenciando. Em três dias, no final de março, um questionário divulgado em várias redes sociais foi respondido por 5.091 estudantes, 1.156 professores e 124 gestores. A iniciativa atingiu mais de 80% das escolas médicas brasileiras, representadas por algum de seus diferentes segmentos. Foi possível conhecer e partilhar um pouco mais sobre as situações nas diferentes regiões do país, com a paralisação total de atividades em alguns locais, a interlocução da escola com os serviços de saúde para a tomada de decisões, a utilização de recursos para o ensino remoto, oportunidades de trabalho voluntário e as expectativas de retorno às atividades acadêmicas. No momento em que o impacto da pandemia alcançava quase que a totalidade de escolas, percebemos o imediato interesse de todas e todos em compartilhar informações, conhecer realidades distintas e participar da construção de alternativas.

Logo em seguida, ouvimos residentes e preceptores de programas de residência médica. Entre os residentes, 271 respostas; entre os preceptores, 124. Foi possível atingir 48 especialidades, distribuídas nas cinco regiões do país. Um dos principais desafios do ponto de vista dos residentes era a manutenção das atividades no contexto adverso. Os preceptores identificavam a falta, fosse de pacientes, fosse de incentivo para as atividades de preceptoria. O rico material subsidiou a escrita de uma análise com recomendações da ABEM que colaboraram com a construção de caminhos da Comissão Nacional de Residência Médica e as respectivas Comissões Estaduais, em um movimento de amplificação de informações e redução de distâncias, comprometidos com a constante qualificação da residência médica no país.

A iniciativa de ouvir e reverberar as vozes nos conduziu a mais uma inovação: divulgar no site da ABEM experiências do dia a dia, convidando a comunidade acadêmica para que “Conte sua história”. Motivados pelos relatos de experiência inovadoras em resposta aos limites impostos pela pandemia, abrimos nossas “janelas virtuais” e recebemos relatos de experiências, histórias narradas pelos sujeitos, protagonistas da educação médica. Acolhemos mais de 20 relatos, com vivências riquíssimas que trouxeram inúmeras reflexões, reforçando o quanto o que é visto na prática precisa estar integrado com o ensino.

As inquietações que vêm do cotidiano na verdade são combustíveis para o ensino, fazendo com que as escolas médicas sejam capazes de relacionar a teoria e a prática em uma lógica dialética cada vez mais necessária diante do inesperado. Progressivamente fomos percebendo novos processos pedagógicos se desenvolvendo, oferecidos, na medida da necessidade e do contexto de cada escola, disciplina, programa, curso e consolidados, em uma educação centrada na interação educador-contexto--educando.

A ABEM do século 21, com 58 anos de existência, precisou sair de seu conforto institucional e abrir um debate contemporâneo, em ambiente virtual, exercitando diferentes formas de interagir com a comunidade da educação médica brasileira a fim de promover reflexões, criar possibilidades, rever caminhos, também no cenário colocado pela pandemia, para encontrar novas formas de ensinar e de aprender.

Assim, seguimos construindo questões que nortearam nossa busca por evidências iniciais de respostas oferecidas na modalidade virtual, que nos ensinaram a potência do recurso tecnológico a serviço da educação. O painel “A escola médica na epidemia da COVID-19”, composto por uma série de cinco *lives*, apresentou os primeiros impactos, os ajustes possíveis, o que já havíamos aprendido, o que não poderíamos esquecer e o que ainda precisávamos aprender naquele momento. A série buscou não só partilhar as experiências de docentes e discentes, como também aprofundar discussões essenciais no cenário da formação em saúde, como o atendimento às necessidades sociais, a responsabilidade social das escolas médicas e a integração ensino-serviço-comunidade. Tópicos esses comumente debatidos nos espaços da ABEM, mas que naquele momento mereciam especial atenção pelas demandas trazidas pela pandemia, sendo objeto de interesse aqui e no mundo inteiro.

Fazendo o exercício de pensar o futuro, ainda que incerto, a ABEM também desenvolveu um seminário como encerramento das atividades propostas no painel. Com o tema “O futuro da escola médica no pós-COVID-19”, um dia de atividades foi disponibilizado à nossa comunidade da educação médica. O primeiro turno foi dedicado à reflexão sobre “Como retornar às atividades de ensino em segurança e com todos?”, finalizada com momento cultural e apresentação das atividades desenvolvidas pelo Laboratório de Artes e Humanidades Médicas da UEPA. À tarde, o debate foi retomado em parceria com o SIG Colaborativo Educação Médica, tendo como convidada a secretária executiva da Comissão Nacional de Residência Médica. A mesa-redonda da tarde discutiu “Como cuidar de educadores e educandos de forma integral?”, entendendo as necessidades de acolhimento, cuidado e escuta que aquele momento trazia para a saúde e o bem-estar de todos os envolvidos no processo de ensino e aprendizagem.

Foram esses eventos virtuais que nos trouxeram até esta publicação, que reúne os conteúdos apresentados no painel e no seminário pelos convidados, cujas falas estão aqui adaptadas e revisadas por seus autores, retratando um momento bastante nevrálgico da pandemia nas atividades da educação médica. Trancados em nossas casas, impedidos de circular, construir lado a lado, foi preciso reaprender a dialogar em distintos espaços, a perceber mediados pela tela, a decidir em consenso, abrir mão

do planejado e criar novas possibilidades de encontro desta comunidade acadêmica ávida por conexões. Prova disso é que caminhamos, neste momento, para a realização inédita de um COBEM virtual, com número recorde de inscrições e trabalhos submetidos, onde será também lançado suplemento da Revista Brasileira de Educação Médica com o tema “Ensino na Saúde em tempos de COVID-19: acesso, iniquidades e vulnerabilidade”.

Em um momento de tanta transformação, percebemos como necessário, na ABEM, problematizar a realidade para lidar com as incertezas, e para isso precisamos estar conectados na busca de novos caminhos para vencer esse desafio humanitário. Esse entendimento, como diria Paulo Freire, de que o “diálogo cria base para colaboração”² tem levado a ABEM a buscar com suas ações ativar e reforçar a rede dos envolvidos com a educação médica brasileira para fazer da crise uma oportunidade de parcerias, trocas e iniciativas que contribuam para a qualificação profissional, o fortalecimento da responsabilidade social e a ampliação da consciência cidadã de pessoas e instituições implicadas na formação médica para que atendam às necessidades de saúde da população e à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 FREIRE P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 36. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.

Seção I: Primeiros Impactos

Os primeiros impactos da pandemia nas nossas escolas médicas¹

Nildo Alves Batista
Presidente da ABEM

Diante de um momento de tantas incertezas vivenciadas durante o ano de 2020, a ABEM prontamente convocou a comunidade das escolas médicas para uma série de cinco *lives* que compuseram um painel “A escola médica na epidemia de COVID-19”. O evento, que deu origem a parte desta publicação, teve como objetivo debater alguns dos grandes desafios educacionais trazidos pela epidemia e as consequências mudanças de rotina, não somente nos nossos lares e cidades, como também nas nossas escolas e instituições. O tema central do primeiro encontro foram os primeiros impactos desencadeados pela pandemia.

Realizado em um momento de muita dor, luto, perdas, o encontro levou a uma proposta inicial de conexão de todos em memória das vidas perdidas na pandemia, tendo como fonte de inspiração as palavras de nosso mestre Paulo Freire: “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

Refletindo a respeito dos primeiros impactos da pandemia nas nossas escolas médicas, foi possível, a partir das experiências dos painelistas convidados, discutir e compartilhar as vivências das primeiras medidas sanitárias, normativas governamentais, readequação de serviços de saúde e reação da comunidade acadêmica nas atividades educacionais das escolas.

Como pode ser observado nos capítulos seguintes, o encontro se configurou como uma preciosa oportunidade de debate a respeito dos primeiros impactos da pandemia entre nós. Pudemos reforçar nossa parceria com as escolas, entendendo que a iniciativa nos ajudou a implementar a missão institucional da ABEM de “desenvolver a educação médica visando a formação de um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária”.

Os relatos nos permitiram observar que somos muitos e muitas envolvidos com a continuidade da luta por uma escola médica que se caracteriza como espaço de formação, pesquisa, assistência e extensão, articulando os conhecimentos científicos, os saberes das comunidades, as inovações tecnológicas, as demandas sociais e o desafio permanente do fortalecimento da democracia e da saúde como direito, mesmo em momentos tão desafiadores.

¹ Os textos desta seção são transcrições adaptadas das falas realizadas na primeira *live* do painel “A escola médica na epidemia de COVID-19”, realizada em 20 de maio de 2020, tendo como convidadas Jacqueline Teixeira Caramori, Maria Helena Senger e Eduarda Ferreira Matoso, com mediação de Nildo Alves Batista.

Neste momento tão crucial da sociedade brasileira, foi e é importante verificar que, no escopo da responsabilidade social das nossas escolas médicas, assumimos como estruturante a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), lutando pela ampliação dessa conquista e consolidação desse direito.

Continuamos a desempenhar nosso protagonismo na formação do médico no Brasil, assumindo a perspectiva histórica e dialética da educação como prática social, que interconecta saberes, articula experiências e produz conhecimentos e modos de ser no mundo, mesmo em tempos de tantas adversidades. Mais uma vez, me refiro a Paulo Freire quando afirma que “a educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa”.

Continuemos juntos na busca de uma educação médica transformadora e comprometida com as necessidades de saúde de nossa população e com o fortalecimento de nosso Sistema Único de Saúde. Continuemos juntos aprendendo e buscando soluções mesmo em momentos de incerteza.

O desafio de manter conectada a comunidade acadêmica de uma escola de saúde do interior de São Paulo

Jacqueline Teixeira Caramori

Maria Cristina Pereira Lima

Direção da Faculdade de Medicina da UNESP Botucatu¹

Vivemos um momento de grandes desafios, momento de grandes tempestades, pela ameaça à nossa saúde, pela ameaça aos profissionais de saúde e por tantas incertezas que rodeiam o nosso dia a dia e do nosso país nesse momento tão delicado. Eu falo da Faculdade de Medicina (FMB) da UNESP, uma unidade da Universidade Estadual Paulista que foi criada a partir de institutos isolados de ensino superior localizados em todo o estado de São Paulo. A UNESP tem 34 unidades em 24 cidades e é a única universidade com essa configuração no Brasil. Em Botucatu – que está a 235 km da capital paulista e é conhecida como “a cidade dos bons ares e das boas escolas” –, temos quatro unidades da UNESP, e uma dessas é a FMB.

O Hospital das Clínicas (HC) da FMB é o maior cenário de ensino em saúde do município. Foi nesse hospital que vivenciamos o plano de contingência do estado de São Paulo. No final de fevereiro, antes mesmo da Organização Mundial de Saúde declarar a pandemia, o HCFMB passou a ser um centro de referência da COVID-19, e já no começo de março medidas de prevenção e de controle dos serviços de saúde começaram a ser tomadas. Mas foi na sexta-feira, 13 de março, durante a reunião ordinária da congregação, que se articulou uma força-tarefa para que todas as atividades didáticas fossem interrompidas e as salas de aulas se conectassem ao *link* da congregação, permitindo a atualização de toda a comunidade sobre a situação da pandemia de COVID-19 que se instalava em São Paulo. A explanação feita pelo professor Carlos Magno Fortaleza, infectologista e representante no plano de contingência no estado de São Paulo, mostrou para a comunidade o panorama da COVID-19 em nível mundial e nacional e todas as medidas de contenção e mitigação que começavam ser adotadas no estado.

Ficou claro que teríamos um protagonismo muito importante nesse processo. Naquela tarde foi criado o Comitê FMB COVID-19, para tomada das providências necessárias, planejamento da graduação, da pós-graduação e da residência médica, de todas as atividades que estavam sendo subitamente interrompidas naquele momento. Paralelamente, o nosso principal cenário de ensino, o HC, planejava a sua reserva de

¹ A *live* promovida pela ABEM teve a presença da professora Jacqueline Teixeira Caramori, e o texto aqui publicado foi também revisado pela professora Maria Cristina Pereira Lima.

leitos e deliberava leitos de UTI para atender à região de Botucatu. Foram tomadas medidas de restrição de circulação, de suspensão de todos os ambulatórios de rotina, particularmente todos os ambulatórios didáticos, suspensão de cirurgias eletivas, estabelecimento de protocolos de segurança para os estudantes, fechamento do centro cirúrgico para cirurgias eletivas. Passávamos então a ser um “Hospital COVID”.

Foi um momento muito difícil para todos nós, pois pela primeira vez na história da nossa escola víamos a interrupção do internato de forma tão abrupta. Uma parte do ambulatório passava a ser um ambulatório só de atendimento à COVID.

Infelizmente estávamos sendo surpreendidos pela insuficiência dos equipamentos de proteção individual (EPIs) para todas as equipes, particularmente enfermeiros e médicos. Não teríamos também como permitir que nossos estudantes permanecessem no atendimento na linha de frente, até porque os seus cenários de ensino haviam sido interrompidos, e dessa forma as atividades presenciais dos nossos cursos de graduação estavam suspensas. Instalou-se o vazio com a suspensão completa das atividades de graduação dos cursos de medicina e enfermagem. Houve relocação dos programas de residência médica para atividades voluntárias na atenção primária e outras remanejadas dentro do cenário hospitalar de atendimento à COVID.

O discurso da gestão em todo esse processo tem sido “a vida em primeiro lugar”. Há o compromisso de buscar respostas baseadas na ciência, temos que manter nossa comunidade acadêmica engajada. Foi assim que a UNESP se lançou em pesquisas; em maio de 2020, a UNESP mostrava o andamento de aproximadamente 80 pesquisas científicas relacionadas à COVID, pesquisas em saúde pública, na pesquisa clínico-molecular, em estudos farmacológicos, na interação hospedeiro-patógeno e comunicação social e geografia em saúde. Cerca de 30% das pesquisas em andamento são da Faculdade de Medicina da Botucatu.

Precisávamos de uma nova organização, e buscamos nos apresentar no site da Faculdade de Medicina. Organizamos todos os nossos comunicados, fizemos da página www.fmb.unesp.br o repositório das iniciativas nesses tempos de pandemia. Já na primeira semana de paralização realizamos uma pesquisa para diagnóstico situacional da graduação e do corpo docente, procurando entender as facilidades e as disponibilidades que a comunidade teria para implementar práticas diferentes do ensino presencial.

Com o resultado do questionário que enviamos aos discentes da enfermagem e da medicina, vimos que estavam espalhados em todo o estado de São Paulo, e até em outros estados. Procuramos fazer o diagnóstico da disponibilidade de acesso à internet e da disponibilidade de equipamentos para a utilização em plataformas. A avaliação final, respondida por 612 do universo de 720 estudantes, revelou que cerca de 10% deles apontavam a dificuldade de acesso ao ensino remoto e as plataformas virtuais – se incluirmos os não respondedores, essa proporção chega a 17%.

Estava então lançado o principal desafio nessa pandemia: a implementação do ensino remoto emergencial. Destaco que em nenhum momento colocamos nossa

proposta como educação a distância. Não temos um currículo planejado com educação a distância; nós temos sim uma oportunidade de orientar recursos educacionais para serem usados remotamente por esse público, os docentes e os alunos da Faculdade de Medicina. Atenção também para o fato de que não houve uma migração súbita para essa modalidade; tivemos pelo menos três semanas de consultas à comunidade, por meio de questionários e até de interpretação do que a nossa universidade de fato esperava que acontecesse com o ensino a partir da deliberação de novas portarias. Surgiu dessas consultas à comunidade o retorno de docentes pedindo treinamento; o que foi prontamente atendido pelo núcleo de apoio pedagógico, que ofereceu uma formação diferente das inúmeras todas as que já fazíamos, pois nossos treinamentos sempre foram presenciais.

O treinamento oferecido ao corpo docente para prosseguir com o ensino de modo remoto deu particular atenção ao aspecto pedagógico, no sentido da conexão. Importância a possibilidade de se manter conectado, de promover uma boa relação professor-aluno – mais do que determinar que tipo de ferramenta ou que tipo de plataforma o professor deveria usar. Nós temos um arsenal de ferramentas hoje disponíveis, mas estávamos muito mais interessados em trabalhar o alinhamento da conexão professor-aluno. Foram dois treinamentos oferecidos ao longo de três semanas, e tivemos a participação e o interesse até mesmo de professores que nunca haviam buscado treinamento de desenvolvimento da docência.

Procuramos, desde então, manter iniciativas de conexão virtual. Fizemos no período de isolamento diversas rodas de conversa virtuais com temáticas, da saúde mental a culinária... tentativas de preservar a conexão, entretanto a adesão foi abaixo do esperado. Na metade de maio, fizemos chamadas virtuais por Google Meet com todas as turmas (n=10) para escuta do processo desse período de isolamento, com maior adesão dos estudantes.

Paralelamente, alunos que estavam com suas atividades interrompidas puderam ter acesso a atividades extensionistas na atenção primária. A unidade cadastrou essas atividades como extensão, permitindo controle de carga horária e o consentimento dos estudantes para participação. Existem várias atuações dentro das unidades básicas de saúde, todas devidamente analisadas para segurança dos estudantes. Há estudantes participando nas campanhas de vacinação, entre várias outras ações acontecendo nesse campo.

Também como atividade de extensão, os alunos tiveram a oportunidade de desenvolver uma série de ferramentas de comunicação e saúde. Um dos exemplos foi o perfil de Instagram [@alunoscontraocorona](#), iniciativa criada e administrada por um grupo de 15 alunos do nosso internato para divulgação de informações no combate à COVID-19. A página alcançou mais de 16 mil seguidores, com publicações detalhadas, bem elaboradas e referenciadas – foi um orgulho para FMB UNESP chancelar essa iniciativa dos estudantes.

A unidade buscou manter os alunos conectados com ações de promoção do bem-estar e da saúde mental. Disponibilizamos um sistema de teleacolhimento da

universidade e temos o atendimento psicológico em andamento, além de uma série de ações de ioga, meditação, zumba, várias atividades divulgadas no site da faculdade e disponibilizadas nas redes sociais. Uma iniciativa da professora da saúde coletiva trabalha com táticas integrativas e complementares. Fizemos um concurso de arte que permite a liberação de sentimentos dos docentes, seja por meio da música, seja na poesia, no artesanato, nas artes plásticas. Dessa forma vamos enfrentando o desafio de manter a comunidade acadêmica conectada.

Finalizamos enaltecendo a indiscutível afirmação que coronavírus se combate com o Sistema Único de Saúde e com ações de um governo que tenha políticas públicas e responsabilidade social. A FMB UNESP segue acreditando no SUS não só durante a pandemia COVID 19, mas além e no futuro, quando tudo estiver sobre controle.

Silêncios, ruídos, avanços e incertezas no ensino médico nas fases epidêmicas da COVID-19

Maria Helena Senger

Coordenadora do curso de medicina da PUCSP – campus Sorocaba

Em analogia ao gráfico sobre as fases epidêmicas da COVID-19, os acontecimentos no ensino médico neste momento merecem análise apurada. As respostas encontradas de acordo com tais fases podem ser resumidas em silêncios, ruídos, avanços e incertezas.

Os impactos iniciais da pandemia têm se estendido por tempo maior que o esperado. O silêncio imobilizador observado nas instituições de ensino e em outros setores da sociedade, enquanto as fases epidêmicas de preparação e identificação se desenrolavam, pode ter contribuído para isso. Ou seja, as respostas de alerta, perigo e contenção, voltadas para as modificações no processo de ensino que se mostraram necessárias, não ocorreram no tempo correspondente ao das fases epidêmicas iniciais.

Em 16 de março de 2020 tivemos a suspensão das atividades acadêmicas em nosso campus, que abriga os cursos de enfermagem e medicina. Especificamente na medicina, tivemos dúvidas se essa suspensão deveria atingir todos os seis anos do curso – e, conseqüentemente, incluir o internato – ou se o internato seria excluído. Ressalte-se que, desde 2018, o internato em Sorocaba tem duração de três anos. Ainda, mantendo-se as atividades no internato, isso seria válido apenas para o sexto ano, que tem previsão do término do ano letivo em 20 de novembro próximo? Por fim, concluímos que todos os seis anos deveriam ter suas atividades suspensas.

Essa decisão derivou de reuniões do comitê gestor emergencial nomeado para o momento, que incluiu o corpo diretivo da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, professor de infectologia, Marcos Vinícius da Silva, além do professor José Manoel Amadio Guerrero, ligado à gestão municipal de saúde. Também foram realizadas consultas aos gestores de todos os campos de estágios, para ouvir como eles avaliavam a presença dos alunos nesses locais. Todos se mostraram temerosos com a exposição dos alunos e referendaram a suspensão, baseando-se também na escassez de equipamentos de proteção individual (EPIs). Fizemos um levantamento de tipo e quantidade de EPIs necessários, na expectativa de que pudéssemos ainda manter o internato. Chegamos à conclusão de que, naquele momento, precisávamos preservar a saúde dos nossos alunos e professores e nos resguardar até uma maior clareza da situação. Isso gerou um grande abalo. Sofremos pressão de todos os lados, do corpo de alunos, de professores,

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença pelo Coronavírus 2019. Vol. 8, Boletim Epidemiológico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. p. 28

de pais de alunos e de gestores da universidade. Estávamos iniciando nossa fase de “ruídos”.

Aos ruídos internos à comunidade acadêmica somaram-se os externos, na forma de portarias, editais, medida provisória, nas esferas municipal, estadual e federal, bem como das inúmeras tentativas de judicialização das decisões, incluindo as questões financeiras para descontos nas mensalidades. A maior parte deles foge da governabilidade da gestão local, mas interfere sobremaneira no ritmo e na quantidade de trabalho. Os ruídos internos, resumidamente, refletiam o perfil do corpo docente, parte motivada e cobrando soluções mais ágeis do que o momento permitia e uma outra pequena parte, porém importante, acomodada e estagnada diante das dificuldades que se avolumavam, dentre elas as dúvidas sobre os prejuízos na aprendizagem dos alunos. Possivelmente sejam os mesmos professores que usam desses mesmos artifícios como forma de sobrevivência, nas condições usuais ou nas de crise.

Nosso currículo foi atualizado em 2018 por reforma curricular e tem diferenciais importantes, como sua concepção dialógica, crítico-reflexiva, centrada nas pessoas. Utiliza teorias do construtivismo, da aprendizagem significativa, da pedagogia crítica e, por sua flexibilidade e permanente ciclo de avaliação e tomada de decisão, transita por várias metodologias. Utilizamos em especial a aprendizagem baseada em problemas e a problematização nos três anos iniciais e a aprendizagem baseada na prática durante os seis anos do curso. De um currículo tradicional de medicina, que formou sua primeira turma em 1956, ele foi atualizado e inovado por uma série de reformas, mas sempre manteve o enfoque presencial. A pergunta do momento era: o que faríamos? Como enfrentar a mudança para utilização das plataformas remotas?

Concomitantemente aos ruídos percebidos, alguns caminhos foram sendo delineados. Ficamos duas semanas em uma série de planejamentos e de capacitações. Importantes ações da reitoria para toda a universidade incluíram o oferecimento de capacitações on-line para professores, alunos e funcionários para migração ao ensino remoto, reuniões sistemáticas com diretores e coordenadores e disponibilidade para gerenciamento de problemas. A reitoria se apresentou com uma alta qualificação e presença profissional. Forneceu equipamentos e pacotes de dados de internet para acesso por celular, para alunos e professores com dificuldades nesses itens. A intermediação com o setor jurídico e com a fundação mantenedora foi e tem sido vital para que estejamos caminhando a contento em todos os setores. Ações de proteção à saúde mental também foram desencadeadas.

Entre as capacitações oferecidas, houve uma série de oficinas promovidas pela Pró-Reitoria de Graduação, envolvendo temas como aprendizagem baseada em projetos, avaliação remota, sala de aula invertida, entre outras. A maior procura foi pelos treinamentos relacionados à ferramenta Microsoft Teams e também pacote Office 365, oferecido pela universidade para toda comunidade acadêmica.

Localmente, os gestores locais (direção, coordenação de curso, dos anos da graduação e de internato) têm se reunido quase diariamente. Há uma divisão de tarefas, o que tem sido muito importante no trabalho em equipe. Há intensa interlocução com

gestores da saúde na esfera municipal, estadual e com as organizações sociais que gerenciam os hospitais e campos de estágio com os quais temos convênio, além dos dirigentes de nosso hospital próprio, Hospital Santa Lucinda. Há acompanhamento remoto de todas as atividades acadêmicas: reuniões sistemáticas com coordenadores de cada série e do internato; reuniões com alunos representantes e comissões de cada série; acolhimento e orientação de alunos e professores pelo setor de atendimento comunitário, extremamente atuante na figura da psicóloga Shelley Arruda Pinhal de Camargo, que tem esse trabalho institucional; além da busca, contato e oferecimento de auxílio a professores que até então estavam se sentindo “desgarrados” ou sem nenhuma adesão ao plano que estava sendo formulado. Esse plano se estruturou, do primeiro ao terceiro ano, com o máximo de atividades oferecidas remotamente, incluindo todas aquelas que prescindiam de laboratórios e da prática com pacientes, usuários do SUS e familiares. No internato, os 20% de carga horária teórica, oferecidos do quarto ao sexto ano, também foram disponibilizados inicialmente de forma remota.

Ou seja, inauguramos a fase dos avanços, fazendo seu garimpo diante dos ruídos, com a prontidão, a proatividade e a firmeza de propósitos da gestão acadêmica local, chegando até a reitoria, e priorizando a melhor formação para os alunos. O trabalho colaborativo passou a ser um grande incentivador de inclusão e de qualificação de grande parte do corpo docente, mesmo de pessoas que estavam distantes. A cooperação e a competência do corpo de funcionários foram fundamentais nessa jornada, bem como a atitude e o comportamento primoroso e ético da maior parte dos alunos, nossa grande mola propulsora.

Um avanço fundamental, obtido recentemente (maio de 2020), diz respeito ao processo de avaliação somativa aplicado de forma remota (prova escrita e salto triplo). Tal processo foi inteiramente pactuado entre os professores, desde sua elaboração e formulação, com a criação de blueprint, confrontando as questões com os objetivos de aprendizagem dos módulos, passando pela aplicação, correção, devolutiva e respostas aos recursos de alunos, em trabalho coletivo dos professores dos três primeiros anos. O importante disparador deste processo foi o fato de que as questões formuladas necessitavam ser qualificadas para obtenção de raciocínio aplicado e não de fatos pontuais e de simples memorização, diante da aplicação por via remota.

Os avanços vieram de fontes várias: parcerias e respeito; entusiasmo com o novo; visão ampliada obtida quando nos afastamos do objeto de estudo, da mudança que queremos implantar, para ver o quadro como um todo e ter noção da grande imagem que queremos alcançar. Também é preciso destacar uma persistência que nem sabíamos que tínhamos, mas que temos perseguido diuturnamente.

E o que nos espera? O que vamos obter quando fizermos o rescaldo? Incertezas rondam. O perigo maior, no entanto, nos parece ser a não aceitação da excepcionalidade do momento atual, ficarmos indo e vindo tentando retornar ao que tínhamos antes, em uma busca doentia por respostas rápidas ou com letargia e impertinência advindas de parte de professores e alunos.

Nas fases epidêmicas da COVID-19, transportadas para o ensino e a gestão em um curso de medicina, tivemos um período inicial de silêncio, quando tudo estava por acontecer, mas ainda não se acreditava no que fosse ocorrer. Tivemos uma etapa na qual houve muito ruído; e nós ainda estamos, em maio de 2020, percebendo as influências desses incômodos ruídos. Mas, também entendemos nossos importantes avanços, que tentamos capitalizar e sedimentar, pois temos um grande período de incertezas pela frente.

Esse processo nos lembra dos estágios de luto que Elisabeth Kübler-Ross² identificou muitas décadas atrás. Quando vivemos uma fase de mudanças ou um episódio de luto, temos uma fase de choque, de negação, que associo aqui ao silêncio da etapa inicial, na qual já deveríamos estar tomando algumas providências. A seguir tivemos raiva, barganha, depressão, ou seja, uma fase de extremo ruído: “eu não quero participar, eu não aceito esse tipo de ensino” – até que vamos chegando na aceitação, na fase de resolução de problemas e de avanços.

As incertezas, no entanto, persistem. Apesar de tantas pessoas se apresentarem com suas convicções absolutas, se agarrando a possibilidades como se elas fossem certezas garantidas, nós ainda estamos, mesmo dentro da universidade, em fase de muitas dúvidas. Talvez essas incertezas sejam o motor mais importante para continuarmos os avanços.

2 Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

A pandemia e a educação médica que queremos construir

Eduarda Ferreira Matoso

Coordenadora geral da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM)

Momentos de crise sanitária, econômica e social afloram as contradições que já existem no nosso dia a dia. Sabemos que a COVID-19 afeta mais as periferias e mata mais pobres e negros. Sabemos que a primeira vítima fatal da COVID-19 no Brasil foi uma mulher que trabalhava como doméstica na casa de uma senhora que havia viajado recentemente e que também contraiu a doença – mas não morreu. É muito nítida a diferença de como uma mesma doença afeta as pessoas de forma diferente por conta de renda e profissão, ou seja, por conta da posição social que essa pessoa ocupa e tudo que isso determina em sua vida.

Além do afloramento dessas contradições sociais, sabemos também que, pela forma que a nossa sociedade está organizada política e economicamente, esses momentos de crise podem ser oportunos ao avanço de ideias e interesses específicos.

Vivemos um cenário mundial muito afetado pela pandemia, obviamente muito diferente do que estávamos acostumados, e isso vale para tudo: saúde, trabalho e, claro, para a educação médica, que é o nosso tema hoje.

Eu gostaria de dar destaque para as portarias 343 e 345, do Ministério da Educação (MEC), e para a portaria 492, do Ministério da Saúde. A Portaria 343/2020 do MEC foi a que deu início à possibilidade de substituição das aulas presenciais pelas aulas a distância; até então, deixava a medicina de fora. Depois veio a Portaria 345/2020, trazendo essa abertura do ensino a distância para o curso de medicina, do primeiro ao quarto ano.

Para analisarmos o fato, é importante ressaltar que até há pouquíssimo tempo o ensino a distância (EAD) não era permitido na medicina. Assim, não existem planos de aula, grades curriculares e disciplinas totalmente pensadas no EAD – porque isso não era permitido até então. Assim, para continuar aplicando as aulas para a medicina, o que se faz é um ensino remoto, que é uma “adaptação” da modalidade presencial (aquela tradicional) para a modalidade à distância. Então se coloca o professor – que dá aula normalmente falando para um monte de gente em uma sala de aula, em um determinado tempo – diante de uma câmera e pronto, diz-se que a matéria está dada. Resumidamente é isso que está sendo feito e sendo chamado de ensino remoto.

A grande piora do ensino remoto em relação ao EAD (que já estaria bem longe do ideal) se dá justamente porque a escola obriga um professor totalmente acostumado com uma determinada metodologia – que é a presencial – a tentar se adaptar,

em um curto período de tempo, a uma forma de ensinar que é totalmente distinta da qual ele se propunha até então. Geralmente, isso vem ainda sem uma assistência e um suporte especiais. E esse tem sido o cenário em grande parte das instituições de ensino superior no Brasil. Um estresse físico e mental absurdo é gerado no professor, submetendo-o a condições que não estavam acordadas anteriormente, além de muito provavelmente não existir uma compensação financeira adequada, nem uma readequação pelas horas trabalhadas. É por isso que evidencio que o ensino remoto traz como problemática a precarização não só da educação, mas também do trabalho. O fato dessa adaptação ser feita em tão pouco tempo, muitas vezes sem uma assistência adequada da universidade ao docente e ao discente, resulta com certeza em perda da qualidade do ensino. Quando não se tem o contato presencial professor-aluno, inevitavelmente se perde muito nas trocas de conhecimento, porque elas não são feitas no tempo e na forma adequados. Essa perda já acontece na modalidade EAD, que é uma modalidade pensada para ser a distância – imagine só no ensino remoto, que é o que vem sendo praticado na pandemia.

Tudo isso surgiu como uma proposta para que pudéssemos passar por esse momento de crise; mas não podemos colocar o EAD como salvador da pátria na educação médica. Como dito, toda crise pode servir ao oportunismo e aos interesses dominantes, e nesse caso a crise da COVID-19 trouxe a oportunidade de expansão do EAD, que é uma modalidade que já vem há anos buscando espaço na nossa educação.

Isso fica ainda mais claro quando estudamos a história do EAD. Na década de 1960, até 1973, o sistema capitalista passou por uma crise dita estrutural, que fez surgir na indústria a necessidade de alterar a forma de produção, sendo implantado o Toyotismo. Sempre que se muda a forma de produzir, é preciso ensinar essa nova forma às pessoas. Assim, ocorrem mudanças também na educação. Na época, vigorava no Brasil o regime ditatorial empresarial-militar, que na época criou a chamada Lei da Reforma Militar, tornando o ensino médio profissionalizante obrigatório. Foi com essa medida que o EAD começou a ganhar força, pois trazia justamente a ideia do ensino rápido, direcionado e não crítico. Na década de 1990, a Lei de Diretrizes e Bases regulamentou a educação baseando-se nesse modelo produtivista e também reforçando o ensino técnico profissionalizante e não acadêmico, ou seja, não crítico. Avançando nessa ideia, em 2005 o EAD é finalmente regulamentado e equiparado à modalidade presencial pelo MEC.

Dessa forma, se coloca que o mercado aceita igualmente os alunos que tiveram formação técnica (EAD) e os alunos que tiveram formação mais reflexiva (tradicional presencial).

Não estou dizendo que a formação tradicional é totalmente reflexiva, porque ela obviamente tem os seus vieses. Mas a formação trazida pelo EAD é ainda mais precarizada nesse sentido de criticidade, por seu teor mais tecnicista. Depois da equiparação do EAD ao ensino presencial em 2005, a modalidade à distância só cresceu. De 2007 a 2017, houve um crescimento de 226% de estudantes na modalidade EAD. Em 2019, um crescimento também muito considerável, e agora com a pandemia, o EAD se expandiu ainda mais.

O que é preocupante, para além dos danos que isso causa agora na educação médica, é o que isso vai deixar de saldo depois da pandemia. Quais serão os resultados? Será que o EAD vai realmente acabar com o fim da pandemia? Ou será que vai continuar? E os danos na educação, como ficam? O EAD é uma modalidade que diminui a qualidade do ensino, que mantém as desigualdades que já existem na nossa sociedade, que barateia e portanto sucateia o ensino e favorece a mercantilização da educação. Os grandes grupos que vendem plataformas de ensino remoto estão crescendo, e o EAD favorece esses grandes grupos, em vez de favorecer uma educação médica de qualidade pautada nas reais necessidades da população brasileira – que é pelo que devemos realmente lutar.

Outra questão que gostaria de trazer é a Portaria 492 do Ministério da Saúde, que instituiu o programa “O Brasil Conta Comigo”. Esse programa visava a recrutar alunos de cursos da área da saúde para a linha de frente do combate à pandemia. O Ministério da Saúde fez isso em um cenário de falta de equipamentos de proteção individual (EPIs), de extremo despreparo de pessoal para assistência à COVID-19 e de falta de infraestrutura; e usou como respaldo para esse programa uma suposta falta de profissionais para o atendimento – que sabidamente não é o problema central no enfrentamento à pandemia. O Ministério não coloca a participação como obrigatória – até porque não poderia fazer isso –, mas apresenta alguns atrativos que servem quase como coerção para a participação dos alunos no programa. Entre esses atrativos está uma bolsa de R\$ 1.045,00, que, em um cenário de precariedade da permanência estudantil, é um valor bem alto e atrativo para os estudantes; e também a possibilidade de substituir a carga horária do internato pela carga horária cumprida no programa, o que também é ruim porque as condições de estágio e de ensino em um cenário de pandemia nada têm a ver com o cenário que o aluno teria normalmente na prática, logo não existe embasamento algum para uma coisa substituir a outra.

Para piorar tudo isso, o Ministério da Saúde ofereceu um bônus de 10% nos processos seletivos para residência a quem participasse do programa. Assim, o ministério desconsidera as desigualdades que já existem entre os alunos, desconsidera que muitos não poderiam participar por condições de saúde, por condições financeiras, ou porque moravam com pessoas do grupo risco; desconsidera que as condições a que esses alunos seriam submetidos são totalmente insalubres e na verdade até perigosas para a própria vida deles, principalmente pela falta de EPIs e de infraestrutura. O Ministério da Saúde desconsidera que esse programa não é a solução para salvar o sistema de saúde do colapso e que o programa não otimiza o atendimento da COVID-19 – muito pelo contrário. Além disso, com o bônus para a seleção da residência, o ministério provocou uma quebra da isonomia que os processos seletivos deveriam ter. Dessa forma, os processos seletivos, que já são muito concorridos e afetados pelas desigualdades de oportunidades e de acessos que os alunos têm durante toda a graduação, ficam ainda mais inacessíveis para certos grupos de alunos.

Como essas propostas são colocadas durante a crise que vivemos? O que está por trás de tudo isso? Será que o ensino remoto, o EAD e o programa “O Brasil Conta Comigo” seriam realmente as melhores medidas educacionais no enfrentamento à

pandemia? Será que essas mudanças colocadas foram realmente as ideais? Quais interesses se beneficiam disso tudo? Deixo essas perguntas para que possamos refletir sobre a forma com que se está enfrentando a pandemia, sobre o que isso diz da nossa forma de organização como sociedade e o que isso diz sobre a educação médica que lutamos para construir.

Seção II: Ajustes possíveis

Afetos, incertezas e ajustes possíveis¹

Sandro Schreiber de Oliveira
Vice-presidente da ABEM

Esta seção pretende explorar algumas das questões relacionadas aos ajustes que se fizeram necessários para adaptação da escola médica brasileira ao cenário epidemiológico relacionado à COVID-19. O ensino médico, assim como o das demais áreas da saúde, foi o que mais rapidamente precisou tomar decisões sobre sua continuidade e portanto sobre os ajustes necessários para tal, uma vez que a disponibilidade de médicos e demais profissionais de saúde se constitui em uma das vertentes importantes ao enfrentamento da epidemia da COVID-19.

A presença do médico, essencial ao cuidado em saúde em qualquer cenário ou país, é um desafio em todas as sociedades, mas ainda mais num país como o Brasil, onde a carência de médicos é antiga e reconhecida por muitos setores da sociedade. Em especial, é sentida pelos cidadãos brasileiros de todos os recantos, de maneira mais dramática por aqueles residentes nos diversos interiores deste vasto país ou mesmo na periferia das grandes e médias cidades, onde o acesso ao profissional de saúde, notadamente ao médico, ainda é um privilégio e não um direito social efetivamente estabelecido.

As decisões e indecisões sobre os caminhos a serem adotados pelas escolas foram mediados por muitos desafios. O primeiro deles me parece fortemente ligado ao que nos ensina Rubem Alves:

[...] frequentemente se aprende uma coisa de que não se gosta por se gostar da pessoa que ensina. E isso porque – lição da psicanálise e da poesia – o amor faz a magia de ligar coisas separadas, até mesmo contraditórias. [...] Pois o mesmo mecanismo acontece na educação. Quando se admira um mestre, o coração dá ordens à inteligência para aprender as coisas que o mestre sabe. Saber o que ele sabe passa a ser uma forma de estar com ele. Aprendo porque amo, aprendo porque admiro.²

O afeto, o afeto do educando pelo educador, do educador pelo educando, de ambos pelo aprender. A pandemia da COVID-19 atingiu ao todos, educadores e educando, de forma abrupta e atinge em cheio muitos elementos do afeto de cada um como indivíduo. De imediato, nos afastou de nossos amores, de nossos sabores e de nossas cores. Nos trancafiou em um espaço que, se não foi físico para todos – em especial para os médicos, que em sua maioria não puderam adotar as estratégias de

1 Os textos desta seção são transcrições adaptadas das falas realizadas na segunda *live* do painel “A escola médica na epidemia de COVID-19”, realizada em 23 de maio de 2020, tendo como convidados Silvio Pessanha Neto e Eliana Amaral, com mediação de Sandro Schreiber de Oliveira.

2 Alves R. O Desejo de Ensinar e a Arte de Aprender. Campinas: Fundação Educar; 2004.

afastamento social da mesma maneira que outros membros da sociedade –, foi ao menos emocional. Mesmo quando seguimos saindo de casa, passamos a ter medo, medo de coisas antes ligadas diretamente ao afeto: a conversa, o toque, o beijo, o abraço, mesmo do tempo ao lado de alguém. Esta base nos parece impactar todo o resto de nossas vidas, e aqui tentaremos abordar no que e de que forma nosso papel de educador e o papel de nossas escolas médicas foi afetado.

Há também um contingente de aspectos pragmáticos que afetaram drasticamente o cotidiano da escola médica, mediados por um grande conjunto de normativas governamentais – muitas vezes publicadas de forma rápida, como o momento exigiu, porém sem a participação dos atores sociais mais relevantes para que se pudessem tomar medidas mais acertadas. De modo que normativas confusas foram sendo editadas, reeditadas, canceladas e atualizadas quase que diariamente, aumentando o desafio de educadores, educandos e gestores das escolas médicas.

Um terceiro aspecto que dificultou sobremaneira as tomadas de decisões está relacionado à realidade geopolítica brasileira. Por conta das decisões políticas e de suas características geográficas, cada um dos estados e municípios brasileiros foi atingido de maneiras diferentes em intensidade e tempo, tornando um desafio inatingível e indesejado ter decisões padronizadas ao conjunto de cerca de 350 escolas médicas no Brasil. Isso levou a um aumento de complexidade para a missão de manter o ensino médico atuante, mas com a responsabilidade sanitária e a responsabilidade social que ele exige de todos nós.

“Quando a gente abre os olhos, abrem-se as janelas do corpo, e o mundo aparece refletido dentro da gente”, diz Rubem Alves. Que mundo, então, nossos olhos passaram a refletir ao se abrirem diante de nossos educandos? E nós,, educadores que imagens pudemos perceber refletidas nos olhos de nossos educandos? Alves mais uma vez nos mostra o quão frágil somos, e o quão agravada nossa fragilidade se apresenta nesse momento. Pudemos refletir certezas e propostas concretas, ou apenas incertezas, medos e angústias? Pensamos que, como janelas de nossos corpos e almas, nenhum desses reflexos pode ser escondido, no entanto também pudemos refletir a consciência, a vontade e a disposição para enfrentar o desafios de buscar as respostas e construir novos conhecimentos para o ensino médico brasileiro. Afinal, somos ou não educadores? Pretendemos ou não ser agentes de mudança da sociedade? Nos desafiamos pelo incerto e pelo novo? Temos certeza de que sim, e por isso a educação médica brasileira tem produzido tanto e tão belamente nesse aspecto.

As perguntas são muitas. Como dar conta de normativas como a da antecipação de formaturas, sem que haja prejuízo ao cuidado das pessoas? Como premiar o trabalho voluntário de estudantes de medicina com privilégios ao acesso à residência médica sem que isso se torne política de iniquidade? Como não interromper o internato médico sem expor discentes e docentes desproporcionalmente ao risco de adoecimento? Como lidar com desafios de ensino híbrido criado às pressas e com pouco planejamento, sem perder a qualidade de ensino? Como manter processos avaliativos do estudante, do docente, da escola e dos processos educativos, que sejam ao mesmo tempo consistentes

e formativos? Como ampliar o debate sobre medidas a serem tomadas, preservando a agilidade que decisões são requeridas? Como adotar práticas pedagógicas remotas, em um país de tanta desigualdade digital, sem que isso se constitua em política de exclusão de alguns e privilégio de outros?

As respostas são complexas e requerem aprofundamento, partilha e construção coletiva. Muitas virão somente com o passar do tempo. Oferecemos hoje um ponto de partida para a construção de nossas ações concretas de enfrentamento – e uma base histórica que nos permita, no futuro, avaliar e aprender com essas experiências, partindo de outro patamar em novos desafios que se abaterem sobre a educação médica brasileira.

Desafios operacionais e humanos nas escolas privadas

Silvio Pessanha Neto

Coordenador do Grupo de Trabalho de Educação Médica da Associação Nacional das Universidades Particulares (ANUP)

A pandemia nos pegou a todos de maneira muito rápida e fez com que começássemos a refletir sobre como nos adaptaríamos para dar continuidade aos estudos dos nossos alunos, garantindo a qualidade da formação médica que há tantos anos defendemos e militamos. Nos primeiros meses de distanciamento, apesar de estarmos fisicamente separados, ao mesmo tempo nos aproximamos como comunidade da educação médica, trocando experiências e compartilhando boas práticas. Sentimos a necessidade de estar juntos, docentes, discentes, gestores, colegas de outras instituições, porque nos deparamos com uma condição absolutamente atípica e que nos forçou a dar tração a essa construção coletiva, para discutir como dar continuidade ao processo de ensino dos nossos alunos.

Essa necessidade começou no momento em que nos demos conta de que seria necessário suspender as atividades de ensino superior e a continuidade das aulas. Alguns locais fizeram isso precocemente, outros de forma mais tardia do que poderia ser. O fato é que deixamos de seguir a vida em seu fluxo normal, nas atividades dentro do campus, laboratórios, tutorias, nas atividades nos campos de práticas. Isso tirou nosso sono durante alguns dias, até a publicação da Portaria 343 do Ministério da Educação (MEC) – que, naquele primeiro momento, não incluía os cursos de medicina. Certamente isso tirou um pouco mais o nosso sono. A Portaria 345 também do MEC trouxe a possibilidade então de transposição de atividades teórico-cognitiva para a modalidade remota. As ferramentas remotas, utilizadas como alternativa pedagógica durante a pandemia, têm sido implantadas de forma muito satisfatória e não têm relação com o desenho da modalidade EAD, que é totalmente diferente. Estávamos falando de atividades ao vivo, ou seja, síncronas, como se no campus estivéssemos, então isso pediu uma rápida transformação, restrita às atividades de primeiro a quarto ano.

A grande maioria das instituições de ensino médico conseguiu adaptar seus calendários, trazendo conteúdo teórico que estaria distribuído ao longo do semestre concentrado nos dois primeiros meses de quarentena, para que então, esgotada toda a carga horária teórica prevista nas diferentes matrizes curriculares, fosse possível retornar se dedicando integralmente às atividades práticas. Muitas dessas instituições atingiram a totalidade da carga horária teórica antes de poder voltar para as suas atividades práticas. Além disso, a Portaria 345 deixou, inicialmente, o internato de fora – o estágio curricular supervisionado não foi contemplado, a despeito das diretrizes nos recomendarem que até 20% da carga horária pode ser desenhada na forma de um canal teórico prático.

A medicina se assemelha ao artesanato. Apesar de colocar o aluno na posição central de seu processo de aprendizagem, ele precisa de *feedback* do “artesão” mais experiente, do paciente, dos seus pares. Por isso a presença, na formação médica, é muito importante. A transformação digital na medicina vinha a passos curtos, e de repente tivemos que acelerar esse processo de uma maneira realmente inédita. Isso ressalta um mérito a ser reconhecido, porque a grande maioria das instituições conseguiu se adaptar e hoje tem uma boa receptividade dos seus alunos e docentes em relação a essa situação que nos assolou. Buscamos fortaleza e conseguimos continuar os estudos dos alunos dessa forma.

Um desafio a ser discutido é o atingimento da totalidade da carga teórica do primeiro ao quarto ano e como vamos nos adaptar para as atividades práticas que se seguem, quais os ajustes necessários dentro do calendário acadêmico para que isso aconteça. Também a questão do internato, com a Medida Provisória 934 sendo rediscutida para que siga na forma de lei e consiga refletir um pouco das nossa angústias. Se essa MP tem como “espírito” mitigar as eventuais perdas acadêmicas dos alunos durante esse período, é importante que ela nos ajude a orientar ou inspirar os decretos municipais e estaduais para que os estágios de saúde possam ser reestabelecidos – obviamente de forma cuidadosa e voluntária, só para aqueles alunos que tiverem condições voltar aos campos de prática. Precisamos de uma regulamentação que nos respalde nesse sentido.

Como dirigentes de escolas de medicina, hoje nos preocupamos muito com o impacto de tudo isso na saúde mental dos alunos. Sabemos que o curso de medicina é um curso integral, de grande pressão, e que já é um indutor, um fator de risco para doenças mentais. Assim, outro ponto que precisamos considerar é que esse novo momento agrava essa situação, fazendo com que nossos alunos, especialmente os do internato, estejam já saturados dessa incerteza sobre se conseguem ou não retomar os estudos, se se mantém ou não a data prevista de formatura. Como docentes, entendemos que abrir mão de 25% da carga horária do internato não é algo trivial; 25% é um quarto desse internato de dois anos, então seis meses de internato não são facilmente dispensados. Por outro lado, isso nos dá flexibilidade para o caso de o aluno ficar dois ou três meses sem nenhuma integralização de carga horária, que é o caso do internato – no seu retorno, podemos adaptar o calendário dentro dos dias letivos que restam, criando um número de horas por dia, fazendo atividades teórico-cognitivas, por meio de modalidade remota, por exemplo, para que possamos encaixar esse período restante dentro do que estaria previsto para a formatura. Dessa forma, o aluno não teria ainda mais a frustração por não ter honrada a sua data prevista de sua colação de grau. Adicionalmente, os estudantes que já tenham conseguido cumprir, pelo menos, 75% de cada rodízio nas áreas obrigatórias nas DCNs e têm a formatura antecipada podem contribuir para sociedade durante essa fase crítica da pandemia.

Pensando no impacto para as escolas privadas, muitas instituições de ensino superior vivem um grande desafio para transpor as atividades que até então eram teóricas-cognitivas, além de outras atividades classificadas como habilidades ou competências práticas, mas que não dependem da presença. Fazer uma análise de

um eletrocardiograma ou de um exame complementar, fazer uma discussão clínica sobre as principais hipóteses de diagnóstico para determinados sinais e sintomas, realizar pesquisas de artigos em base de indexação de periódicos médicos: essas são atividades tradicionalmente classificadas como práticas que têm, de forma cuidadosa e estruturada, de ser transpostas para atividades remotas. Então, na grande maioria das instituições, apesar de os professores estarem trabalhando de casa, há uma manutenção dos seus honorários, dos seus salários, dos seus benefícios, fazendo com que tenhamos hoje nas escolas privadas uma prestação de serviço com a totalidade da carga horária semanal prevista para aqueles alunos sendo ofertada da forma remota.

Se estão mantidos os salários dos professores, dos colaboradores que estão em *home office*, se estão sendo honrados os contratos com os hospitais conveniados, tudo isso faz com que os custos maiores sejam mantidos. Claro, existe uma redução de custos relacionados a luz e água, mas aluguéis, na maior parte dos casos, não. No entanto, esses custos reduzidos muitas vezes foram compensados pelo uso de plataformas virtuais mais robustas, com novos conteúdos sendo desenvolvidos e produzidos, ou a contratação de plataformas que já estão disponíveis no mercado com o objetivo de dar aos alunos o suporte durante a pandemia. Assim, acho que o mais importante nesse assunto, muito mais que o eventual repasse e redução de custos, é o olhar sensível das instituições de ensino para a situação das famílias. Temos que olhar caso a caso, não fazer uma redução linear, porque reduzir, por exemplo, 30% de forma linear não é suficiente para dar conta de quem não tem nem os 70% para pagar – por outro lado, aqueles 30% podem não fazer diferença para alguém que não foi impactado pela pandemia. Por isso é necessário olhar caso a caso, aluno a aluno. Os alunos que comprovadamente tiveram um grande impacto no seu rendimento, de forma a comprometer a continuidade dos seus estudos, devem ser acolhidos pela instituição de ensino. Por meio de seus núcleos de atendimento ao estudante, as escolas podem avaliar de que maneira é possível dividir com os alunos esse momento crítico que vivemos e apoiar dando isenções, bolsas, como temos visto em várias instituições, para que os alunos passem por essa fase tão difícil e consigam dar continuidade aos seus estudos.

Oportunidades para o ensino remoto na universidade pública

Eliana Amaral

Pró-reitora de Graduação da Unicamp

Diante da fase em que estamos, nossa mensagem recorrente e diária na Unicamp é *flexibilidade*. Quando entramos na fase de ensino remoto emergencial – é assim que temos denominado este período –, imediatamente foi solicitado que os cursos se organizassem da melhor forma que fosse possível. Isso inclui cursos com grandes desafios, como os da saúde. Mas não apenas esses, também os cursos de artes têm desafios imensos para serem vencidos. O possível foi usarmos os instrumentos que tínhamos. Costumávamos usar outra plataforma educacional própria há alguns anos, o Teleduc; depois adotamos o Moodle, e temos muita coisa agora também no Google Classroom. Então, a partir das experiências e disponibilidades, associamos também atividades de formação específica para nosso corpo docente, de forma ágil. Oferecemos isso por meio do nosso centro de formação docente.

Já vínhamos de uma experiência de muito estímulo ao ensino híbrido na instituição. Temos o Dr. Pixel, site com casos clínicos baseados em imagens, e personagens virtuais, como o Jacinto Bemelhor. Este último tornou-se uma personagem muito importante no curso de Medicina da Unicamp. Assim, algumas oportunidades para ensino remoto em componentes clínicos já estavam lá, e isso facilitou o processo. Obviamente também já usávamos teleconferências quando alguém não podia estar de forma presencial. Mesmo para quem já estava nesse mundo, o desafio desta passagem deu trabalho, pois tivemos que intensificar o que fazíamos. Isso é bastante significativo porque os professores da Faculdade de Ciências Médicas são, em geral, de dedicação exclusiva, com atuação concomitante de ensino, assistência, supervisão de residentes, supervisão de pós-graduação, entre outras atividades, que certamente culminam com pouca disponibilidade para preparo de aula. Além disso, muitos se envolveram nos atendimentos presenciais ou supervisão de atividades de forma remota. Dessa forma, a carga de trabalho ficou bastante pesada para o professor.

Outras atividades que utilizamos muito foram as trocas de experiências em eventos como os webinários, nacionais e internacionais. Queria chamar a atenção para uma coisa que é muito diferente no Brasil: quando falamos em formação médica em seis anos, formamos um profissional que está autorizado a trabalhar sem supervisão. Ele tem que ser capaz de atender, e isso é muito diferente do que acontece em outros países. Então, nossos desafios são diferentes. Mas há um aspecto muito importante, o excesso de atividades para alunos e para professores. Como selecionar aquilo que vale a pena?

Simulação, simulação realística, simulação de baixa fidelidade, de alta fidelidade... podemos usar nesse período? Sim, mas com controle sanitário, com protocolos institucionais. Então, utilizamos dessa forma na Unicamp e agora, já recomeçamos as atividades com quinto e sexto ano anos dentro das possibilidades.

Em São Paulo, no epicentro da epidemia, após concentração na capital, a pandemia começou a se interiorizar. Também precisamos ter todo o cuidado com estudantes, professores e funcionários. Nossa faculdade está próxima do espaço do hospital e dentro do espaço do campus principal da universidade. Nesse momento de extremo cuidado com riscos de contaminação, a simulação de alta fidelidade pode propiciar uma grande ajuda para o treinamento das condições de urgência, e isso ocorreu, com equipes locais e externas.

Temos algumas oportunidades também de fazer um ensino diferente: é possível usar o método Team-Based Learning (TBL) a distância, por exemplo. Ser criativo é um grande estímulo, tanto para ao professor que está enfrentando esse desafio quanto para o aluno.

Quero chamar muito a atenção para como podemos tirar proveito desta experiência. Esse processo está acelerando na Unicamp um projeto estratégico institucional para ampliar o ensino híbrido. Há uma série de coisas que podem ser feitas incluindo o ambiente a distância. Podemos estimular integração dos alunos, promover a discussão de caso entre eles, a busca de literatura e a revisão e crítica de consensos clínicos, por exemplo. Estas ações qualificam o processo de aprendizagem.

Outra iniciativa na FCM-Unicamp é a atuação do grupo Educadores do Amanhã, iniciativa que criamos há alguns anos no formato de workshops nos congressos da ABEM. O grupo trabalha a preparação dos estudantes para os aspectos da formação dos profissionais de saúde, especialmente da Medicina neste caso, e era presencial. Diante da pandemia, foi criada a versão on-line.

A saúde mental também tem sido uma preocupação, como sempre foi. A Unicamp tem o Grapeme, que é um grupo de apoio ao estudante de graduação em Medicina, Fonoaudiologia e aos residentes (médicos ou multiprofissionais). Tem também o Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica, voltado aos estudantes em geral da universidade. Em ambos tivemos que fazer a mudança no atendimento, criando presença e disponibilidade on-line. Além disso, iniciou-se um grande serviço para dar apoio a quem esteve e está na linha de frente do atendimento clínico.

Nas universidades públicas, temos mais um enorme desafio, que é a carência financeira de nossos alunos. Cerca de 50% dos estudantes da Unicamp atualmente, ou até mais, são estudantes que vieram de uma classe social desfavorecida. Na mudança para o ensino remoto, temos que lutar contra a inequidade, e essa inequidade significa aqui a dificuldade de ter acesso a um computador ou a ambiente adequado para estudos em casa, condições que permitam que o estudante aproveite, por exemplo,

1 A iniciativa Educadores do Amanhã foi registrada nas narrativas publicadas pela ação “[Conte sua história](#)” da ABEM.

todas essas atividades que nos esforçamos para oferecer. Criamos então normativas internas para tornar o semestre o mais liberal possível, do ponto de vista acadêmico. Demos direito aos alunos de decidirem se eles queriam cancelar a matrícula de disciplina e a matrícula do semestre até julho, por exemplo, se acontecesse alguma coisa, alguém ficasse doente. Estamos sendo o mais liberais possível nesses aspectos, entendendo a situação que estamos vivendo.

Começamos a discutir um possível retorno em abril, quando tínhamos esperança que a epidemia estivesse em descenso. Foi um delírio da época, e o grande problema é que nós realmente costumamos ter ambientes cheios, em salas de aulas e laboratórios ou outros espaços como cantina. A volta deve atender ao distanciamento e outros cuidados sanitários. Assim, o nosso desafio de separar as pessoas, isolar, manter distanciamento aponta que teremos que continuar pensando em currículos com grande componente remoto. Para isso, foi necessário oferecer suporte contínuo aos professores. Reconhecemos que é preciso continuar a promover o desenvolvimento dessas competências digitais, ao mesmo tempo em que é necessário oferecer espaços de troca de experiências para o corpo docente.

Um grande desafio está no retorno das atividades clínicas, que também podem colocar em risco os estudantes. Há necessidade então, na minha opinião, de evitar que se exponham excessivamente, evitar que sejam aqueles que atendem a linha de frente dos casos de COVID-19. Onde estiverem em estágios, que seja dado o máximo de condições de segurança. Vamos lembrar que, voltando o internato, não há como recompor imediatamente a experiência mínima formativa que se esperava.

Em São Paulo, as universidades estaduais e municipais são reguladas pelo Conselho Estadual de Educação, que, lá no começo da pandemia, em março, fez uma resolução relacionada à educação básica, mas que também se referia à educação superior. O nosso caso é um pouco diferente do daqueles que seguem a normativa federal, pois não houve exclusões rígidas, como a que limitava atividades teórico-cognitivas para estudantes do primeiro ao quarto ano. A resolução estadual dizia que as atividades remotas não podem substituir as práticas profissionais em estágios e as aprendizagens supervisionadas da área da saúde, mas permitia sua utilização no internato. A linguagem era similar, mas a compreensão era menos rígida do que eu vinha ouvindo com os colegas de universidades federais ou de instituições privadas. Se olhamos as diretrizes curriculares, o que o Conselho Estadual de Educação em São Paulo normatizou é que todos os cursos de graduação precisam cumprir carga horária mínima constante nas Diretrizes Curriculares. No caso da Unicamp, nós estamos habitualmente acima da carga horária mínima, então podemos também trabalhar com isso e reduzir um pouco a angústia de reposição de carga horária. Para a área da saúde, se tivessem sido três meses de quarentena, teria sido mais fácil pensar na composição do retorno; com seis meses de atividades remotas, há um grande desafio à frente. Além disso, vale lembrar que preceptoria é essencial e, mesmo tendo reativados os espaços clínicos para os rodízios ou estágios, os profissionais que exercem papel de preceptores estão sobrecarregados, sendo ainda muito demandados, dificultando a supervisão clínica dos estudantes e residentes.

Outra dúvida muito grande na literatura internacional e nacional está nas condições para realização de grandes provas ou exames. Nos Estados Unidos, os exames foram suspensos. Muitas universidades já disseram que não voltariam a utilizar seu campus físico até 2021. Se decidirmos que essas grandes provas – como seria, por exemplo, o exame de residência – devem ser feitas on-line, temos que adquirir sistemas de segurança para isso, com seu custo, mas ainda assim estamos sujeitos a dificuldades em relação ao acesso à internet pelos candidatos. Isso já gerou processos judiciais em outros países.

Essas são algumas questões e dificuldades que enfrentamos e ainda vamos enfrentar. Não temos respostas prontas, vamos andando passo a passo. Ajuda quando são apresentados questionamentos específicos, desafios particulares de cada área. A partir das demandas pode-se refletir sobre os variados aspectos envolvidos, buscando a melhor solução possível, em tempos de flexibilidade, mas atendendo orientações dos órgãos reguladores que, da mesma forma, precisarão ser demandados a responder com agilidade e flexibilidade. As dúvidas batem à nossa porta todos os dias e assim será por um bom tempo.

Seção III: O que já aprendemos

O que já aprendemos: a necessidade de escuta e cuidado¹

Suely Grosseman
Diretora da ABEM

Refletir sobre a responsabilidade social sobre a realidade brasileira com tantas desigualdades sociais e iniquidades é uma obrigação das escolas médicas e também de todos os cidadãos brasileiros.

A pandemia de COVID-19 trouxe maior visibilidade para a realidade de populações vulneráveis, em que muitos lutam pela sobrevivência, passam por restrições em suas condições de vida, incluindo acesso a alimentação, moradia, saneamento e segurança. Neste cenário, nem sempre é possível aderir às medidas de distanciamento social e higiene, visto que o único meio de o(a) chefe de família sustentar suas casas é trabalhando e, geralmente, em locais longínquos. Apesar de todos os problemas que enfrentam na busca por uma sobrevivência com dignidade, geralmente, essa população vivencia a violência física e psicológica, incluindo diversas formas de discriminação. Em culturas em que muitos veem o outro que não lhes é semelhante como um estranho ou incômodo, que não cultivam a solidariedade e colaboração e em que a xenofobia, o machismo, o racismo e outros “ismos” estão presentes, ainda que nem sempre de forma declarada, há mais riscos de violência em certas populações, tais como a já tão presente no cotidiano de mulheres, pessoas LGBT, imigrantes, refugiados, pessoas de cor negra e populações indígenas, entre outras, e que era manifesto antes da pandemia, mas não tão visibilizado.

A escola médica inclui um recorte dessa realidade e, assumindo sua responsabilidade social, deve envidar todos os esforços para que grupos vulneráveis não tenham prejuízo em sua inclusão no meio acadêmico e em seu processo de ensino-aprendizagem. Se, por um lado, muitos continuaram fechando seus olhos, por outro, muitos passaram a se conscientizar mais sobre essa realidade e deram alguns passos. Na educação médica, houve o crescimento de processos de colaboração, comunicação e solidariedade, com ações voluntárias de professores e estudantes junto à população e a estudantes vulneráveis e com a preocupação de instituições com o bem-estar de professores e estudantes e o acesso destes ao mundo virtual.

Pensar em quarentena e comunicação virtual/remota muitas vezes nem é pertinente, quando o cotidiano é sobreviver em meio a tantas dificuldades, devendo se considerar as vulnerabilidades dos estudantes e de professores no cotidiano antes de se pensar e planejar o ensino-aprendizagem. Apesar do silenciamento e da tentativa de adaptação às exigências que o meio acadêmico impõe, esses grupos precisam

¹ Os textos desta seção são transcrições adaptadas das falas realizadas na terceira *live* do painel “A escola médica na epidemia de COVID-19”, realizada em 27 de maio de 2020, tendo como convidados Francis Solange Vieira Tourinho e Gustavo Antonio Raimondi, com mediação de Suely Grosseman.

ser ouvidos e apoiados, para que se busque satisfazer suas necessidades. Professores também têm enfrentado desafios e precisam ser ouvidos em meio a pressões de realizar assistência, extensão, dar aulas por via remota, em casa, onde convivem e cuidam de suas famílias. Nos cenários de prática, profissionais da saúde na linha de frente correm risco de se infectar e também a suas famílias e, paradoxalmente, muitas vezes, apesar de serem considerados heróis, enfrentam discriminação por pessoas que, fora da atenção à saúde, veem neles o risco de contágio. Tudo isso é espaço de ensino-aprendizagem nas escolas médicas.

Dessa forma, para que se consiga avançar, é necessário que se escute e se cuide da saúde de todos os envolvidos no processo ensino-aprendizagem e cuidado em saúde, ressaltando-se a essencialidade da comunicação, da solidariedade, da flexibilidade e da criatividade, para que se consiga planejar o ensino que possa contemplar as necessidades singulares dos estudantes, dos professores e dos preceptores.

Em paralelo, é necessário articular as necessidades de saúde e aprendizagem com a elaboração de políticas que valorizem o tão valioso Sistema Único de Saúde, a educação em todas as suas dimensões, que promovam a diversidade e reduzam as desigualdades como processos de transformação para a construção de uma sociedade mais justa e de um atendimento e uma aprendizagem em saúde mais efetivo.

Os profissionais de saúde devem olhar além do que os olhos podem ver

Francis Solange Vieira Tourinho
*Secretária de Ações Afirmativas e Diversidades
da Universidade Federal de Santa Catarina*

Em 2010, foi publicado o Consenso Global de Responsabilidade Social das Escolas Médicas¹ – há uma década, portanto, já se fala da necessidade de a escola médica ter responsabilidade social. Na verdade o termo original, Social Accountability, se refere a muito mais que apenas responsabilidade social; ele traz também a grande integração necessária entre a sociedade e os futuros médicos e também com a escola, que forma os profissionais para atender a essa população. Conhecer esse consenso é importante principalmente para que possamos antecipar as necessidades de saúde da sociedade, bem como para trabalhar com o papel da sociedade perante a sua saúde.

Dez anos depois desse consenso global, estamos passando pela pandemia da COVID-19, e isso envolve o ensino das profissões de saúde e as mudanças no tempo. Nós começamos a pandemia em março, aqui no Brasil, com o lema “fique em casa”. Começamos a ter idosos isolados, escolas fechadas, uso de ensino remoto emergencial, muitos profissionais da saúde tendo que repensar as suas ações, não indo para casa, muitos deles falecendo no mundo todo. Uma das coisas que se escuta muito falar é que “estamos todos no mesmo barco”. Será que em questão de saúde em sociedade nós estamos mesmo no mesmo barco? Isso é o que estamos vendo no dia a dia e também é importante que os nossos estudantes olhem para isso: nós não estamos todos no mesmo barco. Dependendo de como é a nossa vida, o impacto do isolamento físico e social é muito maior.

Na Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidades, nós trabalhamos com todas as inclusões: de estudantes negros, indígenas, quilombolas, público LGBT, pessoas com deficiências e também a inclusão digital. Esse é o público dos nossos estudantes, e esse é o público que os nossos estudantes irão acabar atendendo no sistema de saúde. No Brasil, 63% das casas são chefiadas por mulheres negras e estão abaixo da linha de pobreza. Das mulheres que possuem dificuldade de acesso frequente à água, as mulheres negras representam 68% desse número, e 71,5% dos cadastrados no CadÚnico são negros. Isso nos traz um recorte fotográfico do que acontece na sociedade e que também nos faz pensar no indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), que é bem diferente entre as pessoas negras, uma vez que a violência arrebatou as vidas dos jovens negros muito mais cedo – e ainda temos as mortes pós-natais. As questões

¹ Disponível em: http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2012/02/GCSA-Global-Con-sensus-document_portuguese.pdf

relativas ao sistema de saúde e à violência têm impactos diferentes na população negra no Brasil.²

A COVID-19 tornou evidente aos olhos da sociedade o que já existia, porém muitas vezes se evitava ver: pessoas com fome do semáforo, crianças que moram com os pais embaixo de pontes, pessoas em situação de rua que precisam da sociedade para comer, idosos que estão cada vez mais isolados. Além disso, as grandes filas e a aglomeração, não indicada nessa fase de pandemia, de pessoas que necessitam receber o auxílio emergencial, que faz essa população sofrer. O auxílio emergencial poderia ser operacionalizado de outras formas, mas não – é preciso que a população brasileira, que já é sofrida, que já não tem saúde, que passa fome, tenha que sofrer um pouco mais.

Vamos pensar na questão do ensino a distância. A maioria das nossas universidades está fazendo ensino remoto, bem como as escolas de ensino básico, mas até que ponto somos iguais e temos as mesmas oportunidades? As escolas municipais e estaduais também estão fazendo o teleaprendizado, como está essa situação? Precisamos refletir como realmente estão esses aprendizados. Será que é fácil para todo mundo? Será que pessoas que moram em um cômodo do tamanho do quarto da maioria das pessoas que estão aqui, conseguem estudar, conseguem se isolar, conseguem comer?

“A tontura da fome é pior do que a do álcool. A tontura do álcool nos impele a cantar. Mas a da fome nos faz tremer. Percebi que é horrível ter só ar dentro do estômago.”

“O maior espetáculo do pobre na atualidade é comer.”

“Antigamente o que oprimia o homem era a palavra calvário, hoje é salário.”

Os três trechos são de Carolina Maria de Jesus, ainda na década de 1960. Ela já falava em 1960 da realidade que estamos vivendo agora. Essa situação acontece há quase 60 anos.

Mesmo em isolamento social nós temos uma parte da população que tem que trabalhar; e outra que, por privilégios que sempre tiveram na vida, não precisam sair à rua. Aí temos a questão do mérito, da meritocracia e também do privilégio. Considerando tudo isso, o que já aprendemos? Primeiro, que há um silenciamento ao qual algumas camadas da sociedade estão submetidas. E isso é muito importante para despertarmos nos nossos estudantes, que possam observar e ver essas pessoas. Os profissionais formados devem ser comprometidos com a responsabilidade social, não cabe mais formar pessoas que não tenham essa responsabilidade. As demandas sociais da atualidade também exigem competências atitudinais e relacionais dos profissionais da saúde, isso nós já aprendemos, agora temos que colocar isso em prática, principal-

2 Matos CC de SA, Tourinho FSV. Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. SBMFC; 2018 Jul 14;13(40):1–13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1706](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1706)

mente aproveitando esse momento em que estamos repensando, em que estamos sozinhos, em que estamos imersos em nós mesmos. É tão difícil ficarmos conosco, como será para essas outras pessoas, que são o nosso público-alvo do sistema de saúde?

Ser sensível nesse mundo requer muita coragem, e os profissionais de saúde devem ver além do que os olhos podem ver. Quando você olha além do que os olhos podem ver, você encontra um paciente que todo dia vai ao pronto-socorro, sempre às 11 horas, e a equipe pensa que ele é hipocondríaco – mas não, ele é um idoso que sabe que às 11 horas é servida a “quentinha” naquela unidade hospitalar, que ali ele também pode conversar, uma vez que no resto do tempo ele fica sozinho. É importante ver além para que não julguemos a roupa que não está tão limpa, uma vez que a pessoa mora em baixo da ponte. Também não podemos deixar de pensar que hoje nós temos os novos pobres, a pandemia trouxe ainda mais empobrecimento para essa população nacional que já é sofrida. Quinze famílias brasileiras têm patrimônio dez vezes maior que 14 milhões de famílias do Bolsa Família³. Precisamos pensar sobre isso, devemos advogar por nossos pacientes, e também despertar esse olhar em nossos estudantes, porque a desigualdade e a violência também aumentaram. As ações nas nossas escolas devem estar voltadas para esses temas. Hoje, nesta pandemia, observamos mais registros de violência doméstica e violência contra o público LGBT, entre outras.

Agora em maio de 2020, a médica Lucia Briatore, que trabalhou no front da doença na Itália, fez uma publicação chamada O que eu aprendi com a COVID-19 até agora⁴. Ela cita que a especificidade e a sensibilidade não são apenas fórmulas e números, temos que ter mais sensibilidade. E que, mesmo que o nível de evidência não seja apenas um número, quem é que pode ser especialista em uma doença que nós conhecemos há pouco mais de três meses? Que as úlceras de pressão são um grande problema, mas não só para os pacientes, agora também para os profissionais de saúde, para os médicos, os enfermeiros e fisioterapeutas. Que morrer sozinho é a pior maneira de morrer. E também que o calor de um abraço vai além do EPI, que você pode ser movido pela mensagem do paciente ou de uma família. Que trabalhamos com grandes equipes – e se nós não trabalharmos em equipe não há uma pessoa sozinha que consiga dar conta de toda a pressão emocional e psicológica que envolve a pandemia. Por fim, que podemos não nos sentir tão culpadas ao comer uma tonelada de chocolate após um plantão.

Para finalizar, quero lembrar Eduardo Galeano: “O sistema que não dá de comer tampouco dá de amar: condena muitos à fome de pão e muito mais à fome de abraços”.

3 Disponível em [Carta Capital](#)

4 Briatore L, Pozzi I. Annals Graphic Medicine – What I Learned From COVID-19 (Until Now). *Annals of Internal Medicine* [Internet]. American College of Physicians; 2020 Jun 16;172(12):W157–W159. <http://dx.doi.org/10.7326/g20-0045>

Será que ninguém fica para trás nesta pandemia?

Gustavo Antonio Raimondi

Professor do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Uma das questões mais importantes que chama atenção neste momento que vivemos é a importância de pensarmos os processos de formação atrelando os sistemas de saúde com as reais necessidades de saúde da população. Ou seja, o currículo não é o ponto de partida para pensarmos na formação dos(as) futuros(as) profissionais: a formação está relacionada com a integração entre os sistemas de saúde e as reais necessidades de saúde da população. Esse debate já era apontado no artigo *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*¹, publicado há dez anos no *Lancet*, que trouxe como proposta uma análise sobre a formação dos(as) profissionais de saúde para um novo século. Para tanto, os(as) autores(as) fizeram uma retrospectiva da formação ao longo do século 20, problematizando o relatório Flexner, as mudanças que ocorreram do ponto de vista mundial em termos da educação e do sistema de saúde, e também algumas reflexões para que pudéssemos pensar como devemos formar médicos, médicas, profissionais de outras áreas da saúde, como enfermagem e odontologia, para que estejam integrados nessas características do novo século.

Esse artigo já nos mostra a importância de considerarmos as questões epidemiológicas, os contextos sociais, as várias demandas que estão no entorno da formação em saúde. Quando conseguimos agregar esses elementos, nós conseguimos fazer, ainda que teoricamente, uma formação mais equânime. O estudo destaca o aprendizado importante que ocorre na relação das escolas com as suas localidades e com os sistemas de saúde em que elas estão inseridas. Isso já está evidente na literatura, e é relevante neste momento da pandemia, pela importância das escolas também adequarem sua realidade à situação pandêmica.

Algo que percebemos como importante nesses meses iniciais da pandemia – e que esse artigo já desde 2010 nos apresenta – é a necessidade de integração entre os vários atores e atrizes do processo de formação e cuidado em saúde. Nós precisamos fazer um diálogo que envolva educandos, educandas, educadores, educadoras, a sociedade, os gestores e as gestoras para que assim seja possível trazer uma resposta efetiva para as demandas em saúde, fazendo uma real integração das necessidades de saúde com o sistema de saúde. Mais uma vez, o SUS se torna presente. O SUS é um dos maiores cenários, tanto em termos de sistema quanto em termos de necessidades, e a

1 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* [Internet]. Elsevier BV; 2010 Dez;376(9756):1923–58. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)

pandemia tem nos mostrado a importância de fortalecermos o sistema de saúde único, universal, equânime e que busque trazer assistência para toda a população.

Considerando que a vivência do SUS não é igual para todas as pessoas, precisamos refletir sobre a intencionalidade da fala “fique em casa” para quem não tem condições de ficar em sua casa. E como dizer que “água e sabão” podem também eliminar o vírus a quem sofre com a falta de abastecimento de água no bairro? Temos de estar atentos às diversidades e às desigualdades que temos no nosso país. Isso também está relacionado ao nosso próprio corpo discente, pois muitas vezes nós falamos para os(as) estudantes se protegerem, tomarem os devidos cuidados nas eventuais práticas acadêmicas – mas como esses(as) estudantes, ao retornarem para os seus lares, vão conseguir manter toda a infraestrutura de proteção de outros familiares? Será que nós estamos considerando a diversidade de nossos(as) estudantes nesse momento de pandemia? Essas são questões importantes para que possamos cada vez mais pensar em uma formação que promova uma diversidade e que busque reduzir as desigualdades sociais.

Há uma charge espanhola que exemplifica muito a desigualdade na pandemia. Ela trata sobre a romantização da quarentena em um prédio de apartamentos. Em cima temos pessoas mostrando aspectos importantes nesse momento de isolamento social, como atividades artísticas e promoção da saúde mental. Quando vamos descendo no prédio, vemos situações de desigualdade social que não podem ser romantizadas. Assim, precisamos questionar: como temos pensado a pandemia em relação à população privada de liberdade, a população em situação de rua, os povos indígenas, os(as) profissionais que trabalham na coleta de lixo, as pessoas que trabalham nos serviços de entrega de alimento? Essas são situações que ficaram mais explícitas neste cenário e afetam os processos de ensino e de cuidado em saúde.

É preciso fazer um questionamento importante: será que realmente “ninguém fica para trás” nesta pandemia? Será que a escola médica, que a nossa formação, tem conseguido agregar isso? Assim percebemos que realmente a formação em saúde precisa ir ao encontro das reais necessidades de saúde para promover a cidadania e reduzir as desigualdades, porque, como Minayo e Freire afirmam, “estamos todos sob a mesma tempestade... mas não estamos no mesmo barco”². É curioso que essa fala venha nesse momento de pandemia, porque se observamos o movimento social da população negra, da população LGBT, dos povos indígenas, eles já nos falavam isso há muito tempo.

A epidemia tem nos ensinado a observar que nós não estamos respondendo realmente ainda de forma ampla às reais necessidades da população. Nós precisamos aprimorar os nossos currículos e formações considerando essas diversidades e desigualdades. Em alguns momentos somos estimulados a assumir a posição de heróis/heroínas, como se os/as heróis/heroínas pudessem salvar a tudo e todos(as). O problema é que, ao assumirmos essa postura, assumimos também a ideia de não sofrer,

2 Minayo MC de S, Freire NP. Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. FapUNIFESP (SciELO); 2020 Set;25(9):3555–6. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>

de não reclamar, de não desistir e de sempre estar bem dispostos para tudo – mas isso tudo gera sofrimento. A máscara de herói/heroína não é a mais útil neste momento, e é por isso que nós precisamos repensar uma formação mais humana.

Associado a isso, a literatura internacional tem nos mostrado a importância do trabalho em equipe, de uma formação em saúde ampliada, ou seja, que considere as diversidades, os determinantes sociais de saúde. É preciso trazer a educação em saúde para os cenários da formação, como as próprias DCNs nos falam, porque a partir do momento que nós fazemos uma educação em saúde considerando a comunidade, construindo com a comunidade, como Paulo Freire já dizia na década de 1980, nós vamos conseguir realmente trazer uma comunicação efetiva e promover a saúde.

Frantz Fanon, um médico negro da Martinica, falava que precisamos de solidariedade, solidariedade de fato, solidariedade de ação, solidariedade concreta para as pessoas em termos de equipamentos e dinheiro. Este momento nos ensinou também a importância da solidariedade, e podemos pensar a solidariedade, por exemplo, para a população que não tem condição de ter alimento. Além disso, nós temos visto e aprendido a importância da inovação, por isso a defesa da universidade pública e gratuita para pensarmos estratégias inovadoras, mas que integrem esses vários atores e atrizes neste momento de pandemia. Um artigo recém-lançado na *Medical Teacher*³ fala sobre a importância desses cinco elementos que a pandemia já nos ensinou: a comunicação, a inovação, a colaboração, o planejamento e a flexibilidade

Segundo Paulo Freire, “não há mudança sem sonho, como não há sonho sem esperança”. A esperança é algo importantíssimo para conseguirmos avançar. Assim, pensando no que aprendemos até aqui, destaco: as necessidades de articular os sistemas de saúde com as reais necessidades de saúde da população; o ensino e o cuidado que promovam a diversidade e reduzam as desigualdades; uma formação e prática em equipe; a promoção de saúde mental e da educação em saúde, as redes de solidariedade, as comunidades de práticas. E mais o *esperançar*, a esperança como uma ação, para que possamos transformar as realidades difíceis que temos vivenciado em realidades mais equânimes e justas.

3 Hall AK, Nousiainen MT, Campisi P, Dagnone JD, Frank JR, Kroeker KI, et al. Training disrupted: Practical tips for supporting competency-based medical education during the COVID-19 pandemic. *Medical Teacher* [Internet]. Informa UK Limited; 2020 Maio 25;42(7):756–61. <http://dx.doi.org/10.1080/0142159x.2020.1766669>

**Seção IV:
O que não
podemos esquecer**

O que não podemos esquecer: convergência e diálogo¹

Eduardo Arquimino Postal
Coordenador nacional residente da ABEM

Três meses após a Organização Mundial da Saúde, no dia 11 de março de 2020, decretar estado de pandemia pelo SARS-Cov-2, inúmeros impactos já haviam sido sentidos no cotidiano das universidades e seus atores², como a suspensão das atividades presenciais, substituídas, momentaneamente, a priori, por atividades remotas em meio virtual. Além disso, o que chama atenção foram os diferentes caminhos encontrados pelas instituições de ensino, que buscaram meios próprios para dar soluções às demandas formativas dos seus acadêmicos e de assistência às comunidades e redes de saúde às que são ligadas.

Como mostra o diagnóstico situacional realizado pela ABEM, entre março e abril de 2020, mais de 97% das instituições que responderam aos questionários tiveram suas atividades paralisadas, “atendendo a orientações legais e legítimas emanadas das instâncias governamentais relacionadas à epidemia”. Alternativamente, aproximadamente 80% dos gestores das escolas médicas que responderam aos questionários disseram que buscaram recursos em educação a distância durante a paralisação. Em um segundo momento, a despeito do retorno das atividades, constatou-se uma tendência de movimento gradual de retorno a algum tipo de atividade, mas mais de 80% dos professores e alunos ainda estavam com as atividades paralisadas. Na percepção dos alunos que voltaram às atividades acadêmicas, mais de 28% relataram que não houve adequação das atividades ante as adversidades impostas pelo cenário pandêmico.

Cenários diversos se mostraram neste momento, e diferentes rumos foram tomados para, em algum grau, dar resposta aos obstáculos encontrados. Talvez a maior e mais importante missão das instituições seja a busca de soluções diante das desiguais realidades que se apresentam, na busca de dar respostas a esse cenário que agrava as inequidades. Em tempos de pandemia, o desafio da escola, como instituição, perpassa o papel da formação de qualidade, e tem de tomar para si, ainda mais, a responsabilidade do cuidado dos seus atores, além dos indivíduos que são direta e indiretamente afetados por sua eventual ausência, a comunidade da qual fazem parte.

Assim, desafios novos somam-se aos antigos, e os abismos saltam, cada vez mais, aos olhos da comunidade acadêmica, chamando ao debate todos os sujeitos

1 Os textos desta seção são transcrições adaptadas das falas realizadas na quarta *live* do painel “A escola médica na epidemia de COVID-19”, realizada em 1º de junho de 2020, tendo como convidados Carlos Eduardo Merse e Andrea Tabora Ribas da Cunha, com mediação de Eduardo Arquimino Postal.

2 Oliveira S, Postal E, Afonso D. As Escolas Médicas e os desafios da formação médica diante da epidemia brasileira da COVID-19: das (in)certezas acadêmicas ao compromisso social. APS [Internet]. 15abr.2020;2(1):56-0. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.69>

constituintes desse universo: discentes, docentes, gestores e usuários. Cada qual com suas especificidades, mas na busca de um objetivo comum, a garantia de acesso seguro aos ambientes de produção de saúde, cuidado e educação.

A interrupção das atividades acadêmicas produziu múltiplos impactos aos discentes, que já não têm clareza do caminho da suas vidas como universitários, estando à deriva nas suas incertezas: da insegurança como seres humanos biológicos à dúvida da continuidade e término da sua formação; como pessoas, distantes do cuidado familiar e cerceados das oportunidades de construção do seu ser social dentro dos ambientes universitários. Carregam ainda consigo a adicional carga da ansiedade pela iminência do isolamento social e de uma nova e inexplorada experiência de aprendizado pelos ambientes virtuais. As instituições, que por vezes falham no suporte e na garantia de segurança nos ambientes de ensino, despejam sobre os estudantes a responsabilidade da escolha sobre continuar ou não o seu processo formativo, o que significa a escolha de expor-se a esses desafios em cenários por vezes insuficientemente preparados ou acolhedores.

Aos educadores, que também assumem o papel de profissionais da saúde, os momentos de insegurança e angústia se somam, seja no inexplorado campo do ensino virtual, para o qual não há uma cultura de prática consolidada, seja nos desafios do exercício da sua prática médica diante do cenário pandêmico, seja nas múltiplas facetas do medo como sujeito humano perante um vírus que mata mais conforme mais vulnerabilidades se acumulam.

No serviço, a luta cotidiana dos usuários pela assistência, que já é limitada pelas tradicionais barreiras de acesso, agora agudiza-se pela interrupção total ou parcial do atendimento, que também se constituía como cenário de ensino e trabalho. Assim, soma-se aos desafios dos gestores a missão de reorganizar a rede de atenção, os espaços de diálogo, para dar conta dessa demanda adicional, que, se malconduzida, pode levar ao agravamento das condições de saúde da população.

Aos gestores e às entidades representativas coube a reflexão do dilema entre garantir a continuidade do serviço e da assistência nas condições possíveis ou garantir espaços absolutamente seguros e preparados para receber educandos e educadores/profissional da saúde, considerando as limitações temporais, impostas pelas contínuas demandas de saúde da população, além das limitadas fontes financeiras e de disponibilidade de equipamentos, condições que não são inéditas, nem no sistema educacional, tão pouco no sistema de saúde.

Nessa perspectiva nada promissora, os diversos caminhos podem encontrar um ponto de continuidade comum, apontando uma solução conjunta no enfrentamento dos obstáculos. Para isso, é mais do que necessário propiciar os canais de convergência e diálogo para reestruturar e fortalecer as redes de apoio já existentes, construir novas redes considerando todos os atores envolvidos, dando voz aos diferentes locais de fala, sensíveis a todas as realidades e (im)possibilidades. Os momentos de crise são solo fértil para a reinvenção e a ressignificação dos objetivos e dos processos das instituições envolvidas com educação. Por isso, a articulação e organização dos seus atores,

mais uma vez, se faz necessária para dar respostas aos complexos problemas que se apresentam e ainda virão a se apresentar.

Diante de tamanhos desafios e responsabilidades, mais uma vez é essencial pensar o processo formativo a partir do exercício contínuo da reflexão, do conhecimento da comunidade e das necessidades coletivas, do olhar cuidadoso ao indivíduo e da valorização das instituições; assim, o chamado para compartilhar experiências, aprender com os pares e planejar o futuro, a partir de um espaço comum, é papel fundamental de uma associação que pensa a educação como motriz de geração de mudanças.

A defesa da ciência precisa ser exercitada todos os dias

Carlos Eduardo Merss

Representante nacional dos coordenadores discentes da ABEM

Dante Alighieri disse certa vez que os lugares mais quentes do inferno estão reservados àqueles que, em momentos de crise, escolhem a neutralidade. Começo com essa frase porque estamos em um momento de pandemia, de desigualdade social aflorada, mas também estamos em um momento em que o racismo cresce, que o fascismo cresce. Não quero pedir minuto de silêncio, pelo contrário, quero pedir para que todos tenhamos voz para ir contra essas situações, para que possamos exercer os nossos direitos. Não podemos olhar para tudo o que está acontecendo sem nos posicionarmos, sem tomar partido e sem ir contra o racismo, que já existia, mas que está, assim como todas as outras desigualdades, ainda mais exacerbado neste momento de pandemia.

Vamos lá: você está fazendo seu internato na sua escola de medicina, longe dos seus pais, em outra cidade. Está indo para suas aulas, indo para as suas práticas, você até faz piadinha às vezes – um paciente tosse e você fala: “nossa, não é coronavírus, né?”, aquelas amenidades que temos no nosso dia a dia. De repente, em um domingo, dizem para você que as suas aulas estão suspensas. Beleza, suspenderam por quinze dias as atividades acadêmicas presenciais. “Vou voltar para a casa dos meus pais.” Então, você, que consegue, que tem condições, compra uma passagem, ou pega o carro, vai para a casa dos seus pais. No dia seguinte, alguém diz que as aulas já estão voltando. Dois dias depois surge um edital dizendo que existe uma relação “obrigacional” dos estudantes de se inscreverem em um edital de um programa do Ministério da Saúde. No outro dia liberam o ensino remoto ou o “ensino mediado por tecnologia de informação e comunicação”, como está dizendo na portaria. E no outro são abertas de fato as inscrições para “O Brasil Conta Comigo”. Dali duas semanas você se formou porque estava no último semestre da faculdade e, enfim, o curso foi abreviado.

Como fica a saúde mental de todos nós? Estudantes, professores e gestores? Uma bola de neve de informações, de grandes problemas com os quais temos que lidar. Dizer, por exemplo, que o ensino remoto não vai ser obrigatório, vai ser só para quem quiser; para quem não quiser, depois vai ser oferecido de novo – mas você vai perder a sua turma. Não é uma decisão tão fácil, não é uma “não obrigatoriedade” tão simples assim. Pensando na ótica da gestão: a falta de compromisso de muitos professores com as iniciativas de desenvolvimento docente presencial é um problema grave na educação médica, então imagine como será isso agora no ambiente virtual. Imagine que muito provavelmente temos professores que estão trabalhando com ensino remoto sem ter capacitação adequada. Isso é precarização do ensino, não há como negar.

Falando da saúde mental em si, vínhamos falando tanto no Fórum Nacional de Serviços de Apoio ao Estudante de Medicina (FORSA), no trabalho para a saúde

mental, nos núcleos de apoio psicossocial para os estudantes – por que deixamos de pensar nisso agora? O esforço exigido nesse momento para fazer o mesmo que fazíamos antes é muito maior, então precisamos estar atentos ao impacto disso na saúde mental dos estudantes, dos professores, dos residentes, de todas as pessoas. Se são condições diferentes, o resultado vai ser diferente invariavelmente.

Eu também queria chamar atenção para algo já conhecido, mas que agora foi colocado no microscópio: a desigualdade social. Ela já existia, já era aparente, mas agora se tornou ainda mais escancarada. Não podemos adotar a supremacia da maioria. Se um estudante não tem acesso à internet, se um estudante atrasar o ritmo, não podemos esquecer essa questão, não podemos fingir que ela não existe porque a instituição é conceituada, porque há um calendário acadêmico proposto ou porque é uma instituição privada e que tem mais condições. Não podemos deixar isso de lado. Sempre há hesitação ao assumir algumas coisas. Hoje, a maioria da população universitária da rede pública é sim de pretos e pardos, mas isso não significa que essas pessoas enriqueceram, que têm seus próprios computadores ou acesso à internet. Muitas dessas pessoas ainda são pobres. Há pessoas que estudam medicina de manhã e de tarde, trabalham à noite, e tudo que têm para passar o dia é uma marmitta pequena, que serve de almoço, janta e, às vezes, até de café da manhã. O fato de pretos e pardos serem a maioria na comunidade universitária não significa nada mais que isso, não significa que alguém ficou rico da noite pro dia. Não é necessário que a Science¹ jogue na nossa cara, por exemplo, que fazer os exames, os testes, as provas, os processos seletivos só vai aumentar essa inequidade, e digo isso em um momento em que discutimos se o ENEM deve ou não ser adiado.

Precisamos pensar também que o Senado aprovou o auxílio a escolas e faculdades privadas, e é justo que isso seja feito, mas sabemos que ainda há escolas que estão cobrando mensalidades integrais dos estudantes, esquecendo o tempo que ficaram paradas, a redução de carga horária e de aprendizado, a redução de aproveitamento dessas aulas. Precisamos pensar que estamos cobrando satisfação das instituições públicas; as que tiveram contingenciamento das suas verbas no ano passado e nesse ano ficaram sem reajuste, que não receberam auxílio do Senado, mas que são responsáveis por 90% ou mais das nossas atividades de pesquisa.

Precisamos entender que aula prática não pode ser ministrada on-line, isso foi definido na portaria do Ministério da Educação. Por que fazemos vista grossa para isso? Por isso este é um momento de nos posicionarmos, sabemos que isso afeta diretamente o interesse dos poderosos, mas precisamos fazer valer também nossos direitos. A crítica aqui não é a instituições públicas ou privadas, é às instituições que estão atacando a qualidade do nosso ensino, demitindo professores e convocando robôs para corrigir tarefas. Eu sei que isso não vai acontecer na medicina, mas tem acontecido com outras faculdades, então precisamos repensar o valor que damos a todas essas coisas.

1 Thorp HH. Suspend tests and rankings. *Science* [Internet]. American Association for the Advancement of Science (AAAS); 2020 Maio 21;368(6493):797–797. <http://dx.doi.org/10.1126/science.abc8654>

No ano passado, fomos às ruas para defender a educação pública, a pesquisa, as bolsas que foram cortadas novamente em 2020. Por que quem não foi para a rua agora está cobrando que a Fiocruz dê resposta, descubra a vacina? Pessoas que ontem estavam criticando a pesquisa sobre as drogas feita pela Fiocruz, agora estão dizendo que a Fiocruz tem que pesquisar, tem que fazer teste sobre a COVID-19. Não podemos esquecer nosso posicionamento de ontem nas falas de hoje.

Trazendo um pouco mais para o nosso cotidiano, o que as instituições estão fazendo? O que é responsabilidade social dessas instituições? Porque responsabilidade social não é só jogar os estudantes em internato obrigatório no qual eles vão sair especialistas em síndrome respiratória e não vão saber tratar dengue, infecção de trato urinário, qualquer outra coisa, porque só estão vendo síndrome respiratória. Precisamos ter responsabilidade diante disso e também com o recurso público que tem sido usado, o uso tem que ser racional e consciente. Os maiores hospitais de atendimento SUS no país são os hospitais-escola das instituições federais, que estão fazendo pesquisa, que já produziram 2 milhões de litros de álcool em gel. Precisamos defender a instituição pública brasileira, entender que a responsabilidade social e que o uso racional desses recursos públicos não é só por meio das aulas. Neste momento vivemos diante de um holofote. Dentro da universidade, nós temos especialistas que vão prever modelos matemáticos dessa pandemia, que vão estudar as metodologias para vencer essa crise gigantesca econômica, política, sanitária que estamos enfrentando. Precisamos valorizar essa ciência que salva vidas, que está sendo tão atacada.

Resumindo, portanto, o que não podemos esquecer. Precisamos lembrar da desigualdade social, porque ainda ontem os mendigos estavam na rua, mas só hoje passamos a nos preocupar com eles. Lembrar que até ontem a ciência brasileira era extremamente atacada, mas hoje estamos cobrando dela resultados. Que as condições de trabalho dos professores também têm que ser dignas, pois obrigá-los ao ensino remoto sem saber que talvez eles não tenham a melhor conexão, não tenham uma *webcam*, não saibam mexer nas plataformas, sem um programa de desenvolvimento, é irresponsável da nossa parte e é precarização do ensino. Precisamos também entender que metodologia de ensino-aprendizagem precisa ser levada a sério. O ensino remoto não pode ser uma aula presencial gravada, não podemos ter oito horas de aula por dia com uma pessoa sentada diante do computador, o contexto é outro, o resultado vai ser outro, se os substratos são diferentes o produto vai ser diferente.

Por fim, precisamos lembrar da interação ensino-serviço e de nossa responsabilidade social. Cobrar integração ensino-serviço não é cobrar que as pessoas se exponham ao vírus. O problema neste momento não é a falta de médicos – inclusive, uma das grandes críticas dos programas que trazem médicos do exterior é essa, que não faltam médicos no Brasil. Se é assim, por que que agora estamos empurrando os internos, por meio de bolsas, muitas vezes colocando pessoas em risco porque precisam desses mil reais para viver? Precisamos ser muito responsáveis, coerentes e críticos diante de todos esses cenários.

O que acontece hoje é reflexo de ontem. A saúde pública brasileira está sofrendo tanto assim porque estávamos batendo palmas para as pessoas que estavam

destruindo a saúde pública e o SUS até poucos dias atrás. A ciência brasileira está perdendo bolsas dia após dia, mas nesse momento queremos que os cientistas resolvam a pandemia, descubram a cura, descubram a vacina, produzam conhecimento nessa área. A defesa da ciência precisa ser exercitada todos os dias. O que estamos aprendendo hoje na defesa do SUS não pode ser esquecido amanhã.

Encerro com Paulo Freire: “Daí o tom de raiva, legítima raiva, que envolve o meu discurso quando me refiro às injustiças a que são submetidos os esfarrapados do mundo. Daí o meu nenhum interesse de, não importa que ordem, assumir um ar de observador imparcial, objetivo, seguro, dos fatos e dos acontecimentos”. E escolhi essa camiseta, que visto agora, de propósito. Nela, caso não consigam ver, consta: “De que lado você estará quando tudo isso for história?”.

A hora de trabalharmos em rede

Andrea Taborda Ribas da Cunha

Docente da Faculdade de Medicina da Uern e do curso de medicina da Ufersa

Estou no Rio Grande do Norte, na região Nordeste, em uma cidade do interior. Na segunda região de saúde do estado, com vários municípios distantes da capital – ficamos entre duas capitais, Fortaleza e Natal estão praticamente à mesma distância daqui, e atuo em dois cursos de medicina em duas universidades do interior. A interiorização dos cursos de medicina trouxe várias demandas para a educação médica. Não podemos esquecer que não somos todos iguais, somos diferentes. Falamos muito de equidade em saúde, mas também precisamos pensar nisso quando falamos de educação médica. Como queremos que as pessoas falem, aprendam, entendam a equidade se não pensarmos isso também no ensino das profissões de saúde? Então, não, não estamos todos no mesmo barco.

Desde o começo da pandemia, muitas imagens foram produzidas apresentando os profissionais de saúde como super-heróis. É uma imagem sedutora, gostamos de ver, de ouvir os aplausos. Estávamos esquecidos e de repente viramos heróis. Acredito, no entanto, que essa imagem é muito perigosa. Já falávamos sobre isso no Fórum Nacional de Serviços de Apoio ao Estudante de Medicina (FORSA), nos referindo à saúde mental do estudante, do residente, e parece que de repente esquecemos disso, viramos super-heróis de novo. Vivendo isso acima de tudo, podemos trabalhar horas de plantão, deixar as nossas famílias de lado, expor nossa saúde. Na educação das profissões de saúde, na educação médica, isso pode ser uma faca de dois gumes muito perigosa. Nossos estudantes, nossos profissionais, nossos residentes já vinham com esse olhar, de que o médico tem que ser sobre-humano, tem que estar acima de tudo, não pode ir ao banheiro, não pode comer, não pode dormir, porque só os fortes sobrevivem. Isso vinha sendo muito discutido nos fóruns de saúde mental, e de repente retomamos essa imagem perigosa de que nós somos super-heróis, e isso pode impedir o desenvolvimento dessas discussões. Esse caminho já foi trilhado e não está nos levando a um lugar muito feliz.

A universidade muitas vezes é criticada por ficar dentro dos seus próprios muros, por produzir pesquisas que não são relevantes para sociedade, por ser “um lugar de balbúrdia”, como temos ouvido falar por aí. Talvez isso se deva não só ao desconhecimento, mas também porque em alguns momentos da nossa história, na nossa ânsia de ensinar conteúdos que são tão caros, tão importantes para a boa prática profissional, nós construímos um muro que nos separa das verdadeiras demandas da sociedade. Tem se falado muito e há muito tempo o que queremos de um médico, o que a sociedade espera de um médico, mas acho que temos que começar a transpassar esse muro para algumas questões que são muito importantes. Temos populações vulneráveis que são muitas vezes esquecidas nos currículos médicos. Não abordamos, não conduzimos essas questões. Com frequência escutamos dos alunos: “professora,

como abordamos esse tema?”. Como é que eu lido com a população de rua? Como vou lidar com o racismo? Isso é extremamente danoso, algumas populações vulneráveis são esquecidas nos nossos currículos.

Em vez de construir esse muro sólido de conhecimento, poderíamos nos espelhar nas pedras aqui da região do semiárido. Quem é daqui sabe que temos esculturas belíssimas produzidas pela natureza, que são fortes, sólidas, mas que se moldam às forças do meio ambiente, se moldam às necessidades do entorno. Elas são tão boas e tão fortes, talvez até melhores do que o ouro, o famoso padrão ouro da medicina, porque elas deixam a beleza passar, a luz passar, a água passar, quando às vezes o açude enche. Precisamos ter esse olhar, temos que começar a nos deixar afetar pela realidade que temos em volta, afetar os nossos alunos.

Eu vim de um hospital-escola impecável, onde tudo funcionava, e quando cheguei aqui me deparei com uma realidade que era completamente diferente daquela que eu conhecia. Precisei buscar respostas que não vinham prontas, não estavam na gestão universitária, tive de fazer ligações, criar correntes de solidariedade para resolver os problemas das comunidades onde eu atuava. O currículo médico tem muito medo da palavra “afeto”, ouvimos isso no primeiro dia de aula: “eu não posso me afetar porque senão eu vou sofrer”. Mas será que a gente não sofre pela imagem do super-herói mais que por conta desse afeto? Então acredito que temos que nos permitir afetar-nos pela realidade de onde estamos.

A canção Pescador de Ilusões, d’O Rappa, fala que “o mar escuro trará o medo lado a lado com os corais mais coloridos”. Podemos aproveitar os momentos de diferenças para criar redes de solidariedade. Quando cheguei aqui, eu via os bebês na maternidade nas redes ao lado da cama das mães – eu adorava aquilo, achava aquilo incrível, porque a rede embala, ela acalenta, constrói. Precisamos pensar na responsabilidade social das escolas. Nas nossas universidades não corremos em paralelo, somos rede, temos um papel muito forte na construção de nossa realidade. Isso precisa ser repensado, porque ter responsabilidade social não é, nesse momento, expor aluno sem proteção, sem EPI, para dizer que estamos fazendo alguma coisa.

Temos nesse momento mil maneiras de trabalhar o papel da escola dentro da rede, a pesquisa dentro da rede. Aqui temos grupos de trabalho de violência contra a mulher, montamos atendimento dentro do abrigo municipal para acolhimento a população de rua, construímos os fluxos de atendimento à COVID com a gestão municipal e municípios da região, trabalhamos com treinamento dos profissionais de saúde sobre estes fluxos. Juntamos vários cursos para produção de insumos, testagens e formulação de aplicativos. Nós somos a rede, parte da rede.

Temos que pensar na prática interprofissional, se fala muito na figura do médico, mas isso tem me incomodado profundamente. Que saúde é essa, na qual só focamos no fim da linha, que saúde é essa que agora está tendo que pensar como se trabalha o luto, como é que se cuida? Onde estão os outros profissionais? Estamos trabalhando com as pessoas da assistência social, o pessoal da matemática tem nos ajudado incrivelmente, o pessoal da computação nos auxilia a montar aplicativos, organização de

rede, então vamos além de uma prática interprofissional na saúde, vamos para uma prática quase intersetorial.

Creio que este é o momento de nos reinventarmos, nos repensarmos como docentes, nas práticas, o que estamos ensinando realmente, que atitudes conseguiremos trabalhar nesse ensino remoto. As residências em saúde também têm de se reinventar. Sou coordenadora de uma comissão de residência médica, e aqui no interior do estado há muitos anos temos trabalhado com três residências integradas: medicina de família, ginecologia/obstetrícia e multiprofissional, com seis profissões. Não tivemos grandes dificuldades, nos reinventamos muito rápido; houve um impacto inicial, mas traçamos estratégias permeando e capilarizando a rede a todo momento. Hoje vários programas de residência nos grupos nacionais estão parados, mas é um momento de crise, será que não poderíamos repensar, remontar, refazer essa rede?

Talvez muitos conheçam o cordelista poeta Antônio Francisco, ele é aqui de Mossoró, é conhecido no Brasil inteiro e é uma figura maravilhosa. Amigo de minha família, sempre está presente nos nossos eventos. Então encerro com um poema dele, para que possamos repensar que momento estamos vivendo.

A casa que a fome mora

*Eu de tanto ouvir falar
Dos danos que a fome faz,
Um dia eu saí atrás
Da casa que ela mora.
Passei mais de uma hora
Rodando numa favela
Por gueto, beco e viela,
Mas voltei desanimado,
Aborrecido e cansado.
Sem ter visto o rosto dela.*

*Vi a cara da miséria
Zombando da humildade,
Vi a mão da caridade
Num gesto de um mendigo
Que dividiu o abrigo,
A cama e o travesseiro,
Com um velho companheiro
Que estava desempregado,
Vi da fome o resultado,
Mas dela nem o roteiro.*

*Vi num barraco de lona
Um fio de esperança,
Nos olhos de uma criança,
De um pai abandonado,
Primo carnal do pecado,
Irmão dos raios da lua,
Com as costas seminuas
Tatuadas de calíça,
Pedindo um pão de justiça
Do outro lado da rua.*

*Vi o orgulho ferido
Nos braços da ilusão
Vi pedaços de perdão
Pelos iníquos quebrados,
Vi sonhos despedaçados
Partidos antes da hora,
Vi o amor indo embora,
Vi o tridente da dor,
Mas nem de longe via a cor
Da casa que a fome mora.*

*Vi a gula pendurada
No peito da precisão
Vi a preguiça no chão
Sem ter força de vontade
Vi o caldo da verdade
Fervendo numa panela
Dizendo: "Aqui ninguém come!"
Ouvi os gritos da fome,
Mas não vi a boca dela.*

*Passei a noite acordado
Sem saber o que fazer,
Louco, louco pra saber
Onde a fome residia
E por que naquele dia
Ela não foi na favela?
E qual o segredo dela,
Quando queria pisava,
Amolecia e matava
E ninguém matava ela?*

*No outro dia eu saio
De novo à procura dela,*

Mas não naquela favela,
Fui procurar num sobrado
Que tinha do outro lado
Onde morava um sultão.
Quando eu pulei o portão
Eu vi a fome deitada
Em uma rede estirada
No alpendre da mansão.

Eu pensava que a fome
Fosse magricela e feia,
Mas era uma sereia
De corpo espetacular
E quem iria culpar
Aquela linda princesa
De tirar o pão da mesa
Dos subúrbios da cidade
Ou pisar sem piedade
Numa criança indefesa?

Engoli três vezes nada
E perguntei: O seu nome?
Respondeu-me: Sou a fome
Que assola a humanidade,
Ataco vila e cidade,
Deixo o campo moribundo,
Eu não descanso um segundo
Atrofiando e matando,
Me escondendo e zombando
Dos governantes do mundo.

Me alimento das obras
Que são superfaturadas,
Das verbas que são guiadas
Pros bolsos dos marajás
E me escondo por trás
Da fumaça do canhão,
Dos supérfluos da mansão,
Na soma dos desperdícios,
Na queima dos artifícios
Que cega a população.

Tenho pavor da justiça
E medo da igualdade,
Me banho na vaidade

*Da modelo desnutrida
Da renda mal dividida
Na mão do cheque sem fundo,
Sou pesadelo profundo
Do sonho do boia fria
E almoço todo dia
Nos cinco estrelas do mundo.*

*Se vocês continuarem
Me caçando nas favelas,
Nos lamaçais das vielas,
Nunca vão me encontrar
E eu vou continuar
Usando o terno xadrez
Metendo a bola da vez,
Atrofiando e matando,
Me escondendo e zombando
Da burrice de vocês.*

**Seção V:
O que precisamos
aprender**

A escola médica na pandemia da COVID-19: o que precisamos aprender¹

Denise Herdy Afonso
Diretora da ABEM

Estávamos no dia 5 de junho de 2020, finalizando a sequência de cinco *lives* organizadas na modalidade de painel virtual, a primeira experiência da ABEM nesta forma de diálogo e comunicação com a comunidade acadêmica. Este era o 101º dia desde o primeiro caso relatado de COVID-19 em nosso país. Totalizávamos 1.349 vidas perdidas e uma sensação de “falta de ar coletiva”. Buscávamos, como nos dizia Frei Betto em uma crônica de sua autoria publicada naquele mesmo dia, oxigenar nossa cidadania, nosso espírito democrático, nossa tolerância, em plena tragédia sanitária. Seguíamos, parafraseando os versos de Cora Coralina, buscando “mais esperança nos nossos passos do que tristeza nos nossos ombros”.

Retornando hoje, dia 215 da pandemia no Brasil, com números que revelam 141.741 vidas perdidas e fazendo uma releitura daquela experiência, construída de forma coletiva, partindo da reflexão sobre as necessidades de educadores, educandos e comunidades, percebo a potência da indução de encontros em ambiente plural e respeitoso.

Apesar dos desafios sanitários que nos mantém em um platô assustador de casos e óbitos resultantes de novas infecções pelo Sars-CoV-2, a escola médica, representada em seus educadores, educandos, gestores e comunidade, reconheceu a importância de aprendizados advindos da experiência coletiva da pandemia.

Valorizamos duas políticas públicas estratégicas para nossa resposta à pandemia: no âmbito da educação, as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, que definem um perfil de egresso dos cursos de medicina adequado ao imprevisto e inesperado surgimento da COVID-19; e no âmbito da saúde, o Sistema Único de Saúde, nosso SUS, responsável pela resposta sistêmica, ágil e universal da rede de assistência.

Reconhecemos, no entanto, de forma breve, que já estávamos fora da normalidade, acumulando desafios relacionados ao ataque à ciência, à desqualificação das universidades, em especial as públicas, a desvalorização do risco coletivo que resultou no comprometimento do respeito e confiança da população nas informações e orientações sanitárias.

¹ Os textos desta seção são transcrições adaptadas das falas realizadas na última *live* do painel “A escola médica na epidemia de COVID-19”, realizada em 5 de junho de 2020, tendo como convidados Júlio César Stobbe e Milton de Arruda Martins, com mediação de Denise Herdy Afonso.

A pandemia se apresentou como uma crise mundial de origem sanitária, com repercussões complexas em toda sociedade, sem referências semelhantes para nos orientar, com fechamento de fronteiras físicas e revelação de abismos entre países e dentro de uma mesma nação. Exigiu de todos nós um processo de aprendizado acelerado, imprevisível, com impactos e respostas que demandaram relações inéditas entre diversos segmentos da sociedade.

Embora muitas das desigualdades do nosso país tenham sido reveladas e ampliadas pela pandemia, todas já estavam presentes no cotidiano de nosso povo. Em nossas Escolas Médicas não percebíamos a vulnerabilidade de nossos educandos no âmbito das condições para o aprendizado, estruturais, econômicas, comportamentais ou familiares; da mesma forma não nos dávamos conta das lacunas e desafios de nossos educadores, pedagógicos, tecnológicos, estruturais, econômicos, comportamentais ou familiares.

A vivência contemporânea do desafio comum expresso pela pandemia colocou à prova de um lado e aproximou em outra perspectiva, educadores, educandos, gestores e comunidade. No mesmo momento histórico, experimentando semelhantes restrições, medo e insegurança no presente, suspensão de planos futuros, mudanças nos processos de trabalho e educação, sentimentos de incerteza, evidência de imensa diversidade de contextos e soluções oportunizou encontros potentes, como este do dia 5 de junho de 2020.

Na experiência da natureza, as paredes são substituídas por membranas que dão contorno, mas permitem trocas, adaptação aos meios distintos, conexão de ambientes, distribuição de insumos, participação, interatividade e conectividade. Em nosso tecido social, esgarçado pela pandemia e seus impactos, nossa frágil humanidade se revelou e nos permitimos não saber, valorizar as respostas construídas de forma coletiva, aprender juntos, exercitar a solidariedade e o autocuidado que se expande e alcança o cuidado com os demais.

Não podemos perder estas conquistas. Precisamos exercitar a prevenção de novas infecções como um ato de resistência, uma prática comunitária, uma aprendizagem cotidiana, com defesa incondicional dos direitos humanos, da inclusão e segurança de todos e o reconhecimento de nossa capacidade infinita de pensar, descobrir e criar alternativas para valorização da educação, do cuidado em saúde e da vida.

O perfil do nosso egresso está sendo posto à prova

Júlio César Stobbe

Diretor do campus Passo Fundo da Universidade Federal da Fronteira Sul

Provavelmente nunca fomos colocados à prova de maneira tão intensa como agora, tanto como profissionais da área da saúde, como educadores, como alunos e também como pacientes. Estamos vivenciando todas as dimensões possíveis dessa pandemia ao mesmo tempo, o que nos proporciona um enorme aprendizado, que deve ser aproveitado. O eixo de gestão em saúde das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) tem como objetivos: a valorização da vida, a tomada de decisões baseada em evidências e em políticas públicas, a comunicação com a comunidade incorporando as TICs (tecnologias de informação), a construção participativa nos sistemas de saúde e a participação social articulada na consolidação da intersetorialidade e trabalho em rede. Todos os aspectos estão sendo colocados à prova neste momento, e certamente os nossos acadêmicos, aqueles que estão se formando agora e aqueles que virão a seguir, utilizarão todos esses itens em maior ou menor grau. Nesse sentido, gostaria de discutir um pouco a importância que há em colocar em prática as várias dimensões das DCNs naquilo que chamamos de papel ou perfil do egresso.

Sempre falamos muito no perfil do egresso quando vamos organizar os nossos currículos e, apesar de trabalharmos bastante em cima disso, sabemos, como profissionais da saúde, como médicos, como professores, que geralmente acabamos valorizando algumas dessas dimensões e deixando outras de lado. Ao mesmo tempo que cobramos uma base curricular nova, cobramos modernidade nos cursos. Na prática, acabamos colocando somente alguns desses itens em ação na estrutura curricular. Hoje vemos quantas dessas dimensões mencionadas nas DCNs são extremamente importantes no enfrentamento da pandemia – acredito que este seja um grande aprendizado. Precisamos realmente verificar na prática a importância do generalista, a importância da questão humanitária do nosso egresso, de um acadêmico e de um profissional crítico, empático, reflexivo, ético. Isso deve ser somado ao comprometimento com o desenvolvimento da pesquisa e da ciência, à capacidade de se atualizar permanentemente na atenção, na gestão, na educação, à responsabilidade social, ao compromisso com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Testemunhamos a dimensão que o SUS teve e está tendo no enfrentamento dessa pandemia. Já lamentávamos, nos últimos tempos, o que estava sendo feito com o SUS, com o próprio programa Mais Médicos, porque o curso de medicina aqui da Universidade Federal da Fronteira Sul de Passo Fundo surgiu nessa ampliação dos cursos de medicina. Tudo isso estava um pouco esquecido, e percebemos agora que a pandemia demonstrou a importância e a força que o SUS deve ter.

Todas essas dimensões no perfil do egresso, que deveríamos trabalhar de maneira mais ampla e adequada, agora estão sendo colocadas em teste. Por exemplo, na importância da tomada de decisão baseada em evidências na questão da hidroxicloroquina. Acompanhamos profissionais de saúde ávidos por alguma notícia, por uma vacina, por um medicamento que possa nos dar a tranquilidade e a segurança de tratar doença e não ter complicações. Apesar de todas as dificuldades que temos, precisamos considerar e abraçar a ciência, abraçar aquilo que está certo do ponto de vista científico. Estamos trabalhando com medicina baseada em melhores práticas ou medicina baseada em evidências? Ou com medicina baseada apenas em fatos simples do dia a dia?

Tudo que é importante no aprendizado do nosso egresso está agora colocado em prática, não só no nosso país, mas no mundo inteiro. O papel da comunicação com a comunidade é outro exemplo. Diferentes comunidades vão ter diferentes problemas, diferentes momentos, em cada continente, em cada país, em cada estado. Estamos aprendendo um novo formato de comunicação, um novo formato de ação, nos adaptando, e aprendendo muito com isso. A construção participativa dos sistemas de saúde em diferentes países, a importância de existir um pensamento global mesmo que as ações tenham que ser locais. O pensamento global é o maior exemplo de que não estamos isolados. A pandemia chegou com uma velocidade avassaladora atingindo todos nós, o que mostra que estamos muito próximos e que precisamos ter um pensamento mundial, considerando as questões humanitárias, as questões sociais de alimentação, de acesso a saúde, água, alimentos, vacinas. Todas essas questões são desnudadas agora e demonstram a importância da construção participativa dos sistemas de saúde.

Precisamos pensar na valorização da vida, e o profissional de saúde deve perguntar a si mesmo se faz parte da cura ou da doença. Nos deparamos com uma situação à qual não estamos habituados. Qual é o nosso hábito comum? Fazer uma história, o exame físico no paciente, e a partir disso ter hipóteses, pedir exames, se for necessário, e tratar. Agora nós pulamos processos, muitas vezes não conseguimos examinar o paciente, não podemos coletar uma história adequada, não conseguimos e não temos opção nenhuma de tratamento a não ser o suporte ao doente grave, porque não temos opções terapêuticas. Além de tudo isso, o profissional médico se depara com situações nas quais ele pode ser vítima, pode contrair a doença e ter a forma severa, e ainda pode ser um transmissor. Todos esses aspectos acabam impactando sobremaneira o pensamento das equipes médicas, dos profissionais de saúde, dos professores e dos acadêmicos, porque podemos ser parte da cura, mas podemos ser parte da doença também.

No aspecto ético, as dificuldades não são um problema só do nosso país. Há, mundialmente, interesse diversos, muitas vezes escusos e que levam por caminhos não tão retilíneos. Mas lá no perfil do nosso egresso almejamos um profissional ético. Nas políticas públicas, a importância das reformas, dos ajustes dos sistemas de saúde pública, dos ajustes do cuidado, da importância e da força que tem isso em nível mundial: tivemos internacionalmente políticas públicas dúbias, algumas um pouco

mais atrapalhadas. Países como Rússia e Brasil, que ficaram em dúvida, vacilaram em algumas medidas, com consequências para os próprios profissionais da saúde. Na Rússia, por exemplo, profissionais médicos têm 16 vezes mais risco que os outros profissionais de terem problemas com o coronavírus, de falecerem por causa disso. Isso mostra o impacto que as políticas públicas têm diretamente para os profissionais.

As tecnologias da informação nunca tiveram um peso tão grande, tão importante quanto agora. A telemedicina é um mundo novo, relevante, mas não podemos esquecer que, apesar de hoje nos estarmos trabalhando com ela, lá na ponta há profissionais da saúde atendendo de forma direta, porque as pessoas precisam desse atendimento presencial nos mais variados cenários desse nosso grande país. As tecnologias são importantes, podemos utilizá-las mais, mas não podemos esquecer de forma alguma que estamos formando profissionais da saúde que devem atender pessoas e pessoas precisam de pessoas para cuidá-las – com o apoio da tecnologia, não há dúvida disso.

Sobre a realidade do trabalho: o profissional se depara com as dificuldades, com os temores de se tornar uma vítima também. Isso traz alguns questionamentos: estamos falhando nas escolas ou não estamos? Como foi o comportamento médico na pandemia? Como foi o comportamento dos professores na pandemia? O perfil do nosso egresso está realmente correto, é isso o que nós buscamos, todas essas dimensões que eu coloquei? Creio que sim. O problema não está no perfil do egresso, o problema está em colocar em ação todas essas dimensões, para que nós tenhamos comprometimento, para que nós tenhamos exemplos, para que nós tenhamos atitudes.

Reflexões sobre a pandemia e a educação médica

Milton de Arruda Martins

Coordenador do curso de medicina da Faculdade de Medicina da USP

O que nós devemos aprender? A primeira pergunta que eu me fiz ao preparar essa apresentação foi: nós quem? Nós não somos apenas docentes ou estudantes, nós somos cidadão do mundo, cidadãos do nosso país, temos familiares, temos amigos, somos profissionais de saúde, docentes e discentes. Essa pandemia atingiu nossas vidas de forma radical em todos os aspectos – para discutir o que devemos aprender é preciso levar em conta nossas vidas em todos os seus aspectos, e todos esses aspectos são importantes de serem discutidos dentro da escola médica, com docentes, com discentes e com toda a comunidade que trabalha no ensino superior. Todos nós estamos refletindo sobre nossas vidas e o nosso futuro. Vou lembrar aqui apenas alguns aspectos das nossas preocupações com o presente e com o futuro – peço desculpas para as pessoas que já fazem essas reflexões há muito tempo, muito antes da pandemia, mas devemos aproveitar as oportunidades para aprofundar essa conversa.

Selecionei 13 aspectos para que possamos refletir. O primeiro aspecto é que nós temos que parar a agressão ao meio ambiente, e a humanidade tem que assumir um desenvolvimento sustentável. Isso tem que ir para dentro da escola médica. Leonardo Boff insiste que a Terra é um organismo vivo, cada vez mais agredido, com destruição das florestas, poluição do ar e das fontes de água, emissão de gases que provocam o efeito estufa, aquecimento global. É inegável que essa pandemia tem relação em sua origem com o meio ambiente, florestas e animais selvagens. O caso de todas as últimas epidemias também é esse, mesmo a nossa última epidemia, que foi a de febre amarela, também ilustra esse fato. Precisamos partir para um desenvolvimento sustentável, e a escola médica tem que participar dessa discussão.

Em segundo lugar, eu gostaria de lembrar que as fronteiras do mundo estão cada vez mais fluidas. O mundo está cada vez mais conectado, as soluções têm que ser globais. As fronteiras foram fechadas, mas o Sars-CoV-2 passou de um país para outro.

Minha terceira reflexão é que nos últimos anos tem havido um crescimento no número de pessoas que adota posições dogmáticas, ligadas a fanatismo religioso, político ou educacional, e tudo que não confirma suas convicções é rejeitado. Nessa pandemia isso também ficou evidente, uma parcela de líderes e da população mundial rejeitando o conhecimento científico. Apareceu claramente a importância do conhecimento científico, e os governantes mais lúcidos salientam à população com frequência que temos que seguir os pesquisadores e os profissionais de saúde. É uma lição para todos nós, sobre não perder de vista a importância de buscar a verdade, de buscar

ver o mundo da forma mais clara possível, buscar as evidências científicas, nos sentirmos bem quando alguém nos convence que estamos equivocados, quando alguém nos mostra uma outra realidade – essa é uma das grandes qualidades do cientista e do profissional de saúde também.

Minha quarta reflexão lembra que, como profissionais de saúde, nós devemos nos esforçar mais para entender por que muitas pessoas confiam pouco na ciência e criar estratégias de estabelecer o diálogo, como explicar a nossos pacientes e à sociedade que não há evidências científicas para determinados tratamentos e por isso eles não devem ser adotados. As habilidades de comunicação passam a ser cada vez mais importantes.

A pandemia não é democrática, este é o quinto aspecto. Não existe nada de democrático na pandemia de COVID-19, ela atinge com maior frequência e gravidade os mais vulneráveis, atingiu os mais idosos, os mais pobres, as regiões do país com menos recursos de saúde, só para dar alguns exemplos. Mais uma vez ela traz uma lição que é muito antiga: a necessidade de valorizar os direitos humanos e reduzir as desigualdades, a sociedade tem que voltar a priorizar os direitos sociais e a equidade, a sociedade tem que associar a liberdade à justiça e à igualdade.

Minha sexta reflexão é sobre como o Sistema Único de Saúde é fundamental para todos os brasileiros, como o SUS é importante. A importância dos sistemas de saúde universais no combate à pandemia ficou evidente, os Estados Unidos – o país mais rico do mundo, mas que não tem um sistema de saúde universal – mostraram a sua fraqueza, sendo disparado o país com o maior número de mortos pela COVID-19. No Brasil, toda liderança no esforço de prevenção e no cuidado de pessoas com COVID-19 foi público, foi do SUS, com hospitais públicos e hospitais não lucrativos na liderança, e o sistema privado em um papel bem complementar. Toda a imprensa falava do SUS, falava da rede de cuidados, falava da atenção primária, secundária e terciária, falava das unidades básicas, falava das UTIs. O SUS voltou a estar na ordem do dia como um sistema fundamental para todos os brasileiros.

Em sétimo lugar, creio que precisamos reaprender ou aprender mais o trabalho em equipe de saúde, como fundamental no cuidado. Eu nunca vi a equipe de saúde ser tão valorizada e tão homenageada por todos, em especial médicos e enfermeiros, mas todos da equipe de saúde, muitas vezes se falando do profissional da limpeza, do motorista da ambulância, do recepcionista do hospital, enfim, toda a equipe de saúde. Todas as pessoas dependendo de nós. Essa é uma lição da COVID, nós temos que sair dela valorizando muito mais o ensino interprofissional e o trabalho em equipe.

Minha oitava reflexão é sobre a necessidade que tivemos de passar do ensino presencial para o ensino remoto, que rapidamente nos fez considerar algumas questões. Uma delas é que nós tivemos que voltar a pensar no que é essencial para a formação de um médico geral. Ao adaptar a formação presencial ao ensino remoto, com todas as dificuldades, nós precisamos escolher o que é essencial para a formação dos estudantes, para fugir do excesso de conteúdo, que já é um problema no ensino presencial e se torna um problema mais importante quando o estudante está tendo que participar exclusivamente do ensino remoto.

Como aspecto número nove, precisamos voltar a aprender ou insistir em repensar nossa prática docente. Na minha instituição, a Faculdade de Medicina da USP, nunca tantos professores participaram de oficinas de desenvolvimento docente. Nós tivemos que repensar nossa prática educacional rapidamente, precisamos de iniciativa, criatividade, flexibilidade. No nosso centro de desenvolvimento de educação médica, houve uma busca muito maior por parte de docentes de ajuda para repensar a sua prática, para aprender técnicas de educação não presencial, para pensar na avaliação dos estudantes, do suporte aos estudantes. Um desafio para o futuro é manter essa constante reavaliação de nossa prática, sempre aprendendo coisas novas.

Minha décima reflexão é sobre reaprender ou aprender mais a dialogar e a negociar permanentemente com os estudantes. A adaptação para o ensino remoto em muitas situações aproximou estudantes e professores, houve necessidade de parceria, de *feedback* recíproco. Houve maior reconhecimento por parte dos estudantes do esforço docente na manutenção das atividades educacionais, e essa manutenção das atividades educacionais a distância aumentou a sensação de pertencimento da comunidade acadêmica como um todo.

Como 11º aspecto, vejo que nós perdemos o medo da educação não presencial. É claro que medicina nunca vai poder ser um curso a distância. Mas nós aprendemos que muitas das atividades podem ser desenvolvidas de forma não presencial, nossos cursos podem sair diferentes e melhores da pandemia.

Minha 12º reflexão aponta que precisamos incluir de uma forma mais profunda na vida acadêmica os estudantes com maior vulnerabilidade. Ao ter que passar para o ensino remoto isso ficou evidente: falta de computadores, dificuldade de conectividade, falta de espaço para estudar, distâncias dos recursos para alimentação. Na nossa instituição, paramos durante 15 dias com tudo, até fazermos um levantamento de todos os estudantes que não tinham computador, que não tinham acesso a internet. A instituição emprestou computadores, comprou kits de acesso a internet antes de iniciar as atividades de ensino remoto, para que todos pudessem ter iguais condições de participar. Nós precisamos pensar em incluir de uma forma mais profunda, mais definitiva, aqueles estudantes com maior vulnerabilidade financeira que hoje fazem parte da nossa comunidade – e isso é muito, muito bom.

Se a formação em saúde deve ser voltada ao atendimento das necessidades da sociedade, participar do cuidados às pessoas na pandemia de COVID-19 tem um papel importante no aprimoramento da formação profissional, e essa é minha 13ª reflexão. Desde o início da pandemia defendi que os estudantes, se pudessem, deveriam se envolver no cuidado com as pessoas com COVID-19 ou com suspeita de COVID-19, é claro que com equipamento de proteção individual, com treinamento, com supervisão. Agora, dois meses depois, eu tenho certeza de que os estudantes que se envolveram no cuidado, além de terem muitas histórias para contar, certamente serão melhores médicos. Participar desse esforço coletivo de cuidar da sociedade forma melhores médicos. Resiliência, humildade, paciência, criatividade, flexibilidade e esperança são palavras que devem ser mais incorporadas à nossa prática diária como pessoas, como docentes e como estudantes.

**Seção VI:
Como retornar às
atividades de ensino em
segurança e com todos?**

Como retornar às atividades com segurança e incluindo todos¹

Sandro Schreiber de Oliveira
Vice-presidente da ABEM

Chegamos a este capítulo, que pretende abrir a discussão sobre a responsabilidade social e sanitária da escola médica com ênfase no retorno inclusivo às atividades educacionais. Os próximos textos irão abordar diferentes aspectos, iniciando pela questão epidemiológica e sua influência nas decisões, avançando sobre os desafios das políticas públicas educacionais e de saúde brasileiras, trazendo a visão dos estudantes de medicina sobre questões tão complexas. Ainda será abordada a especificidade da retomada das atividades na Atenção Primária à Saúde (APS) que, independentemente do seu papel acadêmico, talvez tenha sido uma das áreas de cuidado às pessoas que mais precisou de adaptações neste período, o que demanda um esforço adicional para docentes, discentes e gestores de escolas na formulação e adaptação de projetos pedagógicos que deem conta do cuidado sanitário e educacional e adicionalmente contemplem os novos pressupostos assumidos pela APS mundo afora e especialmente no Brasil.

A discussão sobre o papel da epidemiologia ganha pelo menos dois aspectos relevantes no contexto atual, o seu papel como conhecimento e as habilidades a serem desenvolvidas para o médico em formação. Portanto, os cenários de práticas e os conhecimentos mais relevantes além do desenvolvimento de habilidades nesta área da medicina ganham destaque neste contexto, em que compreender e mesmo produzir dados sobre a epidemia passa a ser papel fundamental de cada um dos médicos que atuam nos cenários de cuidado em saúde. As leituras sobre os aspectos epidemiológicos da COVID-19 vêm afetando as decisões sobre os rumos do ensino médico brasileiro. Compreendemos e lutamos para que a epidemia traga uma maior valorização da epidemiologia como necessidade do trabalho médico enquanto norteamos nossas ações mais imediatas mediadas pela evolução e interpretação dos dados epidemiológicos que se alteram constantemente.

Vislumbrar as causas e as consequências políticas da pandemia sobre as políticas de saúde e de educação médica é tarefa central para que o ensino médico possa avançar e ser ressignificado em um novo contexto trazido pela COVID-19. O subfinanciamento em ambas as áreas é certamente causa de maior impacto negativo da epidemia, tanto do ponto de vista do cuidado quanto dos projetos pedagógicos dos cursos de medicina, que por falta de investimentos não se encontram plenamente estruturados como era de se esperar, em um Sistema Único de Saúde com três décadas de

¹ Os textos desta seção são transcrições adaptadas das falas realizadas no turno da manhã no seminário “A escola médica na epidemia de COVID-19”, realizado em 11 de junho de 2020, tendo como convidados Pedro Curi Hallal, Eliana Goldfarb Cyrino, Henry de Holanda Campos e Nathalia Julie Soares Resende, com mediação de Sandro Schreiber de Oliveira.

existência. As políticas de provimento médico, a ausência de políticas intersetoriais, a postura ou a falta de postura política alinhada aos conhecimentos científicos, o impacto de políticas de distribuição de renda e de alocação de recursos nas universidades são apenas alguns dos aspectos que precisam ser contextualizado dentro da atualidade.

Na perspectiva da Atenção Primária à Saúde, as mudanças nas formas de acesso, a diversificação dos cenários e a reorganização dos serviços aliados à necessidade de manutenção e mesmo de intensificação na oferta de serviços de saúde para o cuidado não somente de pessoas afetadas diretamente pela COVID-19 são outros pontos que requerem nossa atenção.

Não seria possível considerar toda esta gama de questões sem compreender, a partir do local de fala dos próprios estudantes, a maneira como se sentem afetados por esse contexto e como vislumbrar a possibilidade de construção de alternativas viáveis e eficientes para a manutenção e melhoria da qualidade do ensino médico no contexto da epidemia.

Questões como indicadores de qualidade de planos de retomadas de atividades; a necessidade ou validade de testagem em massa de estudantes e discentes; o melhor momento de retomada das atividades presenciais; a necessidade de quarentena de estudantes e docentes; a possibilidade do ensino remoto se consolidar no futuro trazendo consequências negativas ao ensino médico; a viabilidade do desenvolvimento de competência do médico de forma remota; a existência de comunicação entre os estudantes das diferentes escolas; a necessidade de que políticas públicas sejam criadas e ampliadas de forma a garantir a inclusão de todos e a formação de um médico que seja capaz de atuar em respostas as reais necessidades de saúde das pessoas e das populações; são apenas algumas daquelas que os próximos capítulos pretendem explorar e lançar luz, de modo a possibilitar reflexões e superação deste momento de crise.

Avançamos, inspirados pelo poema de João Cabral de Melo Neto “Tecendo a Manhã”, de 1969, como toda poesia, sempre atual, e tão inspirador para nós neste momento de reconstrução. O poeta e o poema nos foi trazido pela estimada professora Luciana Brandão Carreira, nos provocando a pensar sobre a construção de nossa educação médica em tempos de pandemia.

*Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.*

*E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.*

Assim o nosso desejo ao apresentar esses textos ao leitor é de que contribuam para que juntos, como os galos, possamos produzir um alvorecer para a educação médica. Um que inclua a todos, que satisfaça a todos, se liberte a todos e que seja luz e caminho para todos.

A experiência da pesquisa epidemiológica

Pedro Rodrigues Curi Hallal

*Reitor da Universidade Federal de Pelotas e
coordenador do estudo EPICOVID-19 BR*

No começo da década de 1980, dois professores da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Fernando Barros e Cesar Victora, começaram uma pesquisa que tinha uma ambição muito parecida com a motivação que nós temos hoje em relação ao coronavírus. Eles entendiam que as estatísticas oficiais sobre mortalidade infantil estavam equivocadas, que não eram completas, eram uma subestimativa. Eles fizeram então um estudo envolvendo todas as crianças que nasceram em Pelotas em 1982, do dia 1º de janeiro até o dia 31 de dezembro. Havia equipes da pesquisa em todos os hospitais da cidade que realizavam partos. Eles acompanharam essas crianças até o dia 31 de dezembro de 1983, porque eles queriam avaliar a mortalidade infantil, que se refere a óbitos ocorridos até um ano de vida. Assim, a criança que nasceu em 31 de dezembro de 1982 tinha de ser acompanhada até o final de 1983 para que não se confirmasse a infelicidade de vir a óbito.

Eles encontraram vários resultados interessantes, e talvez o mais importante deles foi a desigualdade socioeconômica existente, que fazia com que a mortalidade infantil em Pelotas, quando desagregada por renda familiar, apresentasse resultados muito diferentes. Entre os 20% mais ricos na população da cidade, a mortalidade infantil era comparável com alguns países da Europa, que estavam entre os melhores do mundo, com as menores taxas de mortalidade infantil. Entre os 20% mais pobres, ela era comparável com alguns países da África, que estavam entre os piores países do mundo na mortalidade infantil.

Foi assim que começou a história da epidemiologia de Pelotas. Cito isso porque agora, 38 anos depois, surge a pandemia da COVID-19, um assunto sobre o qual não havia especialistas, e a UFPel coordena um estudo baseado na mesma lógica daquele da década de 1980. Desde o começo achávamos que as estatísticas oficiais sobre o coronavírus representavam uma pequena fração da realidade. Se queremos olhar a pandemia como um todo, temos que ir até a população, para entender realmente o quanto há de infecção no nível populacional. Essa pesquisa, denominada EPICOVID, tem monitorado um pouco da epidemiologia da COVID-19 no Brasil. Já fizemos várias fases da pesquisa no Rio Grande do Sul, há um estudo gaúcho já com quatro fases concluídas, e temos um estudo nacional que agora em maio já teve duas fases concluídas. Temos feito divulgação forte na mídia porque essa é uma pesquisa que pertence à população brasileira, então precisamos que a população tenha acesso, muito mais que artigos científicos, que obviamente nós vamos também escrever – mas estamos priorizando a divulgação para a população.

O epidemiologista é um profissional que não preenche muito bem o estereótipo tradicional do médico nem do pesquisador. Ao digitarmos “médico” no Google, provavelmente vai aparecer uma figura de jaleco, às vezes com um estetoscópio, é um clichê. Se digitarmos “cientista”, deve aparecer uma pessoa também de jaleco, mexendo em um pipeta ou em um microscópio. O epidemiologista é um cara diferente, o epidemiologista é um cientista cujo laboratório é a população. Vamos na casa das pessoas. Quando falamos com a imprensa, querem imagens minhas como coordenador da pesquisa, no meu local de trabalho, e perguntam por um lugar no laboratório. Eu respondo que não há laboratório, se quiserem podem tirar fotos minhas trabalhando no computador, no programa estatístico, ou das equipes nas casas das pessoas fazendo entrevistas, porque é isso que nós fazemos. A epidemiologia é uma disciplina que às vezes não preenche um papel adequado na formação dos estudantes, é vista como uma disciplina chata, muito teórica, com muito cálculo – não é uma disciplina tão clínica. Mas eu queria reforçar que a formação em epidemiologia é muito importante para a prática médica, não para que todo médico seja epidemiologista, e sim para que todo médico tenha conhecimento básico sobre a epidemiologia para interpretar os resultados.

Um exemplo de por que saber epidemiologia é importante. Com frequência tem sido comparado o número de mortos pela COVID-19 no mundo, e as pessoas dizem: “Ah, o campeão de mortes é os Estados Unidos, o segundo é o Brasil”. Então parece um absurdo, mas é preciso lembrar que os Estados Unidos têm mais de 300 milhões de habitantes, e o Brasil, 200 milhões de habitantes. Assim, o campeão de mortes por número absoluto nunca vai ser a Itália ou a Espanha, a Bélgica ou a Suécia. Em todos essas países, a mortalidade por milhão de habitantes é maior que a norte-americana e maior que a brasileira¹. Se não entendemos os conceitos mais básicos da epidemiologia, temos a tendência a não interpretar adequadamente o resultado. O conhecimento de epidemiologia tem se tornado mais importante para que façamos essas diferenciações, para que, quando se discute se o assintomático transmite ou não transmite a doença, se saiba a diferença entre assintomático, pré-sintomático e o paciente com sintomas leves – que transmite bastante o vírus. O conhecimento da epidemiologia é importante também para podermos interpretar a pauta da cloroquina, não como um tema ideológico como vem sendo interpretado, mas como uma pauta científica, médica, clínica. Para isso precisamos ser capazes de interpretar o resultado dos estudos existentes até agora sobre cloroquina. A opinião sobre cloroquina hoje para ter apenas uma variável, que é em quem cada um votou na última eleição. Chegou-se ao extremo de acreditar que quem votou no Bolsonaro na última eleição tem que ser a favor da cloroquina, e que quem votou no Haddad no segundo turno tem que ser contra a cloroquina. Não é assim: a decisão sobre a cloroquina tem que ser baseada na evidência científica e não no voto que foi dado dois anos atrás no processo eleitoral.

A retomada das atividades escolares é uma das pautas mais desafiadoras que temos enfrentado. Aqui na UFPel tivemos uma grande discussão sobre os internatos no começo da pandemia, porque de uma forma ou de outra tínhamos que proteger os

1 Os dados mencionados são do início de junho de 2020.

nossos estudantes, mas também temos a missão de proteger a população. Decidimos então fazer um cancelamento parcial das atividades dos internatos, para reorganizar a estrutura para quando a pandemia necessitasse deles. Depois propusemos uma reorganização das unidades básicas de saúde de Pelotas, criando barracas de triagem na frente de cada unidade para atender os pacientes com sintomas respiratórios, para evitar o trânsito deles por toda a cidade. A territorialidade é uma das grandes vantagens do SUS, pois as UBS são pontos de apoio da saúde perto da casa de cada pessoa. Agora estamos enfrentando a pauta do retorno das atividades do internato.

Acho pouco provável que tenhamos atividades normais em 2020. O que a gente chama de “normal”, que é o que acontecia antes da pandemia, creio que em 2020 não vamos ter. Digo isso baseado na experiência da China, de Wuhan e dos países onde o vírus se espalhou primeiro, onde a curva está bem descendente. O “novo normal” – não gosto muito deste termo – não tem sido igual ao que era antes. Temos que pensar em como será quando voltarmos, se voltaremos no começo de agosto, se voltaremos no começo de setembro. Não tenho resposta ainda, ninguém tem, porque não temos como prever tão detalhadamente em que estágio da curva estamos no Brasil, e temos várias curvas diferentes em diferentes lugares do Brasil, porque somos um país muito grande.

Se não temos como prever, é hora de nos prepararmos para quando retomar as atividades, e nisto teremos de ser muito criativos, pensar em estratégias de revezamento, estratégias mistas de ensino remoto e ensino presencial. Temos que pensar que o ensino prático, que na medicina é tão essencial, vai demandar muito mais cuidados do que o habitual e terá de ser feito em grupos menores. Essa é uma pauta difícil de tratar, especialmente pensando na priorização do ensino médico, por que as universidades vão ter dificuldades de ter corpo docente e técnico-administrativo para lidar com essa estrutura mais desagregada, como grupos menores. Creio que a prioridade agora é montar bons planos de retomada do ensino médico pensando neste novo momento, começar a planejar de forma muito detalhada pelos próximos dois meses como será a retomada, para que, quando ela possa acontecer, seja feita com toda segurança, com todo o cuidado e de forma criativa para proteger os nossos estudantes, os seus pacientes e os nossos servidores, tanto docentes quanto técnicos.

Atenção Primária a Saúde: um caminho possível para o retorno às atividades nas graduações

Eliana Goldfarb Cyrino

Docente da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Nunca estudamos tanta epidemiologia como estamos estudando hoje, para conseguir, com base científica, nos organizarmos de forma adequada ante a pandemia que estamos enfrentando. A situação mundial, em 2020, é única. Estamos testando e experimentando a maior crise desde o início do século 21, comparável apenas às maiores catástrofes do século 20, como as guerras mundiais ou o colapso econômico da década de 1930 ou a pandemia da Gripe Espanhola de 1918 a 1920. A pandemia atual envolve um vírus que ataca corpos, mas também na “perspectiva sindêmica”¹ considera suas consequências nos níveis social, econômico, político e psicológico. Isso significa uma alteração da ordem social. Consideramos o termo sindemia como aquele que implica em uma rede complexa de determinantes sociais e ambientais que causam e ampliam efeitos negativos de interações entre doenças².

Precisamos organizar as redes de atenção no SUS diante do quadro pandêmico que vivemos, pensando no planeta, no Brasil como um todo e também na especificidade de cada cidade, de cada região desse nosso imenso país. Sabemos que o foco do cuidado no nível hospitalar tem sido amplamente divulgado por estudos científicos e também pela mídia. Na mídia, temos todos os dias notícias sobre a pandemia, mas quase nada sobre o trabalho desenvolvido na Atenção Primária à Saúde (APS). Contudo, concordamos com outros autores que têm destacado o papel da Atenção Primária à Saúde como papel estruturante nesse momento³⁴. A APS no Sistema Único de Saúde (SUS) está presente em quase a totalidade dos municípios brasileiros, refletindo a potência e a extensão desse nível de atenção. Preparar a APS para responder com a máxima efetividade à nova realidade é responsabilidade de muitos, como os gestores dos diferentes níveis, e envolve, entre muitas outras, a ação das escolas médicas como responsáveis pela formação no e para o SUS.

1 Lolas Stepke F. Perspectivas bioéticas en un mundo en sindemia. Acta bioethica [Internet]. SciELO Agencia Nacional de Investigacion y Desarrollo (ANID); 2020 May;26(1):7–8. <http://dx.doi.org/10.4067/s1726-569x2020000100007>

2 Wenham C, Lotta G, Pimenta D. Mosquitos e Covid-19 são uma bomba-relógio para a América Latina. LSE Latin America and Caribbean Blog; 2020 Abril 6. <https://blogs.lse.ac.uk/latamcari-bean/2020/04/06/mosquitos-e-covid-19-sao-uma-bomba-relogio-para-a-america-latina/>

3 Alves MTG. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2496. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2496](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2496)

4 Nedel FB. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca! APS EM REVISTA [Internet]. Lepidus Tecnologia; 2020 Apr 15;2(1):11–6. <http://dx.doi.org/10.14295/aps.v2i1.68>

Para pensar o ensino na universidade e o retorno às aulas presenciais ou na modalidade remota emergencial, temos algumas grandes preocupações, além do medo da doença. O momento que vivemos no Brasil dificulta o planejamento das ações, com autoridades governamentais se contrapondo em todos os momentos ao pensamento científico, com mensagens que confundem a população. A crise que vivemos, para além da pandemia, tem significado para as universidades um momento de enorme tensão e um afastamento entre a autoridade sanitária do nosso país e a comunidade científica e as universidades. Essa situação tem provocado caos político e muita tensão entre todos nós. Ao mesmo tempo, mediante a percepção das assimetrias que a presente emergência sanitária global vem produzindo no contexto de desigualdades no Brasil⁵, estamos vivendo um momento de luta contra o racismo e este tema também atinge a universidade e as escolas médicas.

O momento de retorno à prática profissional abre a possibilidade de valorizarmos diversos temas a serem incorporados à formação médica como a saúde global, os sistemas comparados, doenças negligenciadas, a saúde coletiva, o acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e a questão ambiental, assim como maior valorização da atenção primária à saúde.

Diferentemente de outros países, temos um sistema único de saúde pública – o SUS – que, em que pese a falta de financiamento que vivenciamos nesses últimos anos, tem mostrado muita potência para responder à pandemia. A maior parte de nossas escolas médicas tem um desenho extremamente hospitalocêntrico, no qual o afastamento e o retorno dos estudantes às práticas tem sido totalmente dependente da possibilidade de voltar às práticas nos hospitais-escola ou hospitais conveniados com as escolas médicas, comprovando que o que é valorizado, ainda hoje, na formação, na maioria das instituições de ensino médico, é o ensino hospitalar.

Avalio que não tivemos a valorização da APS no planejamento das ações de controle da pandemia. No início da pandemia a APS não foi valorizada na sua potencialidade e nem em seu grau de complexidade no sentido de contribuir ao controle da pandemia.

Penso que valorizar a potência da APS pode ser um caminho que poderemos investir ou uma estratégia de retorno para a volta dos estudantes nas escolas médicas, a volta presencial na prática na APS e mesmo no modelo remoto emergencial. A educação médica não consegue se realizar se não vivenciamos as práticas, práticas do olho no olho, do toque, contato, mas também práticas que podem se realizar por telefone ou por vídeo, desde que privilegiem uma escuta qualificada, que respeite quem nos fala e sua experiência de adoecimento. Este é um momento de valorizarmos a atenção primária, dando a oportunidade de que os estudantes de medicina vivenciem a pandemia, colaborando ativamente em diferentes processos na APS.

Não temos hoje no Brasil um modelo único de escola médica, mas podemos apontar para algumas escolhas em relação ao que priorizar no ensino médico e garantir

5 Santos MPAD, Nery JS, Goes EF, Silva AD, Santos ABSD, Batista LE, et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. Estudos Avançados [Internet]. FapUNIFESP (SciELO); 2020 Aug;34(99):225–44. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>

maior compromisso social. Existem escolas médicas extremamente tradicionais, outras com modelos pedagógicos que buscam a inovação, outras híbridas, escolas públicas, comunitárias ou privadas, localizadas em grandes centros urbanos, em localidades interioranas, com maior ou menor integração as redes. Destaco que temos as escolas médicas do programa Mais Médicos, federais, públicas, criadas recentemente, a partir de 2013. Muitas dessas localizadas em municípios de baixa urbanização e com dificuldades de infraestrutura, particularmente com a grande qualidade de uma construção integrada às redes. Que redes são essas? Como elas estão estruturadas? E como podemos trabalhar para ampliar a integração? Estas novas escolas médicas federais têm construído ricas e promissoras parcerias de integração ensino, serviço e comunidade como exemplos de maior compromisso social⁶. As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 nos guiam para um caminho de escola médica comprometida com as necessidades do SUS e de saúde da população. Será esta uma oportunidade de colocar o estudante de medicina em contato com a realidade dessa pandemia para poder ampliar a formação médica visando a uma maior aproximação e compromisso com a realidade da saúde pública de nosso país?

Destaco nesse momento dois focos da responsabilidade social da escola médica. O primeiro deles é não abandonar os estudantes, os professores e os profissionais de saúde, lembrando que, para além de se preocupar com “não perder o ano escolar”, devemos cuidar de todos, nos preocupar com a vida de todos, com o cuidado e a saúde de todos. O outro aspecto da responsabilidade social que destaco é aproveitar muito esse momento e essa oportunidade para que os estudantes o vivenciem como futuros profissionais de saúde, sendo o tema da pandemia tratado de forma central na formação – e não dar continuidade ao processo de ensino como se nada houvesse acontecido, ou seja, aproveitar cada momento para fazer deste uma chance de se abrir para novas temáticas que precisam ser enfrentadas na formação médica e não achar que tudo deve continuar como estava planejado anteriormente a pandemia. Talvez seja pedir muito a todos que já se sentem tão fragilizados, mas entendo que não tornar esse momento uma oportunidade de aprendizagem é extremamente alienante.

Na Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, logo no início da pandemia organizamos um programa de voluntariado COVID-19 na extensão. Essa ação só foi criada porque os estudantes de medicina e de enfermagem da nossa instituição se organizaram muito e começaram a nos dizer: “eu quero muito estar com a nossa escola, eu quero muito estar na rede, eu quero muito ajudar na pandemia”. Isso com certeza foi uma enorme fonte de energia: ter os estudantes conosco. Até o presente momento, privilegiamos os estudantes do último ano de enfermagem e os alunos do quarto, quinto e sexto ano da medicina. À medida que alguns foram chamados ao retorno do ensino regular presencial, pudemos chamar outros estudantes à participação. Algumas atividades estão sendo desenvolvidas presencialmente e outras a distância, todas como atividades que fazem sentido no momento que estamos vivenciando, com atuação na atenção primária, com ações voltadas à comunicação, saúde e

6 Luna WF, Godoy DC, Mendonça CS, Alexandre FLF, Cyrino EG. Travelers' narratives: field researchers meet new Brazilian federal medical schools. *Interface* (Botucatu). 2020; 24: e190893. <https://doi.org/10.1590/Interface.190893>

COVID-19; teleatendimento à saúde mental de idosos em situação de vulnerabilidade; vacinação da gripe no nosso HC; práticas integrativas e complementares no formato de encontros on-line. Sempre com muito estudo, com muitas dúvidas e nos atualizando com pesquisa dia a dia sobre o que fazer e como fazer melhor frente a realidade e cada nova descoberta para lidar com a pandemia em cada território de abrangência da APS e mesmo para orientar a população da melhor maneira possível.

Em nossa universidade, em Botucatu, temos duas unidades de saúde-escola, que têm algumas características diferentes em relação as demais unidades do município e que estão completamente integradas à rede de APS municipal. Nessas unidades temos residência médica e residência multiprofissional em várias áreas interprofissionais. Neste momento, a presença dos estudantes e residentes tem sido uma experiência única. Buscamos reorganizar as práticas na APS com muita criatividade, centrando na pandemia, mas sem deixar de executar o trabalho mais amplo e tão complexo da APS e integrando os estudantes voluntários de forma orgânica, ao trabalho dos profissionais dos serviços, em todas as ações que desenvolvemos.

No começo da pandemia, acredito que nos sentimos bastante perdidos. Passamos a fazer parte de um grupo em rede: Atenção Primária e COVID-19, promovendo trocas entre parceiros de muitos lugares do país. Nossa preocupação se voltava a responder com ações imediatas à pandemia e, ao mesmo tempo, não perder a fortaleza da atenção primária, pensar formas de não perder o seguimento e a longitudinalidade. Com base em texto de Gastão Wagner e Ângela Vitória⁷ que nos iluminou com suas orientações, desde o início da pandemia, trabalhamos em nossas unidades, em 12 frentes, que têm buscado:

1. garantir o acesso seguro à atenção primária com a adequação da estrutura física – trabalhando para atender os sintomáticos respiratórios em tendas montadas na parte externa de nossas unidades e realizar exames laboratoriais para COVID em local apropriado também em espaço externo às unidades, apoiados nas recomendações da OMS e acordando com as orientações de comitê local, composto por autoridades sanitárias do nosso município;
2. garantir segurança nas imunizações – construímos outra tenda para fazer a imunização de gripe. Temos muitos idosos nos territórios, então realizamos visitas domiciliares e a instituições de longa permanência;
3. garantir e qualificar a segurança dos profissionais de saúde – com equipamentos de segurança individual (EPI), educação permanente ante cada momento e cada novo processo de trabalho identificado como adequado e adequações de infraestrutura do prédio;
4. garantir o seguimento no cuidado principalmente aos nossos pacientes

7 Vitória AM, Campos GWS. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias/dicadogestor-so-com-aps-forte-o-sistema-pode-ser-capaz-de-achatar-a-curva-de-crescimento-da-pandemia-e-garantir-suficiencia-de-leitos-uti/>

com problemas crônicos – com orientação por telefone, início de teleatendimento, visitas e atendimento presencial quando necessário e busca ativa dos pacientes crônicos, com quadros complexos, que não estão vindo ao serviço, com contato telefônico;

5. fortalecer a abordagem familiar em geral e especificamente com a preocupação com contatos, no caso do atendimento aos sintomáticos respiratórios e pacientes com COVID-19;
6. fortalecer a abordagem comunitária com ações voltadas aos nossos territórios com orientações por rádio, cartazes, visitas as instituições de longa permanência e visitas domiciliares;
7. realizar vigilância dos pacientes sintomáticos e daqueles com confirmação de doença, seguindo as orientações do comitê municipal;
8. acompanhar gestantes e bebês com oportunidades de atenção, principalmente quando da vinda à vacinação e atenção por atendimento por telefone;
9. realizar pequenas intervenções e curativos – dar continuidade a curativos, sondas, intervenções, pequenas cirurgias, pontos e retiradas de pontos, tanto nas unidades como em visitas domiciliares quando necessárias;
10. acolher demandas dos territórios, como os pequenos negócios que necessitam de orientação sobre como trabalhar com maior segurança para todos;
11. realizar durante todo esse processo muita educação permanente para todos, diante das inúmeras surpresas da pandemia e das necessárias mudanças de protocolo a cada nova descoberta sobre a doença. No exato momento iniciamos capacitações voltadas a atenção com pacientes com complicações ou sequelas ou que retornam as suas casas após internações por COVID-19;
12. garantir apoio às questões de saúde mental dos pacientes, trabalhadores, estudantes. residentes e inclusive mantendo trabalhos em grupo na modalidade de encontros virtuais.

Essa é a questão que temos trabalhado: como podemos nos adequar a partir de um modelo potente de atenção primária? Podemos sim dar respostas, integrar ações dos trabalhadores com cuidados de segurança, acolhendo nossos estudantes, estando presentes ou atuando a distância, produzindo informação e fornecendo atualização. Entendemos que a APS nesse momento pode ofertar a continuidade do atendimento às pessoas, mesmo que a distância, valorizando o trabalho em equipe, no sentido de garantir a integralidade do cuidado. A APS deve estar qualificada para dar orientação sobre a necessidade do isolamento domiciliar, sobre as estratégias comunitárias para garantir isolamento das famílias que não podem fazer isso apenas com seus recursos. Precisamos estar preparados para atender à população que foi acometida pela pandemia e apresenta complicações ou mesmo àquelas pessoas que tiveram alta hospitalar e não se sentem bem, além de outras com diversos problemas de saúde mental e muitas pessoas em luto.

Parte da nossa responsabilidade social é formar os estudantes para enfrentar a realidade de nosso país. Precisamos pensar esse retorno de forma muito criativa. Temos que oportunizar nas nossas aulas e discussões este momento único que estamos vivendo. A pandemia tem de estar presente nos espaços de ensino-aprendizagem. A presença dos estudantes deve ser construída junto com a rede, de forma orgânica, para dar respostas às necessidades das unidades e permitir que os alunos participem da atenção primária, sempre com segurança. Devemos valorizar a formação no SUS e tudo que ele tem significado no enfrentamento da pandemia.

Viva a universidade brasileira! Viva a universidade pública, em defesa da vida, da educação pública, da democracia. Nossos estudantes são a razão maior de estarmos aqui como professores e profissionais da saúde, lutando com dignidade nesse momento tão desafiador e que nos chama realmente à responsabilidade social da escola médica, das universidades, de todas as instituições. Como nos diz Ananda T. Isoni⁸: “as crises demandam ações incisivas e provocam mudanças estruturais – isso já está posto. O que segue em aberto são as escolhas a serem tomadas, cujos efeitos serão sentidos não apenas agora, mas nos anos que virão. Uma sociedade em crise é convidada a repensar as necessidades que deseja priorizar”.

Todas as vidas importam: vamos homenagear as vidas perdidas e cuidar das famílias que perderam os seus entes queridos. Estamos juntos e seguimos na nossa luta por uma sociedade mais justa.

8 Isoni AT. Renda básica universal: um debate necessário. In: Tostes A, Melo Filho H. Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois. Bauru: Canal 6; 2020.

A reinvenção das escolas médicas para o pós-pandemia: dias melhores virão

Henry de Holanda Campos

*Professor titular da Faculdade de Medicina da UFC
Diretor do Instituto Regional Faimer Brasil*

A dimensão que a pandemia alcançou no Brasil tem, entre suas explicações, os cortes de investimentos em saúde, educação, ciência e inovação que ocorreram no país nos últimos anos. Embora tenha se identificado o perigo e a disseminação do novo coronavírus desde dezembro de 2019, ficou muito claro que o país não planejou as ações necessárias para o enfrentamento programado da crise – isso sem falar na posição assumida pelo governo federal, de minimização da pandemia e de forte oposição às recomendações cientificamente embasadas pela OMS e adotadas na quase totalidade dos países, como o confinamento e o distanciamento social. Junta-se a isso o esfacelamento do SUS, a desarticulação do programa de saúde da família, a demissão de agentes comunitários de saúde, o vácuo assistencial diante da expatriação de 11 mil médicos cubanos, a extinção do programa Mais Médicos, a baixa testagem a que assistimos no país. Tudo isso reabriu as vazios assistenciais, notoriamente nos estados na região Norte, onde vemos a desassistência ao aldeamento dos indígenas, comunidades quilombolas, agravada pelas falhas estruturais do novo programa Médicos pelo Brasil.

Se essa grave crise sanitária desnudou nossas fragilidades, ela também foi muito pródiga em despertar um sentimento de brasilidade e revelar nossa capacidade de resposta às adversidades. Pródiga igualmente em promover a inovação, incentivar o trabalho criativo e a solidariedade, em especial nas instituições de ensino superior, notadamente nas universidades e nos institutos tecnológicos, com o que eu chamaria de portentoso desempenho das nossas escolas das profissões da saúde.

A Nature, em edição em de 1º de junho último, mostrou como a pandemia tornou mais semelhante o mundo, no artigo *As universidades nunca serão as mesmas depois da crise do coronavírus*¹. Como mudanças previsíveis de maior vulto, são anunciadas nesse artigo:

1. o redirecionamento das atividades presenciais para atividades on-line;
2. o aumento do custo por aluno e das mensalidades e taxas, com consequente maior conscientização do elitismo no ensino superior;

1 Witze A. Universities will never be the same after the coronavirus crisis. *Nature* [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 2020 Jun;582(7811):162–4. <http://dx.doi.org/10.1038/d41586-020-01518-y>

3. a redução do número de estudantes internacionais – a Austrália, por exemplo, estima uma perda de 3 a 5 bilhões de dólares australianos;
4. a reorganização necessária no direcionamento das ações das universidades para atuações mais relevantes para as comunidades às quais servem, nos planos local, regional, nacional e internacional;
5. fortalecimento das relações horizontais, com melhor compreensão no processo ensino-aprendizagem como via de mão dupla e maior atenção às necessidades de estudantes, docentes e trabalhadores da saúde;
6. incentivo às áreas básicas do conhecimento em saúde e realce para o trabalho de forma articulada e intersetorial;
7. ênfase no trabalho interdisciplinar e colaborativo.

Na revista *Medical Teacher*, em 2011, nossos colegas Charles Boelen e Bob Woollard² discutiram sobre *social accountability* – ou, tentando traduzir para o português, responsabilidade social – e afirmaram que mais transparência, democracia e gestão participativa nas instituições de educação e saúde são aspirações crescentes no mundo. Cada vez mais os cidadãos têm informação sobre os orçamentos de governos, disponibilidade de recursos e tornam-se mais vigilantes sobre a sua aplicação. O fato é que a separação entre provedores de saúde de consumidores ou clientes está cada vez mais substituída pelo diálogo entre cidadãos informados e especialistas da área para discutir alternativas. Com a rápida disseminação do conhecimento e da informação induzida pela globalização, as pessoas refletem cada vez mais sobre estratégias, alternativas para que se alcancem patamares mais elevados de desenvolvimento das pessoas e da sociedade como um todo, mais equilíbrio entre crescimento econômico e justiça social e maior reconhecimento de educação e saúde como direitos legítimos, desvinculados de qualquer tipo de mercantilização. Esses aspectos precisam estar presentes na nossa reflexão sobre a retomada das nossas atividades após a pandemia.

Uma questão central, que é identificada globalmente, é a inadequação de qualidade, quantidade, diversificação, distribuição e otimização da força de trabalho na saúde. As instituições acadêmicas encontram-se em uma situação privilegiada para responder a essas necessidades estabelecidas pela sociedade, para conceber e executar programas educacionais e currículos também apropriados para formar mais e melhores gestores do sistema de saúde e graduados que respondam melhor às necessidades sociais. É, portanto, obrigação das instituições educacionais – em especial aquelas mantidas com recursos públicos – direcionar o seu processo educacional, pesquisa e serviços para atender às necessidades da comunidade, da região, do país, com os quais tem um compromisso de um mandato a ser cumprido. A responsabilidade social das instituições educacionais não pode ser um elemento de retórica. Em todas as situações as necessidades sociais devem ser a força motriz de planejamento, execução e avaliação dos programas em iniciativas educacionais.

2 Boelen C, Woollard R. Social accountability: The extra leap to excellence for educational institutions. *Medical Teacher* [Internet]. Informa UK Limited; 2011 Jul 20;33(8):614–9. <http://dx.doi.org/10.3109/0142159x.2011.590248>

O consenso global sobre *social accountability* estabelecido em 2010, e ampliado recentemente no âmbito de organizações como World Federation for Medical Education e The Network: Towards Unity for Health, define direções estratégicas a serem seguidas e uma escala para avaliar responsabilidade, responsividade e avaliação de resultados e impactos da atuação das escolas, tudo isso feito em conjunto com a comunidade a que servem e parceiros. Essas estratégias começam com a antecipação das necessidades da sociedade, realçam a importância de parcerias e alianças, a imperiosa necessidade de estabelecer metas, de perseguir o alcance de resultados e impactos no sistema de saúde ao programar as suas ações de ensino, pesquisa e prestação de serviço.

São diversas as maneiras de que dispõe uma escola para inserir-se nessa escala de compromisso social. Promover a equidade no processo educacional, organizar atividades educacionais em tarefas e instalações da comunidade – essas estratégias promovem uma aprendizagem no mundo real, estimulam os estudantes a atuar em áreas desfavorecidas, ajudando-os a desenvolver sensibilidade e empatia, a desenvolver competências para o cuidado com as pessoas mais vulneráveis. Organizar programas educacionais para a comunidade, baseados na comunidade, contextualizados nas diferentes realidades e também em consonância com as diferentes linhas de cuidado são diretrizes igualmente importantes.

Obviamente, toda essa tarefa fica mais facilitada quando há políticas nacionais de suporte a essas iniciativas, por isso considero imperativo reconstruir uma política nacional para a educação nas profissões da saúde, fortalecendo as Diretrizes Curriculares Nacionais, readequando-as para esse novo momento pós-pandemia da COVID-19. É preciso retomar o trabalho de apoio às novas escolas médicas, como o que realizamos, entre 2013 e 2016, quando começávamos a criar as 38 escolas do Mais Médicos das universidades públicas. É preciso ampliar o apoio docente, e, nesse ponto, iniciativas como o Faimer Brasil e instituições como a ABEM têm um papel a cumprir. A reestruturação das escolas deverá levar em conta um conceito amplo de saúde, como aquele preconizado por Sérgio Arouca, em 1986, quando dizia que saúde não é simplesmente ausência de doença, “é um bem-estar social que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo”³.

Igualmente orientadoras para que se materializem as transformações nos processos educacionais são as concepções de Paulo Freire, hoje tão combatido. Para esse patrono da educação brasileira, aprender é um ato revolucionário, é por meio da

3 Pronunciamento do sanitarista Sergio Arouca durante a 8ª Conferência Nacional em Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília (DF). Vídeo completo disponível em https://youtu.be/_HmqWCTEeQ

educação e de maneira coletiva que o indivíduo deve tomar consciência de sua condição histórica, assumir o controle de sua trajetória e conhecer a sua capacidade de transformar o mundo. Essas são noções que nós temos obrigação, especialmente em um momento como esse, de agregar ao nosso trabalho e de compartilhá-las ideias com os estudantes. A educação é um ato libertador, por meio do qual as pessoas são agentes que operam e transformam o mundo. No mundo que emergirá após a pandemia do novo coronavírus, devemos dedicar-nos cada vez mais à chamada educação problematizadora, que se contrapõe ao que Paulo Freire denominou de “educação bancária”, na qual os educadores são “depositantes de conteúdo”. A educação libertadora tem como pilares fundantes o diálogo e a ação. Ela estimula a criatividade e a visão crítica, a simbiose entre educador e educando, a mistura dos papéis de ambos, já que “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”⁴. A educação, ainda segundo Paulo Freire, é intencional e não há como não ser, em sua essência, política. Em sua *Pedagogia do Oprimido*, ele anuncia fundamentos básicos para a vida humana, como o diálogo, a amorosidade, a humanização e a interatividade.

À guisa de conclusão, proponho que lancemos um olhar apreciativo sobre como as nossas universidades, especialmente os docentes da área de saúde, contribuíram para o combate a essa desastrosa pandemia. Nos momentos iniciais, tivemos uma maciça e exitosa mobilização para a confecção de equipamentos individuais de proteção, diversas formas de participação na linha de frente no combate à COVID-19. Na atuação direta, mobilizando apoio a gestores de saúde e grupos de risco, criando novos insumos, modelos de respiradores, promovendo campanhas internacionais, criando iniciativas de apoio a gestantes e crianças. Os docentes da área da saúde também atuaram no atendimento a grupos especiais, criando estratégias de apoio a grupos vulneráveis de estudantes, como muito bem o fizeram a Unicamp, com seu programa de apoio aos estudantes indígenas, a PUC Sorocaba, fornecendo apoio para que os estudantes pudessem ter acesso às atividades remotas por meio de *chips*, a UFRN, que, com muita criatividade, liberou auxílio emergencial de para a inclusão digital. É preciso mencionar também o apoio psicológicos aos profissionais de saúde, o estabelecimento de modelos para o acompanhamento e projeção de crescimento da pandemia e, por fim, uma intensa e rica atividade educacional entre pares, divulgando com excepcional qualidade estratégias educacionais, avaliações de tratamentos e protocolos. Um exemplo disso é o grupo de discussão do Faimer Brasil e também o SIG Educação Médica.

Quais foram as lições aprendidas? Muitas. Devemos ter como ponto de partida que o planejamento é crucial, um planejamento conjunto, um planejamento concertado entre escolas com a rede de saúde. Há necessidade de programar e compartilhar experiências. A pandemia nos mostrou alguns pontos que sempre defendemos de forma mais teórica. Entre eles, a importância do alinhamento da missão social da instituição às necessidades da população, que sempre foi o nosso discurso, bem como a relevância das competências relacionadas à saúde coletiva, como gestão em saúde, financia-

4 Freire P. *Pedagogia do Oprimido*, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987, p. 79.

mento, vigilância, medicina baseada em evidências. Se antes isso era desvalorizado pouco valorizado, ficou patente a importância dessa área na formação dos profissionais de saúde. A medicina social, a saúde pública, a própria epidemiologia saem muito fortalecidas desse momento. A pandemia ressaltou também a importância da telemedicina, que prestou um grande serviço país afora.

Uma lição que fica para o futuro é a necessidade de contextualizarmos os princípios daquele chamado “currículo inovador” que nós sempre discutimos, que é o ensino na vida real, o aprender no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho. O currículo centrado no estudante, integrado, baseado na comunidade. O trabalho de habilidades, de simulações. Há uma forte impressão de que as instituições que já trabalhavam esses temas responderam melhor aos desafios impostos pela pandemia. Na escola da UFRN em Caicó, por exemplo, o nível de infecção entre os profissionais foi mais baixo, o tempo de hospitalização foi mais baixo; há indicadores extremamente significativos e que apontam para a importância da participação da escola na resposta a esse momento. É importante que trabalhemos melhor as habilidades de comunicação, que resgatemos essa escala de obrigação social, colocando *social accountability* como meta, até atingir aquilo que o Paulo Freire chama de o “inédito viável”. Precisamos também fortalecer a preparação dos nossos docentes para o domínio das tecnologias de informação e ampliar as atividades remotas, inclusive o treinamento de habilidades. Teremos muitas limitações se perseguirmos o ensino usado tradicionalmente. É possível sim ensinar habilidades, desenvolver competências, com o ensino a distância. Precisamos pressionar para que haja isonomia do acesso dos estudantes à educação remota, porque ela vai ser uma ferramenta de trabalho durante muito tempo para que nós não precisemos interromper de forma ainda mais dura a formação dos nossos estudantes. Importante também que nós tenhamos como farol as DCNs, para que possamos dar conta das necessidades impostas pela realidade em saúde.

A retomada do trabalho tem de ser híbrida, não há uma receita pronta. Ela vai ter que se dar por etapas, em arranjos locais, terá de ser absolutamente programada, para minimizar os riscos e maximizar a ciência. Nós trabalhávamos até agora com o salvamento das pessoas; com a crise social imposta pela pandemia, nós teremos diante de nós lares e famílias desfeitas, o desemprego, o aumento da fome e da miséria, e nós passaremos a trabalhar com a reconstrução da vida. Isso exige postura e abordagem diferenciadas. Precisaremos, assim, nos reinventar como instituições. Com mais tolerância, mais respeito, mais amorosidade, mais escuta, mais partilha, mais confiança e, sobretudo, mais esperança de que saberemos construir dias melhores para o nosso país e o nosso povo. Eu tenho a certeza de que estamos fazendo um bom combate. Nada foi ou será em vão – nós haveremos de vencer essa luta – e dias melhores virão.

Quais são nossas responsabilidades acadêmicas para o retorno às aulas?

Nathalia Julie Soares Resende
Coordenação regional Sudeste II e
Coordenação de Educação da DENEM

A pandemia da COVID-19 chega ao Brasil em um cenário de avanço muito intenso das políticas neoliberais. É nítido que vivemos uma instabilidade política, sanitária e econômica muito grande, que vem principalmente da intensificação de desmonte de políticas públicas e do próprio SUS. SUS este que sofre um subfinanciamento crônico desde a sua implementação. A importância de debater esse cenário se dá porque o impacto e a forma de reagir à pandemia em cada país é muito diferente e depende muito de como está organizado o sistema de saúde, de como se reage à ciência e à tecnologia e de como que a proteção do trabalho está organizada. No Brasil, as ações do governo Bolsonaro são muito claras e explicitam a quem o Estado está servindo nesse momento.

Um exemplo para pensar esse aspecto é a grande disputa dos fundos públicos, que é constante e histórica, e que nos últimos anos se dá nas contrarreformas, como a Reforma Trabalhista e a Reforma da Previdência, que intensificam questões de informalidade de trabalho e de precarização dos trabalhadores. Esse é um processo de exploração para servir ao lucro. Além dessas reformas, a Lei do Teto de Gastos é fundamental de ser discutida, uma vez que afeta diretamente o financiamento do SUS com a retirada, já confirmada, de investimentos nas áreas da saúde e da educação. Em contraponto a tudo isso, agora na pandemia os bancos estão recebendo R\$ 1 bilhão sem contrapartida em defesa da vida, enquanto os trabalhadores e suas famílias estão sobrevivendo com R\$ 600. Essa é uma nítida disputa dos fundos públicos, que impacta diretamente nossas vidas e nossa ação em saúde.

A pandemia traz uma crise ampla, porque escancara tanto as estruturas sociais quanto as desigualdades. Algumas importantes reações nesse cenário de isolamento são o aumento da violência doméstica contra mulheres e também do racismo estrutural. A população negra continua morrendo dentro e fora das suas casas. Ao mesmo tempo, o cenário de isolamento e fechamento de comércios mostra uma difícil capacidade de recuperação do capital em tão pouco tempo, e é aí que a balança do Estado faz a diferença, pois este quer contrabalançar uma crise financeira com uma crise sanitária e humanitária.

A determinação social do processo saúde-doença é, portanto, escancarada na pandemia. Quem são as pessoas que estão sofrendo mais com o processo de adoecimento e de morte nesse cenário da COVID-19? Embora ela tenha começado dentro de casas mais ricas, agora esse cenário vai para as periferias, onde temos as maiores taxas de mortalidade. Fica assim evidente o papel do Estado e o papel central das

políticas públicas e sociais nesse momento, bem como a disputa que se tensiona pelos fundos públicos.

Precisamos também pensar nas diversidades e contradições que temos nos cenários das escolas médicas na pandemia. Não só nas diferenças entre as mais de 300 escolas de medicina no Brasil – que têm diferenças enormes entre si tanto no caráter público/privado quanto nas formas de alcançar o campo de prática, nos currículos, nos alunos que as acessam –, mas também na diversidade de educadores e alunos dentro desses espaços. Essas universidades estão dentro dessa conjuntura de disputas pelos fundos públicos, entre públicas e privadas. Precisamos citar também nos ataques do governo federal e do ministro da Educação, contradizendo a ciência, e isso é fundamental de se pensar no cenário da educação.

A partir de tudo isso, chegam diversas demandas na área da educação. A primeira é a do ensino a distância, que diferenciamos do ensino emergencial. O ensino a distância passou por um processo grande de avaliação de todos os seus processos, de regulamentação e estrutura, pensando nessa possível precarização do ensino. O ensino remoto emergencial vem, como o próprio nome diz, de forma muito emergencial, e perdemos muito dessas questões, o que aumenta a possibilidade de precarização. Precisamos considerar as contradições no acesso, nas injustiças sociais e como as vagas nas universidades vêm mudando nos últimos anos. Quem são as pessoas que hoje ocupam as vagas nas universidades? Precisamos pensar na população indígena que vem sendo muito atacada pela epidemia – como ela tem acesso a uma boa conexão de internet, a local de estudos? Pensar nos diversos cenários de cuidados que os estudantes têm que dedicar a terceiros, familiares. Pensar no contexto das subjetividades, nas questões de ansiedade e de depressão diante do cenário difícil que vivemos.

Considerando algumas questões próprias do ensino na saúde, devemos levar em conta ainda a integração da teoria com a prática, a aquisição de habilidades e competências, o debate que estamos fazendo de metodologia de ensino dentro da ABEM há muito tempo. Como tudo isso vai se dar no ensino a distância? Também precisamos pensar sobre a capacitação da docência e a preparação dos alunos que estão acostumados ao ensino presencial, sobre questões como a diminuição das mensalidades das escolas médicas, os cenários de prática e do internato médico e as possibilidades de retorno. Algumas escolas nunca pararam, algumas pararam apenas o ensino, outras já vêm retornando de diversas formas, algumas até já enfrentam o processo difícil de pensar esse retorno ao campus. Temos um grande cenário de escolas, há aquelas que não possuem hospital universitário próprio e dependem do serviço pela integração à rede. Nesse contexto, muitas das responsabilidades vêm sendo jogadas nas mãos dos alunos, tirando um pouco essa responsabilidade da instituição. Essa situação é um pouco problemática, considerando a falta de EPIs, as necessidades de supervisão e de aprendizagem dentro da prática, para além da ajuda que os estudantes possam oferecer nessa frente. Alguns desses debates foram feitos intensamente quando surgiu o programa “O Brasil Conta Comigo”, principalmente por nós na executiva.

Há hoje um escancaramento de muitas coisas que defendemos há algum tempo, principalmente pensando na universidade pública, sob a óptica da ciência e da

tecnologia, como espaço de produção de conhecimento. Nas universidades privadas, há grande adesão ao ensino remoto – e aí precisamos pensar se isso atende a uma necessidade dos alunos de aprendizagem, da manutenção de produção de conhecimento ou se serve simplesmente à manutenção das mensalidades exorbitantes e para o cumprimento de metas quantitativas. Vemos as universidades públicas também fazendo diversos investimentos, desde o início da pandemia, em pesquisa e extensão, preocupadas com a produção de materiais para comunidade e com a articulação com a rede de saúde. Ainda assim, mesmo com toda essa prestação de serviços, ainda há uma pressão muito grande para a retomada do ensino, e isso vem com o questionamento sobre o que estamos fazendo. Nos questionamos muito sobre não estarmos fazendo “nada”, embora as nossas agendas estejam muito mais cheias e a pressão sobre as universidades também. Qual o sentido da educação que defendemos? O que é a universidade e o que é a educação?

Por fim, a partir de todo esse contexto, como pensamos retomar? Enquanto forem necessárias essas medidas de saúde e segurança não podemos pensar em uma volta normal, mas sim nas possibilidades e nas responsabilidades para fazer isso de uma forma segura. Com o descaso total do Estado, como vamos agir? Perante o crescimento exponencial de casos de mortes e, ao mesmo tempo, de forma contraditória, a reabertura de comércios, sem que se pense nessa estrutura ampla do cenário de saúde. Essa conjuntura sinaliza a nossa necessidade de análise profunda da essência da realidade e de como vamos reagir mesmo sem apoio do Estado. Precisamos pensar também nas implicações das nossas atitudes de agora no futuro, nas implicações do ensino remoto emergencial no pós-pandemia, na abertura de precedentes para ampliação do ensino a distância posteriormente, que pode ser baseada apenas na redução de gastos com a estrutura física. Isso pode reduzir o quadro de professores, impossibilitar novos concursos, em uma questão que já é problemática com todas as diminuições do financiamento do Ministério da Educação. Este momento abre brechas para discutirmos o papel da universidade e da educação, para analisarmos o quanto a universidade também pode estar sendo esfacelada nesse processo de crise, sem que se pense extensão e pesquisa. Podemos avaliar como o ensino a distância está relacionado com grandes conglomerados da educação que ganham muito em cima disso com as tecnologias de informação e comunicação. Outro impacto sobre o qual devemos refletir é a volta do debate sobre o future-se e a concepção que esse “futuro” traz em si, da universidade e da educação voltadas para o mercado.

Quais as nossas responsabilidades acadêmicas para esse retorno? Será que elas estão apenas na efetivação do currículo, de conseguirmos a manutenção do calendário acadêmico? Será que queremos a todo custo que os alunos voltem ao serviço só para dar continuidade a ele, para reproduzir várias práticas problemáticas que já estamos vivendo, precarizando muito mais o aprendizado e ampliando as infecções hospitalares da COVID-19? Ou nossa responsabilidade está em manter a segurança dos alunos no campo de prática, em entender os problemas que temos com supervisão para promover uma educação de qualidade? Qual a lógica que vamos priorizar nessa formação, uma educação que seja de fato pensada para a nossa população, para

o ensino, para a aquisição de conhecimento, para formar esse médico generalista e humanista que tanto falamos nos últimos anos?

Pensar nas nossas responsabilidades sanitárias é urgente, bem como no nosso compromisso com o SUS e a saúde pública, sempre estatal, gratuita e de qualidade. Nosso compromisso com o correto financiamento – que nunca se teve – do sistema, com a integração responsável do ensino com o serviço, com a continuidade desse isolamento social enquanto entendermos que é necessário. Devemos considerar nosso papel diante das nossas cidades a partir da reabertura do comércio, se estamos fazendo prevenção e promoção de saúde ou se estamos apenas contando mortes. Pensar nas nossas Diretrizes Curriculares Nacionais, para inserir de fato nos currículos e nas nossas práticas a determinação social do processo saúde-doença, agora muito claro com a pandemia. Reforçar tudo que estamos vivendo agora nas lutas antirracistas, para refletir na nossa prática educacional e profissional caminhos para educação antirracista. É preciso ter um plano governamental que considere a gravidade da pandemia, a diversidade das universidades do Brasil e dos estudantes nela inseridos e todos os seus impactos.

É fundamental esse debate coletivo que estamos fazendo, amplo, com grande responsabilidade e planos bem pensados – que entendam essas desigualdades, integrem as diversas categorias da universidade e afirmem nosso compromisso com o Sistema Único de Saúde – para que consigamos pensar formas estratégicas e cautelosas para nossos próximos passos. Temos inúmeras dificuldades individuais neste momento, desde o desafio de não sabermos quando iremos nos formar ao de não ter um cenário de aprendizado adequado, mas este é um momento de pensar coletivamente, de nos organizarmos para minimizar essas mortes evitáveis, para pensar quais pessoas estão sendo deixadas para trás e quem estamos excluindo ao pensar na retomada das nossas atividades. Como diz um caderno da ABEM publicado em 2016, a crise da educação médica é também uma crise do modelo liberal de medicina; diante de tudo isso, cabe a nós refletir qual é o nosso posicionamento e quais são as nossas disputas nesse cenário – eu espero que ela sejam na defesa da vida antes do lucro.

**Seção VII:
Como cuidar de
educadores e educandos
de forma integral?**

O desafio de cuidar de educadores e educandos, de forma integral e permanente¹

Denise Herdy Afonso
Diretora da ABEM

Assustados com a novidade de um vírus, partícula invisível a olho nu, que em poucos meses atravessou continentes e oceanos e desorganizou todas as dimensões principais da vida humana, nos perguntamos cotidianamente: como foi possível acontecer? Como vamos seguir?

Preocupados em buscar uma conexão entre passado e futuro que traga as explicações necessárias à ciência ou a transcendência, impactados com o presente, perdidos nas novas rotinas de tempo e espaço impostas pelo microscópico ser, correndo para encontrar formas de conexão que preencham as lacunas do distanciamento social, nos perguntamos: haverá algum sentido nesta experiência humana?

Acumulamos perguntas, ávidos pela certeza das respostas sem perceber que, talvez, o aprendizado esteja exatamente no processo. Obrigados a sentir, pensar, falar e agir de forma absolutamente distinta do habitual, ainda presos no drama de viver a história durante sua existência, de sentir falta de despertadores, batom, trânsito, aglomerações, paredes e cadeiras... não percebemos as respostas que lentamente vão sendo escritas.

Aprendemos tanto e de forma tão inovadora em poucos meses, seja porque passamos a pensar a partir de informações globais, falamos quase que exclusivamente através de dispositivos tecnológicos, leves como as máscaras ou duros como computadores, ou porque nossos gestos seriam inteligíveis por alguém que não estivesse acompanhando essa trajetória, afinal, tocar cotovelos ou calcanhares é símbolo “estranho” de alegria pelo encontro.

Mas, e sobre o sentir, o que nos tem acompanhado? Medo, insegurança, ameaças, solidão, confusão, tristeza, angústia. Seriam estes sentimentos distintos nas experiências das escolas de medicina? Talvez não. Há muitos anos temos evidências científicas que revelam em nossos alunos trajetórias acadêmicas repletas desses sentimentos. Em função dessas evidências, muitas iniciativas de suporte/apoio psicopedagógico aos estudantes se organizaram, aqui e em todos os lugares do mundo.

O que talvez seja diferente neste momento é que todos esses sentimentos pa-

¹ Os textos desta seção são transcrições adaptadas das falas realizadas no turno da tarde no seminário “A escola médica na epidemia de COVID-19”, realizado em 11 de junho de 2020, tendo como convidados Ângelo Fajardo Almeida, Luiza Ribeiro, Patrícia Lacerda Bellodi e Luiz Fernando Chazan, com mediação de Denise Herdy Afonso.

recem pertencer, atravessar, toda a comunidade acadêmica, gestores, educadores, colaboradores e seus alunos. A pandemia da COVID-19, ao romper com as certezas de futuro, se é que existem, aproximou a comunidade acadêmica, em especial educadores e educandos que vivem de forma contemporânea uma das mais significativas páginas deste século. Juntos sofremos, buscamos e encontramos caminhos, celebramos conquistas, avaliamos escolhas, nos permitimos não saber e sentimos saudades daquela educação que tantas vezes nos trouxe dores e delícias.

Interdependentes, aprendemos em ato o conceito de currículo vivo: aquele que respira e se transforma revelando a trajetória possível de uma escola em direção às competências profissionais, construído no coletivo e operacionalizado a partir das relações humanas entre comunidade acadêmica e sociedade, interagindo com a realidade e fundamentado no respeito e tolerância.

Seremos capazes de superar a dor que acompanha a despedida de mais de 1 milhão de pessoas vítimas da COVID-19? Estaremos prontos, como escola médica, a rever nossas prioridades, acolher e compreender a diversidade de experiências vividas, transformando desafios em novas práticas, conseguiremos (re)construir caminhos de forma dialógica, complementar, inclusiva? Estaremos dispostos a abrir mão das supostas certezas que o paradigma do controle nos traz para abrir espaço para o paradigma do cuidado integral e permanente que abraça a incerteza?

Leonardo Boff nos diz que para esse novo mundo possível algumas virtudes são necessárias: a hospitalidade, a convivência, o respeito, a tolerância e a comensalidade. Sobre a hospitalidade, que deveria ser a marca registrada de uma escola de saúde, Boff nos aponta algumas atitudes de referência para alcançar esta virtude que, na educação, podemos traduzir como competência. Ele nos diz ser necessário uma disponibilidade incondicional traduzida em acolhimento generoso. Prossegue falando da importância da escuta atenta, em diálogo franco entre diferentes sujeitos, em conexão para encontrar o caminho. Para tal se faz necessária uma negociação honesta, uma renúncia desinteressada que permite definir de forma pactuada aquilo que é possível, o que é necessário, o que é prioritário, o que é bom para todos.

E o que é bom para todos, então? Responsabilização consciente, relativização corajosa, e transfiguração inteligente: no mundo pós-COVID-19 nem tudo será possível da forma como conhecíamos. Precisamos confiar na nossa capacidade de transformar, de transpor, de transcender. E, nesse sentido, cuidado e educação (originada de “do care”) se encontram no processo de (trans)formação de pessoas.

Neste presente de 2020, limite teórico e estado suspenso entre passado e futuro, buscamos respostas para questões estruturais (o que e como ensinar), atitudinais (que valores humanos precisamos potencializar) e sociais (como conectar o ensino de “ser médico” com a resposta às iniquidades). Ao cuidarmos da vida dentro da escola ensinaremos um modelo de cuidado que considera as singularidades, admira as trajetórias, preocupa-se verdadeiramente com o outro, reconhece a complexidade e busca construir juntos as melhores estratégias de segurança, equilíbrio e liberdade para seguir a vida lá fora.

Esse é o princípio da educação para autonomia que se opõe ao abandono. Com certeza aprendemos, juntos, vivendo a mesma experiência histórica da pandemia da COVID-19 que precisamos uns dos outros, reforçando o conceito de que toda aprendizagem é coletiva, trazido por Pichón Riviére quando nos ensina que, “necessariamente, para aprender a pensar, o indivíduo necessita do outro. Ora com sua presença, seu discurso, seu diálogo ou outras formas de expressão possíveis. Pensar sempre é pensar em grupo”.

Para demonstrar que essa construção, a partir da preocupação com o outro, revela a potencialidade do coletivo, os arte-educadores do Grupo Roda Gigante, Cris e Kadu, a partir de uma experiência sensível em ambiente virtual, conduziram educadores e educandos a construir suas mensagens para o futuro da educação médica. Elas nos dizem que:

“Uma aproximação com afeto e com cuidado gera esperança e revela união em forma de poesia.”

“Fica a esperança de uma aproximação e maior afeto e união entre as pessoas, para que façamos dessa pandemia uma poesia.”

“Cuidado vira poesia quando aproximação rima com união, e afeto com esperança não precisa rimar não.”

“A união transforma o cuidado e a esperança produz uma aproximação entre os indivíduos que, providos de afeto, transformam as adversidades em poesia.”

Cris e Kadu nos apresentaram, também, a reflexão de um outro artista do século 19, Marcel Duchamp, para quem “a arte é uma saída para regiões não governadas pelo tempo e pelo espaço”. Assim nos encontramos em 2020, reconfigurando as noções de tempo e espaço, encontrando na virtualidade, como nos disse Kadu, um “espaço revelador de uma resistência profunda da nossa sociedade que efetivamente permanece num movimento de resistência para que nossos corpos sejam narradores do que está se dando agora e de um futuro melhor, mais potente, saudável, sensível, justo, para todos nós”. Sigamos...

Como os estudantes vão se adaptar a uma nova rotina?

Ângelo Fajardo Almeida

Coordenador discente titular da região Norte da ABEM (2019-2020)

Temos hoje uma diversidade de cenários: há escolas com o calendário suspenso, como é o caso da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), onde estamos sem atividades, e também temos, segundo dados da própria ABEM, em torno de 80% das instituições pensando alguma forma de oferecer ensino a distância, ou aulas remotas, como nós preferimos chamar.

Esse diagnóstico preliminar da educação médica foi publicado no início de abril e mostra que naquele momento 70% das escolas que intencionavam fazer atividades a distância já as estavam aplicando. Com certeza, esse número já aumentou. Apesar disso, temos que verificar a necessidade de cada escola, as características de cada região, porque sabemos que a situação muda muito de acordo com a escola e seu contexto regional. Além disso, alunos e professores estão lidando com a quarentena de forma variada. Temos alunos se dando muito bem, alunos que estão conseguindo absorver as aulas de uma maneira talvez até melhor do que a forma presencial, pela flexibilidade que o EAD traz – por estarem em casa, por terem a possibilidade de dar pause ou retroceder na gravação, aumentar o volume, coisas desse tipo. Infelizmente eu não acredito que essa seja a maioria. Estamos tendo alguns problemas, seja daqueles alunos que, como eu, não estão conseguindo ter todas as suas aulas on-line, mas também aqueles alunos que estão tendo dificuldades, principalmente de concentração, para assimilar o conteúdo que está sendo dado de forma remota. Observamos também essa diferença entre os próprios professores, aqueles que têm mais facilidade com as tecnologias e aqueles que preferiram esperar o retorno das atividades presenciais para continuar suas atividades.

Em razão dessa imensidão de variedades, busquei conhecer esses diferentes cenários no contato com os associados da região Norte da ABEM e com os alunos da Federação Internacional das Associações dos Estudantes de Medicina do Brasil (IFMSA Brazil). A IFMSA Brazil tem estudantes espalhados por todo o país, e conversando com eles é possível perceber a variedade desses cenários, observar a situação de cada região. Temos bons exemplos, mas também temos cursos que estão sem perspectiva de retorno, ou mesmo sem notícias, com alunos totalmente perdidos quanto ao retorno, quanto ao funcionamento das aulas nesse período. Há cursos com excesso de atividades teóricas, que aumentaram a quantidade de aulas e atividades porque os alunos estão em casa – mas sabemos que é necessário haver equilíbrio entre aprendizagem e descanso, tempo para refletir, tempo para assimilar tudo isso que estamos vivendo.

Tanto a pandemia quanto o ensino remoto na medicina são algo totalmente novo. Assim, as dificuldades nessa nova forma de funcionamento é algo extremamente

comum, e que precisamos analisar e trocar experiências, absorver os pontos positivos e tentar resolver os pontos negativos. É uma mudança de hábitos. Muitos alunos estudam em um local e têm a família em outro, na pandemia muitos estão vivendo com os pais, na casa de familiares. Precisam se adaptar a uma nova rotina, um novo ambiente para estudar, conciliar a rotina da casa com a rotina dos estudos. Como fazer isso? Como estudar na casa da família, como manter a rotina: essas são as perguntas que eu mais ouvi quando fiz esse contato com os alunos.

Como será depois da pandemia? Sentimos a necessidade de adaptar calendários e, principalmente, repor as atividades teóricas e práticas que estão sendo afetadas pela pandemia. Sabemos que há medida provisória sobre o tema, que flexibiliza os dias letivos, mas a carga horária deve ser mantida. Não deve haver prejuízo para a educação médica, a formação não pode ser totalmente afetada pela pandemia. Assim, quando houver o retorno presencial deve ser avaliada a possibilidade de reposição das atividades, principalmente práticas. Outro aspecto interessante a se considerar é a possibilidade da manutenção desses eventos on-line, e a integração de eventos remotos no currículo médico. Além de termos pesquisadores de todo o Brasil, professores e alunos das mais variadas partes podem compartilhar suas experiências nesses eventos, e isso é algo positivo da pandemia e que deve ser mantido após a estabilização do quadro.

A pandemia não vai acabar em um dia e a situação voltar ao normal no outro. No “novo normal”, essa integração dos componentes remotos no currículo médico será algo bastante comum. Teremos um sistema misto, com atividades teóricas ainda em formato remoto e práticas presenciais, quando for possível, para fazer a integração e permitir a melhor educação médica. Porém, quando for possível o retorno presencial, temos de evitar esse acúmulo de atividades. Afinal, aquilo que terá de ser repostado precisará de um novo calendário. Temos de tomar cuidado para evitar a diminuição excessiva de tempo vago, como as férias, pois nós sabemos a importância do descanso, de se estar com a família, de haver esse tempo também para preparação para as aulas. Não adianta colocar aula de manhã, de tarde, de noite, de domingo a domingo, que isso não vai oferecer um rendimento tão proveitoso.

Além disso, temos que pensar nas pessoas que foram afetadas pela pandemia. Teremos pessoas que perderam entes próximos, sejam alunos, sejam professores, sejam funcionários. Temos de saber fazer esse acolhimento, transformar a escola médica em um lugar melhor para todos. Temos de pensar nas possíveis dificuldades econômicas dessas famílias que perderam parte de suas fontes de renda, afinal sabemos que a COVID-19 está provocando não só uma crise na saúde, como também uma crise econômica e social. Então temos de pensar não só no caso das instituições privadas, com as mensalidades, mas também nos gastos para um estudante se manter em um curso de medicina em uma nova cidade, por exemplo.

Quanto ao internato, é importante lembrar que muitos pacientes com doenças crônicas não estão recebendo o tratamento neste período, seja pelo medo de ir ao hospital e se contaminar pela COVID, seja porque o atendimento foi suspenso em alguns lugares. Temos de considerar a importância dos estudantes nessa rede de atendimento,

pois eles não podem ficar tanto tempo longe dessa rede. É claro que com a devida segurança, com os devidos equipamentos de segurança individual, para que esse problema não se torne algo maior.

Por fim, devemos considerar a necessidade de continuar debatendo os impactos e consequências da pandemia, pois é algo que está tendo um forte efeito agora e com certeza vai continuar nos afetando no futuro. Temos de continuar pensando isso, tanto nos efeitos imediatos e nos efeitos tardios dessa pandemia, para que juntos – trocando experiências, escutando e sabendo ouvir, considerando a diversidade de cada lugar – consigamos fazer uma educação médica cada vez melhor.

Cuidado integral na comunidade acadêmica

Luiza Ribeiro

*Coordenadora de Desenvolvimento de Pessoas da
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública*

A pandemia chegou para nós, na Escola Bahiana de Medicina, com o nome de Jacqueline Góes de Jesus, ex-aluna nossa, biomédica, que junto com Ester Sabino conduziu a equipe que detectou o genoma da COVID-19 no Brasil em 48 horas. Por que isso é importante? Porque todas as instituições têm valores, e estes valores estão todos sendo postos à prova agora. Todo o projeto político pedagógico das escolas de saúde, das escolas médicas, está sendo colocado à prova. Precisamos transpor do papel, transformar o que está ali escrito, as belas palavras, as belas ideias, em atos. Ao termos uma ex-aluna que, com uma equipe, lidera uma pesquisa como essa, isso envolve toda a instituição no tema.

O contexto da pandemia precisa ser analisado como a gestão de uma crise. Para fazer a gestão de uma crise, qualquer que seja ela, ainda mais se tem dimensão mundial, nós temos de ter uma liderança forte e, sobretudo, alinhada aos valores da instituição, com a missão da instituição. Essa liderança precisa também conversar com seus pares, com suas equipes, escutar a comunidade acadêmica como um todo. Assim, quero fazer algumas reflexões sobre o que a pandemia revelou das necessidades de cuidado integral – importante essa palavra – da comunidade acadêmica.

Primeiro, precisamos olhar essa situação sob a ótica da gestão de crise, e essa gestão precisa ser liderada por pessoas que conheçam os processos institucionais. Na Bahiana, a primeira coisa que determinamos, com orientação da nossa reitora, professora Maria Luisa Soliani, foi a instalação do Comitê de Crise COVID-19, liderado pelo professor Humberto de Castro Lima, diretor médico do ambulatório assistencial da Bahiana, onde a prática dos nossos estudantes acontece. Esse comitê foi composto pelos coordenadores de cursos e por pessoas de todas as áreas. Os integrantes desse grupo constituem as figuras principais na articulação com as equipes da linha de frente, ou seja, professores, alunos e técnicos.

Nós suspendemos as aulas antes do dia 16 – antecipamos a “semana do saco cheio”, um tempo que nós aprendemos ser importante para os estudos em saúde –, para que pudéssemos nos organizar, e também antecipamos as férias. Qual foi o nosso ganho com isso? Nós tivemos tempo para pensar, e isso é um cuidado. Eu diria que foi a primeira grande atitude de cuidado. A primeira atitude foi “vamos parar, pensar, olhar para a questão e pensar com calma”. E pensar com calma é planejar e nós sabemos a importância de um bom planejamento. Ao suspender as aulas, demos um tempo para nós, gestores, para os professores e para os alunos. Vamos lembrar que em março a

situação foi de susto, estávamos todos muito confusos, havia muito medo. Paramos tudo para que pudéssemos nos reorganizar.

Três frentes caminharam juntas: o cuidado institucional, o cuidado acadêmico-pedagógico e psicopedagógico e o cuidado com os colaboradores. O cuidado institucional veio justamente com essa liderança, com esse pensamento, com o objetivo de dar suporte pedagógico e técnico para que a educação digital fosse instalada na Bahiana, o que estamos fazendo com algum sucesso. Suporte técnico, treinamento dos professores. Em um mês os professores aprenderam, certamente, o que aprenderiam em cinco anos. Isso já estava previsto em nosso planejamento estratégico e nós estávamos iniciando esse treinamento de forma sistemática. Nós treinamos os professores com o Centro de Desenvolvimento em Tecnologias Educacionais, o Núcleo de Tecnologia da Informação e também o Programa Institucional de Desenvolvimento Docente. Demos, assim, aos professores, a condição para que pudessem pensar o planejamento do seu componente curricular junto com NDE e suas equipes.

Para os alunos, a parte financeira foi um problema apontado, com questões relativas a pagamento e descontos nas mensalidades. Escutamos os alunos com as equipes administrativa e financeira, cuidando, caso a caso, de cada aluno, de todos os sete cursos que temos na área de saúde, entendendo suas dificuldades e fazendo as negociações individualizadas. Essa é outra forma de cuidado. Tivemos uma ajuda incrível dos diretórios acadêmicos, sobretudo na medicina. Eles pesquisaram, entraram em contato com os alunos, nos enviaram as pesquisas e demandas, apontando o que as pessoas precisavam. Isso nos ajudou imensamente a estruturar todas as ações. Esse cuidado, a escuta, esse acolhimento proporcionou ao aluno uma certa calma diante dessa situação muito nova, muito complicada para as famílias e para o país.

Garantimos os postos de trabalho para todos os nossos colaboradores. A gestão financeira é muito importante para nós, pois somos uma instituição sem fins econômicos. A Escola Bahiana de Medicina, de cunho particular, é gerida pela Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências e toda sua receita é direcionada para melhorias da própria instituição. Investimos muito na área tecnológica, compramos espaços dentro da internet e adquirimos novas ferramentas para a educação digital. Em vez de demitir, contratamos consultores para auxiliar os professores das 7h às 24h. A Bahiana entende que professores e colaboradores da área técnica em geral devem ser mantidos, porque não somos uma indústria, somos uma instituição de ensino. Isso é parte do nosso compromisso com a responsabilidade social e o desenvolvimento regional.

No segundo aspecto, que denominei de cuidado acadêmico-pedagógico e psicopedagógico, chamo atenção para o aspecto psicopedagógico. Por quê? Porque com a educação digital, com as aulas telepresenciais, estamos vivendo com um novo modo de aprender. Também organizamos o processo acadêmico com a secretaria e mantivemos – isso é muito importante – a rotina das aulas dos alunos. Esse foi um outro cuidado: quando retornamos, em abril, eles se mantiveram dentro de suas próprias aulas, dos seus horários.

No cuidado com os professores, fizemos oficinas de desenho, de meditação, de corpo, literatura, música. No final do dia, se o professor quisesse relaxar, ele poderia estar com outros professores, que doaram seus saberes para essas oficinas. Aprendizagem entre pares. Chamamos essa ação “cuidado com quem cuida”. O professor é uma figura importantíssima neste momento, porque é ele que está frente a frente com o aluno. O cuidado principal tem de ser para ele, porque ele faz a sustentação desse diálogo.

Por fim, montamos com os colaboradores uma ação que chamamos “Momento Bahiana”. Como fica a saúde mental daqueles que fazem a higienização, que cuidam dos jardins, que têm atividades mais operacionais? Eles estavam preocupados se iriam manter seus trabalhos, se tinham importância para a instituição. Por meio desse programa, nossa reitora enviou para eles mensagem de voz, via WhatsApp, para que se sentissem mais tranquilos. Surtiu um ótimo efeito. Nós temos também um calendário de treinamento por meio do qual, em vez de treinamento técnico, demos orientações de *lives* de música, palestras, site com assuntos variados, para entretê-los, dirimindo a ansiedade. Utilizamos também intranet como forma de contato e cuidado com eles. Com este programa, fechamos os três pilares que escolhemos para cuidar das nossas pessoas na Escola Bahiana de Medicina.

Ora (dizeis) ouvir histórias! – a conversa como holding nos momentos de incerteza

Patrícia Lacerda Bellodi

Coordenadora do Programa de Mentoria da Faculdade de Medicina da USP

Acho que o grande instrumento, o recurso mais potente, a partir do qual nascem todos os outros possíveis, é o recurso da conversa. A conversa é algo muito antigo, um clássico como forma de cuidado. Ao mesmo tempo, costumamos deixá-la em um lugar desimportante. Pensando nas conversas, lembrei de um poema do Bilac que diz “ora (dizeis) ouvir estrelas!”. Então eu trago aqui o “ora (dizeis) ouvir histórias!”.

Estamos vivendo uma história incrível. Lembro quando assisti à queda do muro de Berlim, estava no colegial, e senti pela primeira vez que eu estava realmente vivendo a história – não estava só consultando um verbete na enciclopédia. E toda história, assim como essa da pandemia, ela começa exatamente assim: era uma vez, em um lugar muito, muito distante, um vírus, um novo vírus, que trouxe com ele uma grande bagunça, um vírus que tirou tudo do lugar e que, ao se espalhar, transformou uma epidemia em uma pandemia. Essa pandemia, por nos tirar do lugar, provocou um verdadeira pandemônio.

Além da pandemia, temos ainda uma infodemia. Estamos conversando muito, estamos pesquisando, estamos ouvindo e falando: tudo isso tem um caráter comum, que é o caráter de excesso. Do ponto de vista da formação médica, dos professores e dos alunos, mudamos de lugar, para um lugar de restrição, de isolamento, com o “avental pendurado”; ou, ao contrário, para um lugar de superexposição, na linha de frente com o perigo e com as ameaças. Quando vi no diagnóstico da ABEM as preocupações dos estudantes, observei quantas e quão variadas elas eram – de novo a ideia de excesso. Muita coisa saiu do lugar, muita coisa precisa voltar para o lugar. Como lidar com isso?

Considerando essa inundação de informações, de demandas, de preocupações, não há dúvida de que vivemos tempos traumáticos. Gosto muito da psicanálise, acredito em algo chamado inconsciente. A noção de situação traumática que Freud trouxe há mais de 100 anos nos ajuda a entender que tipo de cuidado pode ser potente nesse momento. Freud diz que uma situação traumática é aquela que, seja pela sua natureza, pela intensidade ou pelo efeito surpresa, provoca uma angústia tão intensa que tem um efeito devastador no processo de simbolização. Ou seja, é tanta coisa que chega, que nosso aparelho mental não dá conta de pensar essa angústia.

Como podemos considerar, do ponto de vista do processamento psíquico, o que acontece em uma situação traumática como essa pandemia?

Em primeiro lugar, temos uma inundação de energia sem uma representação, uma energia desligada do pensamento. Ela é tão excessiva que promove o mesmo que um trauma físico, uma ruptura do nosso tecido – no caso, do nosso tecido psíquico. O que acontece quando esse aparelho transborda? Temos a presença de sintomatologia, de fragmentação do próprio Eu em vários níveis. Temos também momentos de atuação, em que nos damos conta de que estamos correndo, agitados, sem um propósito claro – ou seja, é uma energia que apenas transborda.

Para pensar no cuidado, é preciso pensar no que costumamos fazer nas situações-limite.

Seja nessa pandemia, seja quando as torres do 11 de setembro foram atingidas pelos aviões, seja na tragédia de Brumadinho, tem algo que todos nós fazemos nas situações-limite: buscamos alguém para falar sobre, pelo telefone, pelo WhatsApp, indo ao encontro de alguém, precisamos falar. Esse é o primeiro ponto para ancorar qual o recurso, na minha opinião, é o mais incrivelmente potente para momentos de crise. Precisamos encontrar alguém para falar sobre isso que estamos passando.

Na pandemia, infelizmente, as pessoas passaram a conviver muito de perto com perdas e com luto. Não só pelas atividades perdidas do dia a dia, mas pelas pessoas que amamos.

Em uma carta de 1918, um pai conta para um amigo que “nesta tarde, recebemos a notícia que nossa doce Sophie em Hamburgo havia sido arrancada do nosso convívio por grave pneumonia, arrancada em meio a uma saúde brilhante, de uma vida plena e ativa como mãe competente e esposa amorosa, tudo em quatro ou cinco dias, como se ela nunca tivesse existido. A descarada brutalidade dos tempos nos aperta”. Essa carta foi escrita pelo próprio Freud, que perdeu Sophie, a sua filha querida, e buscou alguém para falar sobre isso. Freud foi uma pessoa que sempre escreveu muito e sua correspondência mostra que nunca conseguiu superar totalmente a perda da filha. Em outra carta, no final de 1920, 100 anos atrás, ele disse: “eu não sei se a alegria vai tornar a nos visitar”.

Então, como podemos superar situações traumáticas e de crise? Isso pode acontecer por meio daquilo que chamamos de processos de restauração. Processos que só ocorrem para nós, pessoas, através de um outro, seja compartilhando imagens sobre esse acontecido, palavras e especialmente narrativas. Por isso a conversa é tão importante.

O primeiro modelo que temos de uma situação traumática passível de ser superada é o modelo da relação mãe-bebê. É nesse modelo que nos apoiamos para dizer como superamos todos os outros traumas da nossa vida. Há uma palavra que é um conceito-chave, que tem muita relação com o cuidado necessário neste momento, que é o conceito de *holding*. É a situação da mãe que pega o bebê no colo e não só acolhe fisicamente, como também vai nomeando o que o bebê está experimentando. Se ele resmungar, chora ou se agita, a mãe diz “acho que você está com fome”, ou “acho que

agora é hora de tomar banho”. Essa capacidade de interpretar e de acalmar a angústia de um outro vulnerável, de ajudar a entender, faz muito sentido em tempos de incerteza.

Para nós, adultos, é maravilhoso receber e dar esse apoio. Creio que ele pode acontecer em dois níveis: além do *holding* interpessoal, entre as pessoas e grupos, cada vez mais acredito que para que esse *holding* interpessoal acontecer é preciso ter um *holding* institucional. Nessa perspectiva, a liderança organizacional acolhe e sustenta a angústia das pessoas e permite que elas possam se apoiar entre si.

Falar da mentoria é falar de um espaço que promove conversa. Conversa entre pessoas em vários estágios da trajetória acadêmica, conversa entre alunos e professores e também conversa entre professores entre si, nos momentos em que os mentores se encontram. Nossa mentoria na FMUSP, até o começo do ano, como tudo no mundo, acontecia presencialmente e precisamos nos adaptar para realizar esse encontro, essa conversa em outro espaço. Na verdade, o espaço da conversa nunca se modificou, apenas tivemos uma passagem, uma transposição para a tela. A conversa, onde de fato acontecem as trocas, continuou acontecendo.

Em uma reunião de um grupo de mentoria, um mentor enviou uma imagem da reunião dele com os calouros trazendo um trecho de uma narrativa compartilhada em sua reunião e que ele achou que servia a todos nós nesse momento. É esse trecho literário, compartilhado com os alunos, que serviu como *holding* para esse momento de tanta incerteza, de tanta angústia. Gosto de dizer que, assim como a criança encontra nos contos de fadas uma pele para os seus medos, um invólucro, nós, adultos, encontramos esse invólucro na literatura, na poesia, na arte, na música.

O trecho que ele compartilhou é do livro *Kafka à beira-mar*, de Haruki Murakami: “E, quando a tempestade passar, na certa lhe será difícil entender como conseguiu atravessá-la e ainda sobreviver. Aliás, nem saberá com certeza se ela realmente passou. Uma coisa porém é certa: ao emergir do outro lado da tempestade, você já não será o mesmo de quando nela entrou. Exatamente, esse é o sentido da tempestade de areia”.

Esse trecho compartilhado pode funcionar como “um colo” para as nossas angústias. E não é necessário ser um trecho literário, basta ser a nossa presença, com atenção verdadeira, empatia e solidariedade, contando a nossa experiência, conversando com a experiência do outro, que permite a criação de um laço e do *holding*.

Nos momentos de crise, precisamos nos mover com propósito para seguir em frente, precisamos orientações que nos ajudem a seguir em frente, a nos mover com propósito, mas antes disso, precisamos de conversas que acolham nosso sofrimento e dificuldades. Outro dia li que, em um prédio pegando fogo, não precisamos de uma liderança que nos diga imediatamente o que fazer, e sim que, em primeiro lugar, nos acalme para depois seguirmos em frente.

Como uma defesa da conversa, e da conversa de verdade, encerro com mais um trecho do poema do Olavo Bilac.

Nada mais simbólico para sair deste momento de crise do que abrir as janelas, as janelas que foram palco de tantas coisas nesta pandemia, que precisam ser abertas também para as conversas: “‘Ora (dizeis) ouvir estrelas! Certo / Perdeste o senso!’ E eu vos direi, no entanto, / Que, para ouvi-las, muita vez desperto / E abro as janelas, pálido de espanto... / E conversamos toda a noite, enquanto / A via láctea, como um pálio aberto, / Cintila”.

A educação médica precisa integrar razão e emoção

Luiz Fernando Chazan

Presidente da Associação Brasileira de Balint

Nós, seres humanos, somos seres histórico e contexto-dependentes. No país não é diferente, o que temos de novo, mesmo, é o contexto que estamos vivendo. A nossa história vem de muito longe e pode trazer muitas questões, muitos problemas. Não podemos deixar a história de lado. A pandemia está trazendo, entre outras coisas, uma enorme lente de aumento para problemas e soluções. Problemas que já eram anteriores, que agora são agravados pelas condições que estamos vivendo, e que vão continuar presentes. Temos de pensar nesse processo, ao longo da história, desse momento e depois, que podemos chamar de pós-pandemia. Este momento será história, será parte da nossa identidade e da nossa realidade.

No tocante ao ensino, parto da premissa de que a escola médica é alienante, porque predominantemente dissocia o ser humano – no caso, o aluno e depois médico – de si próprio. Estimulamos a cognição, uma forma de pensar cognitiva, e tentamos rejeitar as questões emocionais inconscientes e conscientes que fazem parte da existência do homem e que, na sua integralidade, fazem que sejamos o que somos. A escola médica dissocia essas duas coisas. As emoções e os sentimentos são alijados e hipertrofiamos um valor cognitivo. Isso produz uma alienação de si próprio, algo que é, a meu ver, gravíssimo. Acho que não estou sozinho nessa ideia, esse não é um tema novo, a pandemia apenas está trazendo questões que ajudam a pensar nisso.

Existem alunos que já chegam à universidade com algum grau desse tipo de dissociação e se sentem relativamente “em casa” no curso médico – estes vão agravar, acentuar essa dicotomia. Mas aqueles alunos que não chegam dessa forma e que vão se deparar com essa dissociação imposta, vão viver uma experiência traumática. Isso é agravado pela pandemia, pois há muita incerteza de como será o futuro. Mas isso também já existia: nós nunca soubemos como será o amanhã. Acreditamos, desejamos, mas não sabemos. A incerteza é algo absolutamente inevitável, é a realidade que agora está sendo percebida, e que temos que aprender a lidar também no curso médico. Essa busca pela certeza não é algo que coincide com a concepção da ciência, do aprendizado e das relações humanas. A ciência é filha da dúvida.

“Estou só.

Do meu lado a cama vazia.

Branca, dura, alta.

Na parede um crucifixo, com um Cristo triste,
segurando com a cabeça o peso do mundo.

Um criado mudo,

*um pote de água, um copo
e dentro, talvez, o urinol.
Não sei, não usei.
O silêncio é tétrico.
Sinto as batidas de meu coração,
aflito, angustiado.
Estou entubado,
não posso falar nem me mexer.
Porém tudo sinto e escuto.
Há pouco o médico passou,
olhou meus olhos e não me viu,
auscultou meu coração e não me ouviu.
Com a sua indiferença, não notou
o esforço que fiz para falar, mas não consegui me comunicar.
Sinto um torpor,
não parece que a mim meu corpo pertence,
meus movimentos não mais existem,
não mais os controlo.
Estou só.
Definitivamente só.
Pacientemente só.”*

Essa poesia se chama *Enfermo*, de Aída Lúcia Begliomini, publicada na tese de Rita Branco.

Esse não é o médico que gostaríamos de formar. Queríamos um médico que ouvisse, que percebesse, que sentisse. E para isso precisamos abrir questões e formas de trabalhar esse tema. Existem cursos de psicologia médica, existe a formação na medicina de família, que tenta conciliar esses aspectos emocionais, mas na minha percepção essas atividades não são suficientes, principalmente se pensarmos nos cursos médicos. Qualquer médico deveria ser capaz de integrar razão e emoção, que é aquilo que permite que nós sejamos o mais humanos que podemos ser.

A dúvida e a incerteza sempre existiram. Habermas dizia que não existe verdade no singular. Roberto Lent publicou um artigo no Globo que ele termina assim: “Reconheço a humanidade da Ciência com franqueza: mas acima de tudo seu grande e inexcusável mérito de duvidar, criticar, analisar, verificar, corrigir e chegar mais perto daquele infinito inalcançável: a verdade”. Temos de conviver com a dúvida, com a incerteza, temos de buscar maneiras de lidar com coisas que geram, inevitavelmente, a angústia. Goethe dizia que só era possível ensinar uma criança a amar amando-a. Então, só é possível ensinar alguém a cuidar cuidando. Isso implica uma questão fundamental que se chama “diálogo”. É muito comum que se confunda diálogo com uma conversa a dois. Na verdade, esse “dia” não é de dois, é de “através”. O diálogo se dá através da palavra, do pensamento, o diálogo acontece através da razão pela qual a gente consegue conexão e através das nossas questões emocionais também.

Em *Rei Lear*, um personagem de Shakespeare diz que “quem sofre sozinho, sofre muito mais em sua mente. / Deixa para trás a liberdade e a alegria. / Mas a mente com muito sofrimento pode superar-se. / Quando a dor tem amigos e suportam a sua companhia, / Quão leve e suportável, a minha dor parece agora”. Ou seja, é importante o diálogo, e é fundamental que a tenhamos um trabalho grupal, de forma sistemática, em especial no ensino médico, para a atualidade e para depois. Duas práticas grupais são fundamentais: o grupo de suporte e reflexão e o grupo Balint, que é uma possibilidade de fazer essa integração, independentemente da área, da especialidade.

Atualmente estamos fazendo, na Associação Brasileira de Balint, grupos de reflexão e suporte para profissionais de saúde e grupos Balint, por meio virtual que chamamos de “Web Balint”. Os grupos de suporte e Balint deveriam ser feitos de uma forma absolutamente regular. Alguns países, como a Suíça, a Bélgica, a Holanda, têm grupos Balint regularmente em cursos médicos. No Brasil, uma grande experiência sobre isso foi da Rita Branco, que fez um trabalho com grupos Balint por mais de 15 anos na Universidade Federal de Goiás. O que proponho e defendo é que isso não deve ser feito só com os alunos, tem de incluir os professores, porque o modelo que o professor oferece na prática, na ação, é importantíssimo. Não adianta falar-se uma coisa e o professor mostrar outra, que é o que acontece com muita frequência. Os cursos de psicologia médica e o enfoque dado pela Medicina de Família e Comunidade da UERJ, por exemplo, são iniciativas importantíssimas, mas precisamos ir além, oferecer cuidado efetivo de uma forma mais ampla, integrada.

Esse tipo de trabalho tem de ser política de Estado, e não política de governo, como vemos em algumas universidades, sem demérito nenhum. Tem de efetivamente ganhar um espaço importante, garantido, em que as pessoas que estão fazendo e oferecendo a formação médica, tanto internos, residentes quanto professores, tenham momentos de exercício da conexão entre razão e a emoção, para que haja uma redução dessa alienação pessoal, que inevitavelmente traz outras alienações.

Não é à toa, e vocês sabem, que o médico não é, pessoalmente, um exemplo de saúde. O médico pode dizer o que fazer, mas ele mesmo não costuma cuidar de si. Isso mostra que o conhecimento cognitivo não é suficiente para que esse conhecimento seja usado de forma efetiva. Precisa pensar em como incrementar a possibilidade desses encontros coletivos, porque o grupo permite que se crie um espaço de “ego grupal” no qual emergem aspectos que não podemos pensar e vivenciar sozinhos ou com apenas um parceiro. Os grupos têm uma riqueza imensa, e precisamos aproveitá-la melhor.



ISBN: 978-65-86406-01-6

CAD



9 786586 406016