FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

MUDANÇAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA E RESIDÊNCIA
MÉDICA NO BRASIL

LAURA CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Departamento de Prática de Saúde Pública,
Faculdade de Saúde Pública da USP.

ORIENTADORA: PROFA.DRA. ANA MARIA MALIK

Junho de 1997.

Para Alon e Guilherme.

E para Tuta, Raquel, Julia,

Gabriel e Marcelo também.

Uma palavra

Palavra prima

Uma palavra só, a crua palavra

Que quer dizer

Tudo

Anterior ao entendimento, palavra

(...)

Palavra boa

Não de fazer literatura, palavra

Mas de habitar

Fundo

O coração do pensamento, palavra

Chico Buarque

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas com quem compartilhei momentos de reflexão sobre este trabalho e que me ajudaram a enfrentar esses longos (e um pouco difíceis) meses de trabalho.

INDICE

1. INTRODUÇÃO	7
2. METODOLOGIA	12
3. A CRISE DA SAÚDE	18
3.1. CONTEXTO DE CRISE	18
3.2. A PROFISSÃO MÉDICA E A CRISE DA SAÚDE	22
4. EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA	33
4.1. ESTUDOS PIONEIROS SOBRE A EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA - SUBSÍDIOS PARA SITUAR O PROBLEMA	33
4.2. A EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL	48
4.3 O MOVIMENTO MUNDIAL DE EDUCAÇÃO MÉDICA	62
4.4. AS PROPOSTAS MAIS RECENTES DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL	86
5. RESIDÊNCIA MÉDICA	96
5.1. UM POUCO DA HISTÓRIA DA RESIDÊNCIA NO BRASIL	96
5.2. SITUAÇÃO ATUAL DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL	110
5.3 UMA POSSIBILIDADE DE EXAMINAR O PROBLEMA MAIS DE PERTO: A RESIDÊNCIA MÉDICA NO ESTADO DE SÃO PAULO	114
5.3.1 AS INSTÂNCIAS DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM SÃO PAULO	115
A FUNDAP E A COMISSÃO ESPECIAL	115
O GRUPO DE ACOMPANHAMENTO	117
A COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA	118
A SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE	120
AS RELAÇÕES ENTRE FUNDAP, COMISSÃO ESTADUAL, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE E CNRM	126
5.3.2 . AS CONDIÇÕES CONCRETAS DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM SÃO PAULO	127
5.4.OS MÉDICOS-RESIDENTES	130

6. EDUCAÇÃO MÉDICA E RESIDÊNCIA MÉDICA: OS SUJEITOS E SEUS CAMINHOS	136
6.1. A EDUCAÇÃO MÉDICA	136
6.1.1 OS SUJEITOS E SEUS PROJETOS	139
6.1.2. COMENTÁRIOS SOBRE OS PROJETOS DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO MÉDICA	145
6.1.2.1. ALGUNS PROBLEMAS CONCEITUAIS DAS PROPOSTAS DE MUDANÇA DA EDUCAÇÃO MÉDICA ATÉ O FINAL DA DÉCADA DE 80	146
6.1.2.2. A POTENCIALIDADE DOS PROJETOS ATUAIS DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO MÉDICA	168
6.2. A RESIDÊNCIA MÉDICA	174
6.2.1. O PAPEL DA RESIDÊNCIA MÉDICA NA FORMAÇÃO MÉDICA	175
6.2.2 AS RELAÇÕES ENTRE OS SUJEITOS	185
6.2.3 A NATUREZA DA RESIDÊNCIA MÉDICA	190
6.3. A RESIDÊNCIA MÉDICA E AS PROPOSTAS DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO MÉDICA E NA SAÚDE	192
6.3.1 O DESAFIO ATUAL	197
7. RESUMO	204
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	220

1. INTRODUÇÃO

Definir o tema para a dissertação foi um processo árduo: meus interesses na saúde pública são amplos e situados na interface de várias disciplinas. Muitas questões instigantes estão colocadas neste momento de crise e de desafios na construção do SUS.

Minha trajetória política e profissional contribuía naquele momento para dificultar a definição. Militante do movimento estudantil no período de redemocratização do país, a educação médica, entre outras questões, sempre esteve presente em meu universo de preocupações “sanitárias”; além disso, minha primeira atividade profissional ocorreu em um hospital-escola de São Paulo. Em seguida fui, durante cinco anos, diretora de uma unidade básica de saúde em um momento de implantação do distrito sanitário na área, processo de que participei ativamente. Durante algum tempo combinei as atividades de direção da unidade com a prática clínica, pública e privada.

Retornei à universidade inicialmente com a intenção de ampliar minha formação na área de saúde pública, considerando minhas atividades gerenciais na unidade básica e no distrito de saúde. As múltiplas inquietações que a participação em todos esses processos havia trazido não foram satisfeitas com o curso de especialização e embarquei na pós.

Durante o ano de 93 participei como consultora de um projeto de avaliação dos programas de Residência Médica no estado de São Paulo realizado pela Fundação para o Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP). Foram exatamente as visitas realizadas aos hospitais que avivaram meu interesse pelo tema: as difíceis condições de trabalho, a falta de controle sobre o processo de formação dos residentes, a ausência de relação entre as instituições

que formam os residentes e a rede de serviços e, sobretudo, a falta de definição acerca dos objetivos desse processo de especialização pareceram ser problemas relevantes.

Numa primeira abordagem da literatura, foi marcante o contraste entre a abundância da produção teórica sobre educação médica e a reforma sanitária e a indigência da produção sobre Residência Médica. Também chamavam a atenção a incapacidade dos movimentos de educação médica em produzir mudanças e o fato de que a Residência Médica praticamente não tinha sido objeto de reflexão e de propostas mais consistentes de mudança. De quem seria a responsabilidade de pensar a Residência? Da Universidade? Dos dirigentes da saúde pública?

O objetivo inicial deste trabalho era identificar o processo de construção social da Residência, entender seu papel na conformação da mão-de-obra médica e suas relações com o aparelho formador e o mercado de trabalho público e privado. A educação médica era o pano de fundo dessa tentativa de entender melhor o que se passava com a Residência Médica.

No entanto, ao longo da pesquisa, as questões relativas à educação médica, às propostas de mudança na área, as dificuldades para efetivá-las, suas relações com os projetos de transformação dos serviços de saúde, que já estavam presentes no projeto apresentado para a qualificação, foram ganhando destaque. Não era possível entender o papel que a Residência havia adquirido no processo de formação dos médicos sem compreender os problemas enfrentados na graduação.

A Residência Médica foi surgindo como interface possível entre os terrenos da educação médica e dos serviços de saúde e foi abordada sob o ponto de vista dos processos de mudança nessas duas áreas, mas especialmente sob o

ponto de vista da educação médica.

Ao longo destes dois anos, a dissertação não foi minha única atividade na área. Participei de diversos trabalhos de pesquisa sobre Residência Médica patrocinados pela FUNDAP, escrevi artigos sobre o assunto e estou trabalhando como assessora da Coordenação do Programa UNI, promovido pela Fundação Kellogg. Atualmente a formação dos profissionais de saúde e a educação médica em particular são meu objeto de estudo e de trabalho.

Muitas reflexões apresentadas nesta dissertação, como não poderia deixar de ocorrer, são influenciadas por todas essas experiências profissionais e pela militância na área da saúde (ao nível da educação médica e da reforma sanitária).

Este estudo procurou identificar os principais movimentos e tendências da educação médica e da Residência Médica nos últimos trinta anos, período em que se verificou a mais importante expansão na área.

O trabalho inicia-se com uma caracterização do contexto atual de crise da saúde, partindo da avaliação do cenário como favorável para a intervenção de forças interessadas em provocar transformações na maneira como se entende e opera socialmente a saúde. O trabalho é um convite à reflexão e também à ação.

Segue-se uma reconstituição dos caminhos da educação médica na América Latina desde o final da década de 60. O objetivo foi identificar os principais estudos, os principais problemas apontados, os principais sujeitos envolvidos e suas propostas de mudança. O trabalho foi feito a partir dos artigos publicados na revista “Educación Médica y Salud” editada pela Organização Panamericana da Saúde (OPS), na “Revista de Educação Médica” editada pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), nos anais dos

Congressos da ABEM, nos documentos produzidos pela Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e em outras publicações específicas. A produção sobre educação médica no período é farta; já existem inclusive alguns trabalhos de avaliação de algumas das propostas de mudança implementadas (como a reflexão que acompanhou o processo de lançamento do programa UNI), que também foram utilizadas nesse processo de reconstrução.

A seguir, busquei reconstituir a trajetória da Residência Médica no Brasil e no estado de São Paulo. A documentação disponível era bem mais restrita. Poucos foram os artigos publicados sobre o assunto nesse período, raros os trabalhos analíticos e mais limitadas ainda as propostas de mudança. Boa parte dos trabalhos mais recentes sobre Residência Médica foram feitos através da FUNDAP e contaram diretamente com a minha participação. O objetivo deste capítulo foi identificar sujeitos, processos e propostas relevantes em relação à Residência Médica.

Em seguida, procurei identificar e examinar alguns dos elementos chave das principais propostas de mudança da educação médica, propor algumas explicações para as dificuldades de sucesso observadas em sua concretização e traçar um panorama para o seu desenvolvimento futuro. Para fazer o mesmo tipo de raciocínio em relação à Residência Médica, em função da escassa produção conceitual a respeito, foi necessário um exercício de reflexão sobre um material muito mais descritivo e, a partir dele, procurar desvendar a racionalidade da Residência Médica, identificar seu papel na formação dos médicos hoje e alguns dos interesses envolvidos nas definições a seu respeito.

Muito embora o processo de relações de determinação entre prática e educação médica defina um quadro em que há maior influência da primeira sobre a segunda, concordo com os que reconhecem um certo grau de autonomia

no terreno da educação médica (NUNES, 1989), (SCHRAIBER, 1989). Admito, por isso, que as propostas de mudanças na educação médica e dos profissionais de saúde são parte integrante do movimento transformador em relação à saúde.

Considerando a importância do surgimento de novas práticas, das interações entre serviço e universidade na construção dessas alternativas, procurei fundamentar a idéia de ser necessário que as propostas de mudança na educação médica passem a abranger também a Residência Médica. Por sua natureza complexa e por sua abrangência, esta teria se configurado como momento privilegiado de conformação do perfil profissional do médico e da interface entre serviços de saúde e as instituições formadoras em nosso país.

2. METODOLOGIA

O objetivo deste trabalho foi identificar os principais movimentos e tendências da educação médica no Brasil nos últimos trinta anos e entender o processo de construção social da Residência Médica, suas relações com a educação médica e seu potencial de articulação com as propostas de mudança nessa área.

Os modelos sanitários e, em particular a prática médica em vigor numa determinada sociedade num dado momento, estão baseados na concepção predominante do que seja o processo saúde-doença. Sua especificidade é definida pelas injunções sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas com o saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a organização, a administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde. É socialmente, através do confronto de interesses de diversas naturezas e de diferentes segmentos sociais, que se determina o modo como se estrutura a atenção à saúde e a formação dos recursos humanos necessários para prestar esse tipo de serviço (MINAYO, 1992).

Neste trabalho, os médicos são situados como parte dos recursos humanos da saúde, definidos como um conjunto de agentes capazes de desenvolver ações de saúde, de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação. Importa entender o papel dos médicos nesse contexto, pois assim é possível procurar recuperar a dimensão de seu trabalho dentro de um conceito mais amplo de saúde, envolvendo relações não somente com as outras categorias profissionais específicas da área, mas com todos os agentes que, mesmo não cuidando diretamente da saúde, produzem as condições necessárias para a preservação da saúde da coletividade (PAIM, 1994).

A metodologia proposta para realizar este estudo foi a pesquisa histórica, orientada segundo a concepção que vê a história como um campo de possibilidades em que os sujeitos são atuantes e portadores de projetos diferenciados. Assim, a cada momento é possível visualizar as diferentes propostas em jogo e procurar desvendar as injunções envolvidas na vitória de algumas delas.

O método adotado foi o diálogo entre teoria e evidências, entre o pesquisador (a partir de suas preocupações e de sua postura) e os agentes sociais; os procedimentos adotados são definidos no decorrer da pesquisa, fruto do próprio diálogo. A partir da problematização, o pesquisador formula ou reformula seus próprios conceitos, verifica que outros agentes deve abordar e, conseqüentemente, define que registros buscar.

Todo esse modo de pensar o conhecimento histórico recusa a noção de objetividade universal. A objetividade está em recuperar o movimento, a contradição do acontecer histórico. Por isso, é de fundamental importância esclarecer os lugares de onde cada um fala, pensando o saber já construído não como o real ou como o retrato fiel do passado, mas como um conhecimento elaborado a partir de pressupostos e interesses, procurando desvendar as razões de ser e aparecer do objeto.

A versão final deste trabalho é uma obra aberta. “Ao apresentar o caminho percorrido, trazendo à luz as evidências, o porquê de sua escolha, como foram tratadas, o pesquisador está trazendo, ao mesmo tempo, o lugar de onde fala e as implicações metodológicas de seus procedimentos. Neste caso, o produto final da pesquisa apresentará **um** conhecimento sobre o objeto e não o conhecimento” (VIEIRA, 1991).

Um conhecimento não porque este trabalho seja o resultado arbitrário de

um posicionamento pessoal sem bases científicas; diz-se **um** conhecimento, sim, porque se reconhece que outro pesquisador, partindo de outros pressupostos, provavelmente valorizasse e articulasse de maneira diversa as evidências, buscasse outras fontes de explicações para os projetos dos diferentes sujeitos.

“Uma investigação social não é uma sucessão de métodos e técnicas estereotipadas que bastaria aplicar tal e qual se apresentam, numa ordem imutável. A escolha, a elaboração e a organização dos processos de trabalho variam com cada investigação específica” (QUIVY, 1992).

Ao final de uma investigação social, “aprende-se a compreender melhor os significados de um acontecimento ou de uma conduta, a captar com maior perspicácia as lógicas de funcionamento de uma organização, a refletir acertadamente sobre as implicações de uma decisão política, ou ainda a compreender com mais nitidez como determinadas pessoas apreendem um problema e a tornar visíveis alguns dos fundamentos das suas representações (...) Este (tipo de) trabalho pode ser precioso e contribuir muito para a lucidez dos atores sociais acerca das práticas de que são autores, ou sobre os acontecimentos e fenômenos que testemunham, mas não se lhe deve atribuir um estatuto que não lhe é apropriado” (QUIVY, 1992).

Não existe mais lugar para verdades absolutas nem no campo das ciências físicas. Einstein colocou em xeque o tempo e o espaço absolutos de Newton. Heisenberg demonstrou que não é possível observar ou medir um objeto sem interferir nele. Gödel demonstrou que o rigor da matemática, como qualquer outra forma de rigor, baseia-se num critério de seletividade, que não é nem natural, nem óbvio (SANTOS, 1996).

Prigogine através da “teoria das estruturas dissipativas” estabeleceu que

em sistemas abertos, a evolução explica-se por flutuações de energia que, em determinados momentos, nunca totalmente previsíveis, desencadeiam espontaneamente reações que pressionam o sistema para além de um limite máximo de instabilidade e o conduzem a um novo estado macroscópico. “O ponto crítico em que a mínima flutuação de energia pode conduzir a um novo estado depende da interação de processos microscópicos segundo uma lógica de auto-organização numa situação de não equilíbrio”. Portanto, a irreversibilidade nos sistemas abertos significa que eles são produto da sua própria história (SANTOS,1996).

Todas essas teorias fazem parte de um movimento convergente, que atravessa as várias ciências da natureza e até as ciências sociais e tem propiciado uma profunda reflexão epistemológica sobre o conhecimento científico (SANTOS,1996).

A distinção dicotômica entre ciências naturais e sociais deixou de ter sentido e utilidade. As novas teorias introduzem na matéria os conceitos de historicidade e de processo, de liberdade e de auto-determinação. “No paradigma emergente, o conhecimento é total e também local. Constitui-se ao redor de temas que em um dado momento são adotados por grupos sociais concretos como projetos de vida locais (...), sejam eles reconstituir a história de um lugar, erradicar uma doença, diminuir a taxa de mortalidade infantil etc.” (SANTOS,1996).

O conhecimento passa a ser um conhecimento sobre as condições de possibilidade. As condições de possibilidade da ação humana projetada no mundo a partir de um espaço-tempo local. Um conhecimento deste tipo constitui-se a partir de uma pluralidade metodológica. Cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua em que é perguntada.

“Numa fase de revolução científica como a que atravessamos, essa pluralidade de métodos só é possível mediante transgressão metodológica. E essa transgressão repercute-se nos estilos e gêneros literários que presidem a escrita científica. A ciência pós-moderna não segue um estilo unidimensional, facilmente identificável (...); o seu estilo é uma configuração de estilos construída segundo o critério e a imaginação do cientista. A tolerância discursiva é o outro lado da pluralidade metodológica” (SANTOS,1996).

Todo conhecimento científico é auto-conhecimento. A ciência não descobre, cria e “o ato criativo protagonizado por cada cientista e pela comunidade científica em seu conjunto tem de se conhecer intimamente antes que conheça o que com ele se conhece do real. Os pressupostos metafísicos, os sistemas de crenças, os juízos de valor não estão nem antes nem depois da explicação científica da natureza ou da sociedade. São parte integrante dessa mesma explicação. A razão porque privilegiamos hoje uma forma de conhecimento nada tem de científico. É juízo de valor. A explicação científica dos fenômenos é a auto-justificação da ciência enquanto fenômeno central da nossa contemporaneidade” (SANTOS,1996).

“A ciência moderna nos ensina pouco sobre a nossa maneira de estar no mundo e esse pouco, por mais que se amplie, será sempre exíguo.” A ciência moderna produz conhecimentos e desconhecimentos. Faz do cientista um ignorante especializado e do cidadão comum um ignorante generalizado. A ciência pós-moderna, ao contrário, tenta dialogar com todas as formas de conhecimento, deixando-se penetrar por elas, inclusive o senso comum. Deixado a si mesmo o senso comum é conservador e pode legitimar prepotências, mas interpenetrado pelo conhecimento científico pode estar na origem de uma nova racionalidade (SANTOS,1996).

Na ciência moderna a ruptura epistemológica simboliza o salto qualitativo do conhecimento do senso comum para o conhecimento científico; na ciência pós-moderna o salto mais importante é o que é dado do conhecimento científico para o senso comum. Só assim será uma ciência clara, que cumpre a sentença de Wittgenstein, “tudo o que se deixa dizer deixa-se dizer claramente”. Só assim será uma ciência transparente. A ciência pós-moderna não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que assim como o conhecimento deve se traduzir em auto-conhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida (SANTOS,1996).

Nesta fase de transição, de mudança de paradigma e de revolução científica, essa sabedoria é saber assumir e controlar a insegurança. A insegurança resulta do fato de a nossa reflexão epistemológica ser muito mais avançada que a nossa prática científica. Estamos divididos, fragmentados. “Sabemos que estamos a caminho, mas não sabemos exatamente onde estamos na jornada.” (SANTOS,1996).

Esta dissertação, portanto, produz **um** conhecimento. Ela é produto do diálogo específico de alguém inserido na história, que faz opções metodológicas, opções de interlocução e de interpretação da realidade. E esta dissertação pretende contribuir para a construção de um projeto e fala a interlocutores reais. A todos os que não se conformam com o mundo como ele é ou está.

3. A CRISE DA SAÚDE

A Residência Médica e a educação médica não podem ser analisadas em abstrato. É necessário procurar compreendê-las dentro do contexto da saúde, pois a organização dos cuidados à saúde, a prática médica e as características do exercício profissional exercem influência fundamental sobre a educação médica e também sobre as oportunidades ou obstáculos para mudanças nessa área.

O objetivo deste capítulo é caracterizar brevemente o contexto atual da saúde e, com um pouco mais de profundidade, seus reflexos sobre a profissão médica.

3.1. CONTEXTO DE CRISE

Há certo grau de consenso a respeito de existência de uma crise da saúde no mundo ocidental. Crise da saúde, crise da saúde pública, crise do papel da medicina dentro da produção social da saúde, crise das relações entre os médicos e os pacientes, crise na educação dos profissionais de saúde.

Os modos como as sociedades identificam seus problemas de saúde (individuais e coletivos), buscam sua explicação e se organizam para enfrentá-los variam historicamente e dependem de determinantes estruturais, políticos e ideológicos. Existe portanto alguma dificuldade em examinar a saúde de um ponto de vista geral, das sociedades ocidentais, pois cada formação social engendra sua própria saúde pública. Mas esse processo específico de cada formação social está ocorrendo nos marcos da organização capitalista da economia e do setor saúde, o que implica diferentes países submetidos aos mesmos tipos de condicionamentos (ORGANIZACIÓN, 1992).

Além do mais, a medicina ocidental tornou-se um modelo quase universal, o que não havia ocorrido antes com outro tipo de medicina. As razões que levaram a essa hegemonia são variadas. Partindo das doenças, a medicina ocidental contribuiu para o conhecimento do corpo e da mente, da fisiologia, da psicologia e dos comportamentos humanos.

“A possibilidade de o indivíduo ser ao mesmo tempo sujeito e objeto de seu próprio conhecimento implica que se inverta o saber no jogo da finitude. (...) A medicina positiva foi um dos primeiros esclarecimentos da relação que liga o homem moderno a uma finitude originária. (...) Daí o lugar determinante da medicina na arquitetura de conjunto das ciências humanas. (...) Daí também seu prestígio nas formas concretas da existência: a saúde substitui a salvação, dizia Guardia. É que a medicina oferece ao homem moderno a face obstinada e tranqüilizante de sua finitude; nela a morte é reafirmada, mas, ao mesmo tempo conjurada; e se ela anuncia sem trégua ao homem o limite que ele traz em si, fala-lhe também deste mundo técnico, que é a forma armada, positiva e plena de sua finitude”(FOUCAULT, 1994).

A medicina ocidental demonstrou que a boa ou a má saúde não são fatos imutáveis, mas uma condição passível de modificação. Como consequência, a saúde passou a ser um valor em si mesmo, desejável e alcançável. A saúde sempre foi uma aspiração e uma necessidade. Mas em épocas anteriores, não podia ser conseguida - uma necessidade pode transformar-se em direito apenas quando existem condições históricas (e técnicas) para dar-lhe resposta (BERLINGUER, 1996). A medicina ocidental tornou concreta e real essa possibilidade e assim obteve a sua força maior.

É possível então, dentro de certos limites, falar de saúde e de medicina em termos genéricos. Tomemos, portanto, o conceito de saúde pública como

“um campo de práticas e de saber cujo objeto são as necessidades sociais de saúde, de modo a que nada que se refira à saúde do público pode lhe ser estranho; a saúde pública é o esforço - organizado ou não - da sociedade que traduz seu compromisso com a busca da satisfação ou a conquista de seus ideais de saúde” (ORGANIZACIÓN, 1993).

Há crise na saúde pública, pois “há incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger sua saúde na medida em que suas circunstâncias históricas requerem” (ORGANIZACIÓN, 1992) e os recursos existentes sugerem ser possível fazer. Elementos de diversas naturezas contribuiriam para caracterizar essa situação de crise. A começar pelo modelo assistencial predominante no mundo ocidental, com orientação biomédica, baseado na atenção individual e na utilização intensiva de tecnologia .

Tal modelo tem apresentado limitações importantes quanto às possibilidades de efetivamente contribuir para melhorar a saúde das populações. Apesar de se ter demonstrado a possibilidade da saúde, o modelo (de atenção individual) não tem servido como caminho efetivo para que se obtenha (coletivamente) esse resultado. Algumas faces dessas limitações (MENDES, 1996) são:

- falta de correspondência entre o incremento dos gastos e seu impacto no padrão sanitário das populações. Dados do Banco Mundial, por exemplo, mostram que não há correlação entre gastos em saúde, esperança de vida ao nascer e mortalidade infantil (BANCO MUNDIAL, 1993)

- não existe garantia de acesso universal da população ao sistema. A disponibilidade de atenção médica tende a variar inversamente às necessidades da população, na distribuição relativa entre grupos sociais e na sua distribuição segundo indicadores sanitários. Nos Estados Unidos, 37 milhões de americanos

não estão cobertos pelo sistema de saúde. A iniquidade também se manifesta na distribuição de recursos, existindo uma concentração de recursos nas regiões onde há maior concentração de riqueza. Por exemplo, em 1990, no Brasil, os valores repassados pelo Ministério da Saúde para atenção ambulatorial para as várias regiões obedeceram à seguinte distribuição: Norte - 4,1%; Nordeste - 17%; Sudeste - 59,3%; Sul - 14,8%; Centro-Oeste - 4,8%.

Está em risco também a viabilidade financeira desses sistemas, que envolvem custos crescentes e estão dirigidos cada vez mais (em função da transição epidemiológica) a problemas complexos, crônicos e a populações cada vez mais idosas (e não ativas economicamente). Como a lógica da acumulação capitalista predomina na organização dos serviços e da assistência, há criação de demandas e necessidades artificiais, a incorporação tecnológica é desenfreada, os custos crescem vertiginosamente (sem garantia de resultados eficazes) e aumenta a iniquidade, pois os pacientes que pagam, recebem mais tratamento que o necessário e os pobres, menos.

Ao nível macroeconômico também há problemas, pois a crise do “*welfare state*” e as políticas de ajuste econômico e de Estado mínimo, adotadas em quase todos os países têm, levado a uma ampliação das desigualdades sociais e a cortes importantes nos recursos destinados à área social e à saúde em particular (MENDES, 1996), (ORGANIZACIÓN, 1992).

Está em crise a relação da sociedade com a medicina e com a saúde. Se a saúde é encarada como um direito, coloca-se, de maneira cada vez mais clara, a necessidade de a sociedade fazer opções sobre as maneiras de construí-la e obtê-la social e individualmente.

3.2. A PROFISSÃO MÉDICA E A CRISE DA SAÚDE

Os conceitos vigentes sobre as profissões são relativamente recentes. Foi na transição para o capitalismo que as práticas sociais se reconstituíram sob a forma de coletivização do processo de trabalho. Um primeiro passo foi a homogeneização das várias práticas afins, levando a que se fundissem em uma única forma social de realização. Ou seja, “a constituição de trabalhos parcelares é antecedida por um movimento de unificação e uniformização dos trabalhos de mesma finalidade social, processo em que se destrói a arte de ofício do artesão” (SCHRAIBER, 1993).

Para o trabalho manual em geral, à padronização seguiu-se a alienação do trabalhador direto do controle sobre o processo de produção. A alienação foi produto da divisão do trabalho em operações parcelares (transformadas em novos trabalhos e atribuídas a outros trabalhadores) e da desapropriação do trabalhador do conhecimento geral sobre o trabalho (o conhecimento sobre o trabalho foi apropriado pela ciência, que, na qualidade de detentora dos conhecimentos sobre a natureza e sobre o mundo real, passou a ser encarada como um saber específico e a ser de produção exclusiva dos trabalhadores intelectuais).

Na medicina o processo foi distinto. Houve a unificação e a uniformização dos procedimentos de intervenção (entre as atividades que eram exercidas pelos físicos e as que eram praticadas pelos barbeiros), mas criou-se simultaneamente o monopólio sobre a prática e sobre o saber. Os médicos são produtores diretos de um serviço e simultaneamente intelectuais. Na medicina, então, foi a prática técnica que adquiriu a qualidade de trabalho intelectual.

Existem várias definições a respeito do que caracteriza uma profissão no

mundo contemporâneo. Uma delas, proposta por Wilensky, (MACHADO, 1995a) caracteriza o profissionalismo por meio de duas categorias básicas: o caráter técnico da tarefa do profissional (já que ela se baseia em um corpo de conhecimentos adquirido através de um treinamento escolar, transmitido por outros profissionais que falam a mesma linguagem) e as normas e regras profissionais que o orientam na execução de sua tarefa (ou seja, a tarefa ou atividade representa um conjunto de atos sistemáticos, contínuos que obedecem a uma certa lógica científica. Para exercer autoridade profissional é necessário que tanto as técnicas como a jurisdição estejam de acordo com padrões de treinamento e é necessário também convencer ao público de que tais serviços são exclusivamente confiáveis).

Moore propõe uma escala de atributos para conceituar profissionalismo (MACHADO, 1995a):

- prática da ocupação em tempo integral e como fonte exclusiva de remuneração
- presença de indivíduos que aceitam as normas e modelos apropriados, identificam-se com seus pares e têm forte noção de coletividade
- existência de organização própria a partir da mútua identificação de interesses da categoria e de critérios para caracterizá-la (controle sobre o acesso, seleção, projeção e regulamentação dos participantes, adoção de código de ética com normas sobre a conduta profissional), a aquisição de um corpo formal de conhecimentos - adquirido nas sociedades modernas através das universidades - e, em consequência, a necessidade de um currículo mínimo homogeneizando o conteúdo teórico a ser transmitido aos aspirantes

- forte orientação para o serviço, materializada numa praticidade social (ser socialmente reconhecida como útil, necessária) e normas de aptidão, de execução, de serviços e de ética
- a obtenção e manutenção da autonomia do profissional em relação ao objeto de trabalho.

O trabalho médico é uma das atividades humanas que mais tipicamente se caracterizou como uma profissão. Há um corpo específico de conhecimentos (sobre corpo humano, seu funcionamento, as doenças, como diagnosticá-las e como tratá-las) e há a orientação para um ideal de serviço (de um modo genérico, prestar atenção à saúde/doença das pessoas). Além disso, desde o começo deste século, a medicina adquiriu a capacidade de avaliar e controlar ela mesma o aspecto técnico de seu próprio trabalho (a autonomia técnica e capacidade de auto-regulação). Uma outra tarefa cumprida com êxito pela Medicina foi a de articular de modo competente os avanços tecnológicos com sua base cognitiva, mantendo sólida credibilidade no mercado (MACHADO, 1995a), (DONNANGELO, 1975).

Além do aspecto técnico, o trabalho dos médicos se assenta também em bases éticas. A técnica diz respeito à intervenção reparadora ou mantenedora da vida e está relacionada à ação instrumental desse trabalho, a um saber específico e à ciência. A ética diz respeito ao fato de estar presente a intervenção sobre outro homem; define os critérios de um comportamento que envolve respeito (pois trata-se de uma relação de invasão consentida de privacidade do paciente pelo médico) e também as dimensões “humanas” dessa relação (dedicação, sensibilidade etc.). A ética é, portanto, relacional e está subordinada ao social por ser a tradução concreta das relações sociais e suas

regras neste aspecto específico da reprodução da vida em sociedade.

Nos últimos 30 anos, período sobre o qual este estudo se projeta, a profissão médica sofreu importantes transformações no Brasil e no mundo. E o agente principal das transformações que estão acontecendo na definição da medicina como profissão é o próprio fenômeno de capitalização do setor saúde e da assistência médica .

A década de 60 e a primeira metade da década de 70 foram períodos de intenso desenvolvimento do capitalismo no Brasil. Na área da saúde, constituiu-se um modelo de desenvolvimento centrado inicialmente na atuação do Estado como organizador e financiador do setor.

A unificação das previdências e a ampliação dos recursos disponíveis através do aumento das contribuições e da expansão da cobertura previdenciária propiciaram a gestão centralizada de um volume enorme de recursos financeiros e administrativos. Constituiu-se um poderoso instrumento utilizado para conferir direcionalidade ao setor através da aplicação majoritária desses recursos na compra de serviços a prestadores privados, aliada ao financiamento a juros negativos dos investimentos privados na construção de estabelecimentos e na aquisição de equipamentos (BRAGA & GOES, 1981).

Existiu portanto um processo de fortalecimento da produção privada de serviços de saúde e sua reorganização em moldes tipicamente empresariais. Além disso, assistiu-se também a um estímulo à atividade médica especializada, através de sua remuneração diferenciada e de seu privilegiamento dentro da atividade assistencial.

Apesar de menos significativa do ponto de vista quantitativo, houve nesse período uma ampliação da rede própria do Estado, com conseqüente aumento da oferta de empregos médicos também no setor público. Os dois

movimentos, portanto, colocaram o **assalariamento médico** como modalidade crescente de inserção no mercado de trabalho.

No período seguinte, entre os anos 70 e o início dos 90, houve novamente dois tipos de movimentos fundamentais na organização do setor saúde. Primeiro, houve a implantação do Sistema Único de Saúde, depois de um processo paulatino de descentralização de recursos e de ações iniciado a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS). A introdução do novo sistema levou a uma expansão do setor público, passando os municípios, especialmente os de porte médio, a ocupar lugar relevante na criação de postos de trabalho para os médicos e para outros profissionais da saúde (MÉDICI, 1994). Ao mesmo tempo, houve, principalmente nas regiões sul e sudeste, uma significativa expansão de sistemas de pré-pagamento, seguros-saúde e cooperativas médicas como alternativas para o acesso (individual ou coletivo) a serviços de saúde.

Tais fatos alteraram significativamente a distribuição e a inserção dos médicos no mercado de trabalho. A pesquisa “Perfil dos Médicos” (MACHADO,1996) realizada pela Fundação Oswaldo Cruz fornece os dados mais recentes a respeito:

- 70% dos médicos brasileiros têm pelo menos um vínculo empregatício no setor público; 60% atuam no setor privado e 76% trabalham em consultório privado. As regiões norte e nordeste são as que apresentam índices mais elevados de participação no setor público (84,6 e 81,1% respectivamente) e mais baixos de inserção no setor privado (55,1 e 54,9%)
- nas atividades de consultório existe uma forte dependência em relação às medicinas de grupo, seguros-saúde, convênios estatais e até mesmo com o SUS, pois mais de 80% dos médicos declaram manter essas modalidades de

convênios de saúde

- 71,1% dos médicos declararam que freqüentaram pelo menos um programa de residência médica **ou similar** e 57,6% dos médicos declaram ter título de especialista. As cinco especialidades mais freqüentes entre os médicos em atividade são: Pediatria (14,17%), Gineco-Obstetrícia (12,04%), Medicina Interna (8,12%), Cirurgia Geral (6,07%) e Cardiologia (4,39%). Não há alteração significativa na distribuição das quatro primeiras especialidades entre capitais e interior. (destaque para o **similar** porque se refere a outros processos de treinamento, como os estágios, já que certamente não houve oportunidade de treinamento através da Residência Médica para todo esse contingente de médicos)
- 50% dos médicos em atividade no país exercem atividades em regime de plantão
- 16,6% dos médicos têm apenas uma atividade; os demais 83,4% tem duas ou mais atividades (27,14% duas, 30,16% três, 17,13% quatro, 6,69% cinco e 2,28% mais de cinco)
- 65,58% dos médicos brasileiros residem nas capitais (região norte - 78,72%, nordeste - 84,27%, sudeste - 63,03%, sul - 47,95% e centro-oeste - 76,42%)
- nas regiões nordeste, sudeste e sul respectivamente 92,4 , 92,6 e 86,3% dos médicos que ali residem graduaram-se na própria região. Nas regiões norte e centro-oeste apenas 54 e 36% graduaram-se na própria região.

Na primeira fase de expansão do setor saúde, em particular do setor privado, existiu a possibilidade de manter formas de autonomia no trabalho médico apesar do progressivo assalariamento (tanto no setor público quanto no privado). Durante certo período, além da parcela da população que consumia

exclusivamente serviços privados de saúde, havia outra que consumia serviços privados ao nível ambulatorial e utilizava os recursos previdenciários ao nível da internação hospitalar. Temporariamente, esse foi um mecanismo para garantir a sobrevivência do consultório médico individualizado.

Ao longo do tempo, entretanto, os altos custos para atualização de equipamentos, alternativas de atenção ambulatorial a custos menores e a organização da clientela em sistemas de pré-pagamento obrigaram o produtor individual a reordenar-se no sentido da coletivização do financiamento dos instrumentos, locais e outros equipamentos de trabalho, sem que necessariamente acontecesse a cooperação técnica para a produção dos serviços.

Houve também um intenso movimento de fracionamento do trabalho médico, com práticas ligadas diretamente à prestação do cuidado (profundamente diferenciadas segundo o grau de especialização) e outras de caráter mais gerencial. Existem cargas de trabalho, valorização e remuneração diferenciadas para essas distintas modalidades de prática, levando a uma estratificação técnica e social no interior do trabalho médico (SCHRAIBER, 1993).

O médico perdeu seu monopólio na definição dos serviços e, ainda que continue muitas vezes produzindo seu trabalho por meio de uma prática de consultório, perdeu boa parte do controle sobre seus instrumentos, sobre a clientela e sobre o preço da remuneração do trabalho.

A capitalização teve também como efeito a diferenciação das instituições produtoras de serviços, dentro de certos limites técnicos, segundo a lógica de suas próprias necessidades de acumulação. Em função da necessidade de aumentar a eficiência e de controlar custos, há atualmente uma série de

iniciativas com o sentido de **normalizar o aspecto técnico da atividade do médico**, padronizando condutas diagnósticas e terapêuticas (como fazem as HMOs nos Estados Unidos) - ferindo um dos aspectos mais nobres da autonomia profissional do médico.

A perda progressiva do controle sobre as condições de trabalho, a intermediação institucional e a especialização levaram a transformações também na relação entre o médico e o paciente. Pelo menos momentaneamente, o paciente não escolhe livremente o médico que vai atendê-lo e o médico não é mais responsável pelas condições em que se dá o atendimento.

Além disso, a especialização médica e a utilização intensiva da tecnologia diagnóstica comprometeram a possibilidade de o médico apreender a realidade subjetiva e social do paciente durante a consulta. A especialização trouxe consigo a cisão da totalidade individual do doente, pois já não é mais sobre ela que se aplica o cuidado e sim sobre partes específicas. Há inclusive contradições entre os diversos “cuidadores” de um corpo. E frequentemente não há quem se responsabilize pelo cuidado do todo.

A utilização da tecnologia como elemento essencial da fase diagnóstica também diminuiu, na prática, a importância da história clínica e do exame físico e, portanto, do contato do médico com o paciente e do interesse por sua fala. Ora, conversar, escutar e examinar o paciente em sua dimensão global, ou seja, a possibilidade de aproximar-se do indivíduo como um todo era o que fazia a consulta médica individual, exclusiva e privada, ser indispensável nas práticas de atenção à saúde. Entre outros aspectos, através dela era que se oferecia ao paciente um certo conforto, uma compensação pelo fato de ter que se “entregar” à manipulação, de submeter-se voluntariamente à invasão de sua intimidade pelo médico; era certamente através dela que se realizava o aspecto

humano da relação médico-paciente, incluindo-se aí compreensão, solidariedade, consolo.

Além disso, era através desse contato que o médico apreendia aspectos da realidade social do paciente, indispensáveis para a produção dos “cuidados adequados” a cada nível de extração social. A organização atual da prática desqualifica essa relação e tensiona a individualização que a consulta propiciaria. A quebra da relação de confiança e intimidade é um elemento concreto de ameaça ao lugar social conquistado pelos médicos e pela medicina.

Com a introdução maciça da tecnologia, o olhar médico se ampliou para além dos sintomas e agora busca alterações onde ainda não existe lesão; o olhar médico passa a ver o “risco”, antevendo a lesão futura. Agora, a sintomatologia deixou de ser a única fonte de definição do que é patológico e sua supressão também não é mais o único critério de conclusão do trabalho do médico e de alta do paciente.

Mas, apesar de todas essas transformações, o pensamento médico tem buscado formular uma representação do trabalho através da qual seja possível reconstruir a homogeneidade dentro da profissão e preservar suas conquistas em termos de reconhecimento social. E, apesar de todas as previsões em contrário, têm ocorrido sucessivos movimentos de reordenação da autonomia - foram construídas autonomias relativas em que o médico individual detém controle parcial dos meios de trabalho e/ou da clientela. Essa nova forma de autonomia, que se dá tanto no consultório privado como nas clínicas cooperativas e nos consultórios intra-hospitalares, constituiu-se como uma alternativa de organização do trabalho, a mais próxima possível da forma liberal de produção de serviços.

Ao longo dos últimos 15-20 anos, essas situações de autonomia (de

extensão, rentabilidade e qualidade variáveis) continuaram sendo as posições de maior renda e maior prestígio profissional. Por isso mesmo, persistem como ideal de trabalho, desejado e perseguido ativamente pela categoria (como a alta taxa de prática em consultório revelada pela pesquisa “Perfil do Médico” vem confirmar).

Considerando todas as transformações que o capitalismo impôs à profissão médica, ao papel do médico no processo de cura da doença e de produção da saúde e às relações entre médicos e pacientes, pode-se dizer também que as relações entre a sociedade e a medicina e a saúde também estão em crise.

Se interessa à humanidade reconstruir as práticas sanitárias para aumentar sua capacidade de defender a vida dos indivíduos, está colocada a necessidade de as pessoas e os Estados buscarem recuperar seu controle sobre a saúde (controle de que abdicaram historicamente em favor da medicina e dos médicos no processo de medicalização) (CAMPOS, 1994).

Considerando todos os elementos apontados, é possível afirmar que existe uma crise estrutural do modelo de atenção à saúde engendrado pelo capitalismo. É exatamente essa conjuntura específica de crise estrutural, paradigmática, que renova as possibilidades de desenvolvimento/ construção de alternativas com possibilidades de se tornarem realidade, tanto em relação às maneiras de organizar a atenção à saúde como no que toca ao processo de formação dos profissionais de saúde, particularmente os médicos.

“A consciência das insuficiências persiste por um tempo relativamente longo e penetra tão profundamente na comunidade envolvida, que é possível descrever um estado de crise crescente nas situações que levam a mudanças de paradigma. A emergência de novas teorias é precedida por um sentimento de

insegurança profissional generalizada, produzido pelo fracasso constante das alternativas propostas pela ciência normal em produzir os resultados esperados. O fracasso das regras existentes é o prelúdio para uma nova busca de regras” (KUHN, 1995).

4. EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA

O objetivo deste capítulo é identificar os movimentos mais significativos no terreno da educação médica na América Latina nos últimos 30 anos, os principais temas abordados e suas proposições fundamentais.

Entender os caminhos percorridos pela Educação Médica será importante para poder situar, mais adiante, a Residência Médica no cenário brasileiro.

4.1. ESTUDOS PIONEIROS SOBRE A EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA – SUBSÍDIOS PARA SITUAR O PROBLEMA

Durante a década de 60 já se fizeram sentir os efeitos da intensificação do processo de desenvolvimento tecnológico na área médica, que foi parte do movimento de capitalização do setor, iniciado na década anterior.

O processo de desenvolvimento das especialidades médicas teve impacto imediato na organização do ensino de graduação através de sua introdução nas grades curriculares, iniciando já a esse nível o processo de fragmentação do conhecimento (FERREIRA, 1992).

Desde o final da década de 50, vários organismos e organizações de abrangência internacional, como a Organização Panamericana da Saúde, a Fundação Rockefeller e a Fundação Kellogg, buscaram ter papel ativo e influir na formulação de políticas dos países da América Latina em relação à educação de profissionais de saúde, particularmente os médicos.

Diversas reuniões internacionais foram patrocinadas, reunindo ministros de saúde dos países da América Latina, profissionais de saúde e responsáveis pela docência. Foram diversos os terrenos de atuação:

- introdução do modelo flexneriano nas escolas médicas no pós-guerra através do apoio à criação de novas escolas apoiadas em uma sólida base científica e na prática da investigação (como a da Universidad del Valle na Colômbia e a da USP de Ribeirão Preto)
- introdução da Medicina Preventiva e a criação dos respectivos departamentos
- estímulo para que fossem adotadas políticas de ampliação do número de médicos nos países da região
- introdução da Medicina Comunitária e da Medicina Familiar.

A Medicina Preventiva, a Comunitária e a Familiar foram movimentos com orientações distintas, que tiveram origem nos Estados Unidos ao longo do século XX, mas chegaram à América Latina no intervalo de poucos anos, o que contribuiu para que houvesse uma certa confusão conceitual entre eles e uma mescla de suas influências (KISIL, 1985), (AROUCA, 1975), (ABATH, 1984).

A introdução da Medicina Preventiva foi o movimento que obteve maior repercussão. Foi uma tentativa de propiciar, desde as faculdades de medicina, a incorporação da prevenção e da promoção à saúde à prática médica, além de uma revalorização da relação entre o social e o coletivo e o processo saúde-doença. O resultado prático foi a implantação generalizada dos departamentos de medicina preventiva, mas sem que tenha sido possível introduzir modificações substantivas no conteúdo ou na orientação da prática médica.

Em 1970, foi divulgado pela OPS, um estudo sobre as características gerais da educação médica na América Latina, realizado por pesquisadores de

12 países da região e coordenado por Juan Cesar Garcia (GARCIA, 1970).

Em sua introdução, Ramón Villarreal destaca que a educação médica enfrentava nesse período duas questões fundamentais: nos países desenvolvidos, o efeito da explosão tecnológica; nos países em desenvolvimento, o fato de que níveis melhores de saúde seriam essenciais para o desenvolvimento econômico. Esse fato traria consigo a necessidade de rever o papel dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, e do processo de formação profissional.

O estudo destaca vários aspectos distintivos do processo de expansão das escolas médicas no Brasil em relação ao restante da América Latina. Na América Hispânica desde o período colonial, houve diversos momentos de crescimento e expansão da educação médica, enquanto no Brasil o período de marcada expansão inicia-se somente a partir de 1950.

Na América Hispânica historicamente a maior parte das escolas médicas era pública e vinculada a universidades, enquanto no Brasil, a partir do movimento de expansão ocorrido na década de 60, predominavam as escolas privadas e isoladas, quer dizer não pertencentes a universidades. Na América Hispânica, dentre as escolas privadas, predominavam as católicas e no Brasil, as laicas.

A Figura 1 ilustra a diferença entre o ritmo de crescimento das escolas médicas no Brasil e no restante da América Latina:

Figura 1 – Evolução do número de escolas de Medicina no Brasil e na América Hispânica por década entre 1800-1970.

FONTE: Características generales de la educación médica en la América Latina.

Serie Desarrollo de Recursos Humanos, no. 7, OPS, 1970.

No período imediatamente anterior ao estudado, ocorrera um processo de expansão de escolas e de vagas dos cursos de graduação em medicina em toda a América Latina. Em 1967 havia 100 escolas médicas na América Latina e em 1969 elas já eram 151, sendo 44% no Brasil e 15% no México. Dos 22 países analisados, 11 tinham somente 1 escola médica.

35% das escolas exigiam estudos gerais ou pré-médicos como pré-requisito para o ingresso. Os estudos médicos, excetuando-se o internato, variavam de 4 a 7 anos, sendo 5 anos a duração mais freqüente.

A Figura 2 ilustra a existência do internato e a duração da carreira médica nas escolas de medicina da América Latina encontradas nessa pesquisa:

Figura 2: Distribuição das escolas latino-americanas segundo a duração do curso e a existência de internato em 1967.

FONTE: Características generales de la educación médica en la América Latina. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, no. 7, OPS, 1970.

O referido estudo destacou os seguintes como os principais problemas enfrentados pelas escolas médicas latino-americanas:

- estruturas administrativas muito rígidas e compartimentalizadas em departamentos
- profunda interrelação entre essa estrutura administrativa e os planos de estudo, levando à separação do saber em áreas estanques
- escassez de professores (a maior parte de tempo parcial, com múltiplos compromissos vitais fora da universidade) e de recursos materiais
- ensino fundamentalmente teórico baseado na transmissão vertical de informação nem sempre atualizada
- comunicação inadequada entre professores e alunos
- existência de excedentes, pois o número de candidatos aos cursos médicos

era muito maior que o número de vagas

- alta proporção de alunos irregulares
- registro deficiente de dados e ausência de auto-avaliação
- incorporação deficiente dos planos nacionais de saúde no processo de formação dos profissionais de saúde; falta de coordenação entre os instrumentos de formação e as necessidades da comunidade

Nas conclusões, considerava-se que “os problemas da educação médica na América Latina eram de natureza tal que não poderiam ser resolvidos satisfatoriamente sem levar em conta o sistema educacional pré-universitário, o sistema de atenção médica e a formação dos demais profissionais que compõem as equipes médicas. Como consequência, o planejamento da formação dos recursos humanos em saúde deveria constituir parte importante dos planos nacionais de saúde e refletir os esforços coordenados de todas as instituições que tenham a ver com a formação e a utilização do pessoal de saúde” (GARCIA, 1970).

Com o objetivo de subsidiar esse recomendado processo de planejamento na área de formação de recursos humanos, já em 1972 a OPS patrocinou a realização de outro estudo para atualizar as informações sobre as escolas médicas na região.

Publicado em 1974, esse trabalho revelou novo aumento no número de escolas e de estudantes de medicina. Já eram 158 as escolas (73 das quais no Brasil) e 209216 os estudantes (72,3% dos quais concentrados no Brasil, México e Argentina). Em 1967 havia 2,8 estudantes de medicina por 10000 habitantes na América Latina e em 1972, 4,2 (no Brasil, passou-se de 2,5 para 4,4 nesse período). Entre outras conclusões, apresenta-se a idéia de que o número e o tipo de médicos formados nos diferentes países eram produto de

decisões tomadas ao nível mesmo das instituições docentes, na maioria das vezes de maneira independente dos planos nacionais de educação e do processo de planificação do setor saúde (RODRIGUEZ, 1974).

Uma outra iniciativa, já em 1976, foram as reuniões sobre “Princípios Básicos para o Desenvolvimento da Educação Médica na América Latina e no Caribe”, com o objetivo de formular “recomendações sobre a formação dos médicos em relação à política de saúde, a prática e a atenção médica e sobre a criação e o funcionamento de instituições formadoras de médicos” (ORGANIZACIÓN, 1976).

Partiu-se da constatação de que “as ambiciosas metas de chegar a uma transformação das práticas de saúde, e especialmente da atenção médica, através de um profissional capacitado para produzir estas mudanças, não puderam concretizar-se...”.

As seguintes questões eram apontadas como limitantes ou dificultadoras dos processos de mudança até então tentados na área da educação médica:

- na maioria das instituições formadoras da América Latina mantinha-se há muitos anos uma estrutura curricular inalterada, apesar de terem sido produzidas mudanças de conteúdos e até de metodologias
- as tentativas de introduzir mudanças curriculares revelaram contradições entre as propostas inovadoras e a estrutura organizativa da Universidade; entre o produto que se desejava obter - um médico geral - e o caráter de especialistas da maioria dos professores; entre o desejo de formar médicos gerais e a tendência à especialização que predominava na prática médica e que era estimulada pelos sistemas de atenção médica; entre a intenção de promover o trabalho em equipe e a atitude individualista que predominava entre os professores e ao nível do exercício profissional

- nos casos em que se obteve algum sucesso no tratamento das contradições que surgiram dentro das próprias escolas, persistiram as contradições com a prática médica e considerava-se pouco provável que elas pudessem ser resolvidas a curto prazo pelos egressos.

O documento sobre os princípios básicos prossegue apontando que essas observações seriam procedentes não somente para a América Latina, mas também para os EUA, onde se comprovaria uma tendência cada vez maior ao desenvolvimento do médico de família, nos marcos de uma atenção médica caracterizada por custos progressivamente crescentes e pela não satisfação total de expectativas, o que teria levado ao questionamento dos seus fundamentos .

Apresentaram-se ainda algumas reflexões sobre as propostas consideradas mais relevantes ao processo de mudança: ensino integrado *versus* ensino por disciplinas; metodologias mais ativas de ensino/aprendizagem; ensino multiprofissional *versus* ensino uniprofissional; ensino predominantemente extra-hospitalar *versus* ensino predominantemente hospitalar.

O estudo terminava com as seguintes recomendações:

Sobre a formação dos médicos e as políticas de saúde

- a formação de recursos humanos para a saúde deveria ser responsabilidade dos governos na medida em que se elaborassem políticas de saúde e educação superior explícitas e coerentes, com a participação das universidades e de outros organismos relacionados com a formação e utilização de pessoal de saúde
- a formulação de políticas de saúde e a execução das políticas e planos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde exigiriam a ação coordenada de diversas instituições, respeitando a autonomia universitária e sua prerrogativa de pensamento e análise crítica sobre os processos sociais
- a educação médica deveria ser trabalhada em consonância com as diretrizes de uma política nacional de saúde, tendo em vista a formação de um profissional que contribuísse para atacar os principais problemas de saúde nos níveis regional e nacional
- os países da América Latina deveriam procurar formar um número suficiente de médicos, buscando o equilíbrio necessário na relação quantitativa com os demais profissionais necessários a conformar uma equipe de saúde, considerando as metas de extensão de cobertura a toda a população.

Sobre a formação dos médicos, a prática e a atenção médica

- a prática profissional e a estrutura de prestação de serviços são fatores determinantes na formação e utilização do médico, razão pela qual propostas de mudança focalizadas somente no processo de formação não foram e não serão suficientes para produzir as transformações desejadas
- na maior parte dos países da América Latina existia uma multiplicidade de organismos responsáveis pela prestação de serviços de saúde, tanto na esfera pública como na privada. Por isso seria importante buscar coordenação de orientação e ações, de modo a tornar possível a utilização de toda a rede de serviços no processo de formação dos profissionais de saúde
- a prática profissional e a estrutura de assistência à saúde deveriam ser consideradas pela universidade como objetos possíveis de transformação dentro de uma estratégia integral de mudança das condições em que se prestam os serviços de saúde

Sobre a formação dos médicos e o número de alunos

- considerando não ser possível estabelecer um critério universal a respeito do número de médicos ideal, cada país deveria determinar o número de médicos a produzir em função de suas políticas de saúde e de recursos humanos
- dever-se-ia evitar o crescimento desmedido e repentino da matrícula estudantil, tendo em vista a capacidade limitada de resposta das instituições formadoras; se o crescimento fosse necessário e inevitável, seria preciso assegurar recursos necessários à preparação das instituições formadoras
- o crescimento da matrícula poderia ser uma boa oportunidade para experimentar propostas didático - pedagógicas inovadoras

Sobre a criação e o funcionamento das instituições formadoras de médicos

- a criação de novas instituições somente deveria ser autorizada no caso de seu projeto estar em consonância com a política de formação de recursos humanos para a saúde e com a estrutura indispensável para funcionamento eficiente
- no processo de autorização, deveriam ter prioridade os projetos inovadores
- não existiria um modelo curricular único válido; a proposta curricular deveria levar em conta os objetivos da instituição e os recursos humanos e materiais disponíveis
- seria recomendável que existisse uma distinção clara entre a estrutura da instituição e seu plano curricular, de modo a tornar possível alcançar algum grau de flexibilidade em relação ao plano de estudos
- o processo de formulação curricular deveria ser responsabilidade de toda a instituição e não deveria ser reduzido a uma somatória das contribuições de cada unidade operativa
- independentemente de qual fosse o modelo curricular, toda instituição formadora deveria ter claramente definidas as concepções sobre saúde e da doença e sobre a medicina e seu exercício, marcos que definiriam o processo de formação
- a educação médica deveria estar orientada para permitir uma visão integral do homem, considerando seus aspectos bio-psico-sociais, e tal percepção deveria permear todo o processo de formação, não ficando restrita a uma disciplina ou departamento
- toda instituição formadora deveria contar em seu corpo docente com especialistas em ciências básicas, com médicos clínicos, especialistas em saúde pública e em ciências sociais aplicadas à saúde

- toda instituição formadora deveria manter programas permanentes de aperfeiçoamento de seu corpo docente, tanto em relação a seu campo específico de formação, como em relação aos princípios e técnicas pedagógicos
- a autorização de funcionamento de novas instituições formadoras deveria estar condicionada à disponibilidade de serviços de saúde para campo de prática e aprendizagem dos estudantes
- o hospital mais apropriado ao aprendizado de estudantes de medicina seria um hospital geral comunitário; mas os alunos deveriam ter a oportunidade de freqüentar serviços de todos os níveis de complexidade em seu processo de formação (ORGANIZACIÓN, 1976).

Uma outra iniciativa importante, realizada com o apoio da OPS, foi o trabalho de Jorge Andrade sobre o “Marco conceptual de la educación médica en la América Latina”, publicado em 1978 e que tomou como objeto as publicações e tendências do ensino médico no período de 1950 a 1975 (ANDRADE, 1978).

Esse estudo partiu da necessidade de compreender as limitações e obstáculos enfrentados nas diversas tentativas de mudança na educação médica. Partia da hipótese de que se as propostas de transformação não haviam conseguido sucesso, poderia haver problemas conceituais em sua base de sustentação teórica, em sua formulação, e seria necessário fazer uma investigação sistemática a respeito.

Segundo o autor, tanto a análise como o trabalho de conceber e colocar em funcionamento escolas médicas se realizara até aquele momento sem que fosse explicitada sua fundamentação teórica, ou o modelo de realidade sobre o qual se sustentavam. E o mesmo se passaria com as propostas de mudança. Foi

a partir deste trabalho que as relações entre prática médica e educação médica ficaram mais claramente estabelecidas.

As hipóteses do trabalho foram as seguintes:

- o marco conceitual da educação médica estaria no centro de uma intrincada rede de relações e seria a resultante da interação entre elementos como: estrutura social e econômica, estrutura da prática médica, relações internas do processo de produção de médicos, a ideologia predominante ao nível profissional
- a organização dos conteúdos curriculares e a natureza das experiências educativas contribuiriam para a configuração de marco conceitual da educação médica de maneira tão ou mais importante que a transmissão oral de conceitos
- existiria uma interação entre a maneira de relacionar-se e de trabalhar os professores e alunos e o marco conceitual. Estas relações variariam como consequência de mudanças na sociedade global, que se manifestariam através de mecanismos como as mudanças que ocorrem dentro da prática médica e da atenção à saúde e as variações no número e procedência social dos estudantes
- os alunos percebem, consciente ou inconscientemente, os paradigmas implícitos na prática de seus professores e dos profissionais de saúde, e adotam-nos ou rechaçam na medida em que eles reforçam ou entram em conflito com o resto da estrutura e com o papel que desempenham ou desejam desempenhar nela.

O autor identificou os seguintes como os principais atores do cenário da educação médica desde a década de 50: Fundação Rockefeller, OPS, FEPAFEM, entre outros. Também apontou as propostas de mudança então apresentadas:

- estabelecer mecanismos de seleção de alunos, curso introdutório de medicina para superar deficiências do ensino de 1o. e 2o. graus
- introduzir os departamentos de medicina preventiva como maneira de incorporar as ações de promoção e prevenção à prática médica
- reforçar a importância fundamental do aprendizado prático
- introduzir do internato e do estágio rural, das ciências sociais e da psicologia no campo das básicas
- estabelecer o ensino integrado - entre básicas e clínicas e entre as básicas
- elevar o nível científico dos egressos como maneira de desenvolver sua postura crítica
- desenvolver conhecimentos em pedagogia e didática para os professores de medicina e de introduzir metodologias mais ativas de ensino-aprendizagem
- introduzir objetivos educacionais e estabelecer uma lógica de desenho curricular .

O estudo de Jorge Andrade apresenta em sua parte final uma consistente análise do contexto em que surgiram as diferentes propostas de mudança. É interessante destacar alguns desses aspectos.

Desde o início da década de 60, sob a influência do CEPAL, ganhou força na América Latina a proposta de planificação, inicialmente da economia, depois nos setores sociais, especialmente na saúde. Nessa mesma época, começaram a ser reconhecidas as relações entre desenvolvimento econômico, saúde, nível de vida e bem-estar, além de ser identificada a necessidade de

oferecer acesso a serviços de saúde a camadas mais amplas da população.

Multiplicaram-se então as iniciativas de estudos e de planejamento em relação à saúde em geral e aos recursos humanos para a saúde. Havia a preocupação de determinar a quantidade de profissionais necessários e também “o tipo de profissional adequado” às necessidades dos países.

Várias necessidades passaram a ser identificadas, como a de promover uma distribuição geográfica adequada dos médicos, por exemplo. Foram propostos os estágios rurais, considerando que uma das explicações possíveis para concentração dos médicos nos grandes centros urbanos fosse a inexistência dessa prática na graduação.

A tendência crescente à especialização também recebia diferentes explicações. O contato precoce dos estudantes com professores especialistas e a ordenação dos currículos segundo a lógica das especialidades eram elementos freqüentemente apontados. O estudo levanta a hipótese de que as condições materiais de maior remuneração e prestígio profissional exerceriam influência mais decisiva no processo de orientação da atividade profissional futura dos estudantes.

A idéia de que na América Latina seria necessário formar mais médicos generalistas do que especialistas foi sendo construída a partir do final de década de 50. Espelhava-se no exemplo do sistema de saúde inglês e na existência de amplos contingentes de população rural nesses países, o que dificultaria o acesso a serviços mais sofisticados. O estudo aponta várias discrepâncias em relação aos atributos e inserção desejável desse médico generalista: médico geral, médico de família, médico rural. Está indicado também que, apesar das definições teóricas a respeito da necessidade do médico geral, não houve a definição de uma política de absorção desse tipo de profissional nas redes de

serviços de saúde.

Conceitos largamente difundidos nos anos que se seguiram tiveram suas bases lançadas e/ou reforçadas por este trabalho. Destacaria especialmente:

- a identificação das insuficiências das propostas de transformação da prática médica e da estrutura assistencial a partir de mudanças na formação dos profissionais de saúde
- a identificação das relações entre prática médica e o processo de desenvolvimento político, social e econômico
- a relação entre planejamento nacional, planejamento em saúde e a formação de profissionais de saúde

4.2. A EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

O que acontecia no Brasil nesse mesmo período? O processo de urbanização, intensificado nas décadas de 60 e 70, a expansão da economia (na época do milagre brasileiro) e a incorporação de amplas camadas da população ao mercado consumidor faziam crescer demanda por acesso a serviços de saúde e a outros bens básicos, principalmente nos grandes centros urbanos.

Já foi comentado rapidamente o que se passou do ponto de vista da rede e da oferta de serviços de saúde. No âmbito da educação médica, como apontaram os referidos estudos, a resposta brasileira à necessidade de ampliação do número de médicos foi intensa e bastante específica.

Intensa porque em apenas cinco anos (de 67 a 72) as escolas médicas passaram de 31 a 73 e os estudantes de medicina, de 21907 para 44074. Específica porque foi praticamente o único país da América Latina em que a expansão da educação médica baseou-se na proliferação de escolas isoladas em

sua maioria privadas (44% das escolas passaram a ser privadas). Ou seja, assim como na área da saúde, na educação a lógica da opção brasileira foi determinada pelo favorecimento à capitalização do setor, ainda que com forte respaldo público do ponto de vista do financiamento. Como era, de fato, a característica do Estado brasileiro nessa época (SAEZ, 1985).

As idéias e proposições surgidas a partir dos trabalhos de Jorge de Andrade (ANDRADE, 1978) e de Juan Cesar Garcia (GARCIA, 1970), (GARCIA, 1972), (NUNES, 1989) tiveram grande influência sobre os grupos inovadores da educação médica no Brasil.

Apesar disso, foi muito pequena a possibilidade de aproveitar o processo de expansão das escolas médicas para tentar novas experiências de organização curricular e de metodologias de ensino. Não houve planejamento, nem preparação do corpo docente, nem propostas que levassem em conta as realidades e necessidades regionais. Como a lógica para a abertura de escolas era a do mercado, houve um processo de concentração das novas escolas nas regiões mais ricas do país, marcadamente a região sudeste. Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais concentram 50% das escolas médicas existentes no país (BRASIL, 1989a).

As novas escolas basearam-se acriticamente no exemplo e no desenho das escolas mais tradicionais. Muitas delas foram criadas exclusivamente com finalidades lucrativas, sem nenhum interesse ou compromisso com a qualidade e com processos de inovação (FRAGA FILHO, 1980), (ROSA, 1981), (VERAS, 1983).

O MEC instituiu em 1971 a Comissão de Ensino Médico, cuja atuação merece ser destacada. Apesar de ter sido instituída no auge das restrições às liberdades democráticas, essa comissão foi capaz de manifestar opiniões críticas à política que havia sido implementada pelo MEC em relação à educação médica. Não se esperava nenhum tipo de ação concreta ou providência prática da Comissão de Ensino Médico: ela não era um órgão operativo, seu papel seria o de produzir pareceres, fornecer subsídios à elaboração de uma política. E foi essa função que ela cumpriu muito bem. Produziu documentos críticos, que se tornaram referência nas discussões sobre o tema no país, e ainda articulou-se com a ABEM e outros atores relevantes no cenário da educação médica para patrocinar eventos e debates. Na primeira fase de seu funcionamento (até 1979) produziu cinco documentos e depois, quando reativada em 1986, mais um.

O primeiro texto analisava as condições de funcionamento das escolas médicas no país imediatamente após o período de expansão mais aguda. Em quase todas essas novas escolas, o quadro encontrado era crítico. Corpo docente desqualificado, com pouca ou nenhuma experiência em pesquisa e sem infraestrutura para desenvolver esse tipo de prática (o que comprometia o desenvolvimento das bases científicas do conhecimento médico, o progresso da educação dos docentes e a formação dos estudantes no terreno da investigação), professores convidados itinerantes (o que contribuía para limitar ainda mais a constituição de um corpo clínico próprio, pois muitas vezes os professores convidados eram o “core” das disciplinas clínicas), falta de campo adequado de prática para os estudantes na fase clínica e no internato (o que fazia com que o curso fosse eminentemente teórico e que os estudantes fossem lançados à própria sorte na busca de locais para realização de estágios práticos), para citar

apenas os alguns dos problemas mais graves (BRASIL, 1989a).

A maior parte das experiências inovadoras no período ocorreu nas escolas públicas (SOBRAL, 1991). Seja em escolas que já tinham certa tradição e prestígio - o Curso Experimental de Medicina na Universidade de São Paulo (MARCONDES, 1975), a reforma curricular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (SIQUEIRA, 1979) (MAGRO, 1979) - ou em novas escolas - a experiência do curso de Medicina na Universidade de Brasília (BARBOSA, 1977), (BARBOSA, 1985a) (BARBOSA, 1985b), a Faculdade de Medicina de Botucatu (MONTELLI, 1980) (MONTELLI, 1989), a da UNICAMP (UNICAMP, 1981), (NUNES, 1984) (MENDES, 1985) (BARROS FILHO, 1986) e a de Ribeirão Preto (FIGUEIREDO, 1990), para citar apenas alguns exemplos. Ou então ocorreram em escolas como a vinculada à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que conseguiu formar um corpo docente consistente e buscou imprimir orientação generalista e social ao seu currículo de graduação e de pós-graduação ou como a Faculdade de Medicina de Campos, que desde o seu início buscou a introdução de novos cenários de ensino e outras relações com os serviços de saúde (KISIL, 1985).

Nenhuma dessas experiências conseguiu ser duradoura ou estabelecer-se como referência. Algumas delas mantiveram certo grau de sucesso nas inovações por algum tempo, mas praticamente todas as escolas sucumbiram ao modelo hegemônico da educação médica (prática baseada fundamentalmente no hospital-escola, currículo marcado pela fragmentação do conhecimento em função do processo de especialização, metodologias de ensino tradicionais, centradas no professor etc.).

Um outro tema relevante nas discussões sobre ensino médico no início da década de 70 no Brasil era a relação entre ensino médico e instituições de

saúde. Já se apontava a insuficiência dos hospitais universitários como cenário de treinamento prático dos estudantes. Indicava-se a necessidade de maior integração entre os hospitais universitários e a rede de serviços que se iniciava a estruturar, de modo que fosse garantida a continuidade da atenção aos pacientes e a oportunidade de diversificar as experiências práticas dos estudantes, utilizando-se também hospitais comunitários e centros de saúde como cenários de aprendizagem (BRASIL, 1989b).

Foi estabelecido um convênio entre o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Educação que possibilitou dois tipos de interação. Os hospitais da Previdência passaram a ser cenário de ensino de graduação e de pós-graduação e os hospitais universitários passaram a atender também a população previdenciária.

O Instituto Nacional de Previdência Social, que era o órgão que concentrava a maior soma de recursos destinados a assistência médica, que possuía a maior rede hospitalar unificada do país e que atendia 85% da população ativa, era considerado como um excelente parceiro para as escolas médicas. Os cenários de ensino oferecidos pela Previdência seriam, muito provavelmente, o local de trabalho da maior parte dos médicos em formação e, portanto, sua utilização parecia um mecanismo adequado para “permitir o contato do futuro profissional com a realidade de saúde com que vai se defrontar”.

A interação entre hospitais da previdência e escolas médicas, previdência e hospitais universitários era vista na época como “um passo importante no caminho da racionalidade dos programas de assistência médica previstos no contexto do Sistema Nacional de Saúde”. Os hospitais universitários, por seu lado, ao atender a população previdenciária, durante

certo período tiveram aliviado seu crônico problema de financiamento e ingressaram pela primeira vez no mundo real da prestação dos serviços de saúde (MELLO, 1978).

Nessa mesma época, um dos principais temas tratados pela ABEM era a definição de que médico deveria ser formado no país. A discussão parecia oportuna, já que se desenhavam propostas de reestruturação do sistema de saúde e havia um número muito grande de novas escolas médicas, cujo perfil teoricamente ainda estaria indefinido.

Em 1973 a ABEM, com a colaboração da OMS, realizou um seminário sobre “A Formação do Médico de Família”. Essa foi uma primeira tentativa de precisar o conteúdo do produto das escolas médicas ao nível de graduação. Deveria ser um médico “capaz de identificar a sócio-patologia do grupo familiar a partir de seus membros, atuando num nível de atendimento primário integral, como médico de primeiro contato; capaz de coordenar uma equipe multiprofissional de saúde no trabalho de promoção, proteção e recuperação da saúde do paciente e de sua família; capaz de assumir a responsabilidade do atendimento do paciente e de sua família, encaminhando-o segundo suas necessidades a diversos especialistas, supervisionando a participação desses diversos profissionais, garantida a continuidade do atendimento graças ao seu vínculo permanente com a família.”

Nesse seminário foi também sugerido que as universidades desenvolvessem modelos de atendimento médico centrado na atenção à família. Admitiu-se também que só se poderia falar em “médico de família” quando houvesse um sistema de saúde que oferecesse atendimento centrado na família e com níveis crescentes de complexidade (ASSOCIAÇÃO, 1973).

Em 1978 a ABEM promoveu um outro Seminário, desta vez em

Campinas, sobre “A Formação do Médico Generalista”. Um dos pontos importantes de debate foi o da denominação a ser adotada para definir o médico a ser formado. “Foram analisados os conceitos implícitos nas denominações correntes de “médico generalista”, “médico de família”, “médico de cuidados primários”, “médico de cuidados de primeira linha”etc. Chegou-se à conclusão de que essas diferentes expressões não são todas sinônimas e que podem implicar em capacitação profissional e linhas de ação diversas para cada tipo, sobretudo tendo em conta o sistema de atendimento de saúde em que estejam inseridas. Nenhuma das denominações obteve aceitação unânime dos grupos: três deles optaram pela designação de “médico”, simplesmente; um aceitou a expressão “médico generalista”; outro “médico geral” e outro, “clínico geral”(ASSOCIAÇÃO, 1978).

Outro ponto importante foi o debate acerca do nível em que esse médico seria formado: graduação ou pós-graduação. “Quanto à extensão do processo formativo, quatro grupos entenderam que esse tipo de médico já deveria sair formado do curso de graduação e que o grande objetivo deste seria realmente formar o “médico”, no sentido em que metade dos grupos empregou a expressão. Um dos grupos consignou a divergência, existente em seu seio, entre a maioria que julgou possível ultimar a formação desse profissional de saúde no curso de graduação, e uma minoria que preferia estendê-la até o nível de pós-graduação através da residência médica. Um grupo optou por uma primeira fase experimental, em que a formação seria na pós-graduação, podendo a experiência recolhida servir para etapa posterior, em que já na graduação se ultimasse a formação pretendida. Todos os grupos que optaram pela formação em nível de graduação deixaram bem claro que a ela deveriam seguir-se, como em todos os demais ramos de diferenciação médica, etapas de credenciação

acadêmica crescente, através de diferentes tipos de cursos de pós-graduação, em sentido estrito ou lato”(ASSOCIAÇÃO, 1978).

A tônica do Congresso da ABEM realizado em 1978 em Londrina foi a mesma. Foi-se estabelecendo entre os freqüentadores de reuniões e congressos sobre educação médica um consenso quanto a orientar firmemente o currículo da graduação para a formação de um médico generalista e que a denominação desse médico deveria ser médico geral, clínico geral ou médico (ASSOCIAÇÃO, 1986a).

A proposta de medicina familiar suscitou sempre profundos debates e grandes desacordos na área. Discutia-se a possibilidade de em países em desenvolvimento a formação do médico familiar acontecer ao nível da graduação, como uma versão específica do médico generalista. O modelo existente em outros países, em que a medicina familiar é tratada como uma especialidade e necessita de formação em nível de Residência Médica, não era considerado apropriado. Uma preocupação em relação a essa alternativa era prolongar demais o tempo de formação de um médico, peça fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde. Outra preocupação era evitar transferir para o ensino de pós-graduação uma responsabilidade fundamental do ensino de graduação, inclusive enfraquecendo os esforços que estavam sendo feitos para melhorá-lo. Eram ainda levantadas questões a respeito da validade de se tomar a família como unidade de tratamento, em vez do indivíduo como um todo em seu contexto social.

Além de buscar definir o médico a ser formado, o reconhecimento generalizado da interrelação entre estrutura assistencial, prática médica e educação médica, no final dos anos 70 e início dos 80 levou a que se procurasse fortalecer as oportunidades de integração entre serviços e escolas médicas.

Considerava-se que através das relações universidade - serviços de saúde seria possível acelerar a transformação dos serviços de saúde e do processo de formação simultaneamente .

As autoridades educacionais tomaram algumas iniciativas legais no sentido de incentivar a articulação ensino-serviços. A Integração Docente-Assistencial (IDA) foi a mais complexa delas.

O movimento IDA esteve presente em toda a América Latina. A OPS e a Fundação Kellogg tiveram importante papel no apoio às experiências desenvolvidas. Em um de seus documentos, a OPS definia IDA como “um processo de vinculação crescente entre as instituições de ensino e as instituições prestadoras de serviços na área da saúde com o objetivo de melhorar a atenção à saúde e de orientar a produção de conhecimentos e o treinamento de profissionais, de acordo com as características epidemiológicas de uma dada população de uma região específica, de modo a propiciar um movimento contínuo de educação, num processo que parte dos serviços e que é capaz de transformá-lo” (KISIL,1985). Esperava-se que esse processo levasse a mudanças profundas no currículo das faculdades, visando à formação geral dos profissionais e ao estabelecimento de novas relações entre alunos e professores, entre professores e a prática, e entre alunos e a prática.

Consideravam-se prioritários o desenvolvimento dos serviços básicos de saúde, a criação de Distritos Docentes Assistenciais (DDA) e grupos gestores dos programas de IDA com representantes de todas as instituições envolvidas, a partir da formalização de compromissos entre elas. Um outro ponto importante era o apoio da IDA a estudos para integrar o hospital de ensino ao sistema de saúde (MARSIGLIA, 1995).

Outros aspectos significativos do ponto de vista conceitual e operacional

foram indicados: critérios demográficos e epidemiológicos deveriam ser usados para a definição das áreas docentes assistenciais; IDA deveria contribuir para a formação do médico geral; a educação permanente deveria ser assegurada para o pessoal dos serviços de saúde; as responsabilidades das diferentes instituições e da própria comunidade deveriam ser delimitadas na atenção à saúde.

A Secretaria de Ensino Superior do MEC (SESU) apelou às universidades no sentido de estas situarem-se no momento histórico que a sociedade atravessava e aceitar os desafios das propostas IDA, alertando que isto exigiria modificações conceituais, estruturais e estratégicas profundas, que contrariavam o clássico conceito de ensino/pesquisa/extensão da universidade brasileira.

Buscou-se a partir de 1983 estabelecer novas relações entre instituições de ensino e prestadoras de serviços caracterizadas pela presença dos serviços universitários nas instâncias integradas de condução do Sistema de Saúde; pela existência de novas formas de incentivo financeiro do INAMPS a esses serviços e pela definição de normas e legislação correspondentes (MARSIGLIA, 1995).

As universidades e escolas da área de Saúde passaram a integrar as Comissões Interinstitucionais de Saúde ao nível dos municípios, estados e regiões, instâncias criadas em decorrência da implantação das AIS (Ações Integradas de Saúde), a partir do Plano de Reorientação da Assistência Médica de Previdência Social, em 1983

Em 1987 a Portaria Interministerial do MEC/MPAS estabeleceu critérios e parâmetros para aplicação de um Índice de Valorização de Desempenho Hospitalar (IVH) para os hospitais universitários e de ensino. Posteriormente foi definido um incentivo financeiro às unidades de ensino que desenvolvessem

atividades fora do hospital universitário. A mesma Portaria delegava à Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) a classificação dos hospitais para fins de recebimento do Índice e recomendava que os convênios MEC/MPAS só fossem aplicados às unidades hospitalares que realmente desenvolvessem atividades conjuntas de ensino, assistência e pesquisa e estivessem vinculadas a universidades, faculdades e escolas médicas (MARSIGLIA, 1995).

Na mesma ocasião, o MEC decidiu que os diretores do Centro de Ciências da Saúde das universidades deveriam gerenciar os recursos provenientes do Índice Adicional de Valorização (IAV) e Capacitação Extramural, que incentivava as atividades das unidades de ensino fora do hospital. Este dispositivo nunca chegou a efetivar-se e acabou provocando múltiplos atritos entre a direção dos hospitais universitários e as faculdades da área da Saúde, no que diz respeito à utilização dos recursos.

Finalmente, em 1988, a Secretaria de Ensino Superior do MEC (SESU) aprovou e divulgou uma nova proposta de integração das universidades ao Sistema de Saúde, o UNISIS, em consonância com as diretrizes da Reforma Sanitária e com os princípios do então SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde) (MARSIGLIA, 1995).

O UNISIS considerava que, ao assumir seu papel no SUDS, a responsabilidade de ensino das universidades deveria abranger todos os profissionais da rede pública de saúde, visando a um processo de educação permanente, de reciclagem, especialização, aprimoramento etc. O hospital-escola não deveria ser o único lugar para formação na área de saúde, pois qualquer serviço do Sistema de Saúde poderia ser reconhecido formalmente pela universidade como local de ensino.

O MEC decidiu ainda que as atividades docente-assistenciais de Capacitação Extramural deveriam ser de natureza curricular obrigatória para todos os alunos dos cursos envolvidos e a universidade poderia contar com outros recursos adicionais na forma de equipamentos, material de consumo e carga horária de docentes e supervisores (MARSIGLIA, 1995).

As iniciativas IDA se concentraram nos Departamentos de Medicina Preventiva, com pequena participação dos Departamentos de Pediatria e, eventualmente, de Tocoginecologia e Psiquiatria/Psicologia. Partiram em geral de experiências extramurais mais antigas e foram se alterando à proporção que novas concepções surgiam e o MPAS/MEC definia formas de incentivos financeiros às experiências fora do hospital universitário.

A maior parte delas ocorreu em escolas e universidades públicas, na região sudeste do país, com apoio financeiro da Fundação W.K.Kellogg. As atividades desenvolvidas por esses projetos estavam concentradas na área de reorganização dos serviços, ensino dos estudantes na rede de serviços e educação continuada (MARSIGLIA, 1995).

A integração docente-assistencial no Brasil, portanto, foi apoiada e incentivada por políticas públicas, originárias tanto dos ministérios da área saúde como da educação, traduzidas em mecanismos legais de financiamento e incentivos de variadas ordens (KISIL, 1985). Apesar disso, a expectativa inicial de que essa iniciativa fosse, por isso mesmo, capaz de produzir mudanças substanciais não se confirmou. Todos esses mecanismos de incentivo à interrelação universidade-serviços resultaram em poucas mudanças no ensino das profissões de saúde, no papel que a universidade assume na educação permanente dos profissionais da área e na relação entre hospitais universitários, escolas médicas e rede de serviços de saúde.

O período de intensa movimentação e mobilização que caracterizou a Reforma Sanitária brasileira contrasta com uma carência de iniciativas significativas ao nível da educação médica no país. Os hospitais universitários que, num primeiro momento da reforma, poderiam ter constituído uma ponte entre sistema de saúde em mudança e faculdades de medicina/ciências da saúde, terminaram colocando-se apenas como simples prestadores de serviço ao sistema, sem interesse na integração de fato à rede ou em contribuir para a solução de seus problemas.

A ABEM tomou algumas iniciativas com o objetivo de deslocar o eixo das discussões do ensino médico dos currículos/grades curriculares para a formação de médicos para viabilizar a reforma sanitária.

Foi assim que se realizou, em 1986, o Seminário para a Preparação do Médico Geral, promovido pela ABEM e pela Comissão de Ensino Médico do MEC com apoio da Fundação Kellogg.

As conclusões do seminário foram as seguintes:

- reafirmação da necessidade de terminalidade do curso médico

não existência de acordo quanto ao tipo de profissional que deveria ser formado pelas escolas médicas brasileiras. Considerando as necessidades específicas das clientela a serem atingidas, a estruturação das escolas e a diferenciação dos serviços utilizados para o ensino, as aspirações e opções profissionais dos alunos e a carência básica de assistência de qualidade à saúde de boa parte da população brasileira, chegou-se à seguinte definição: “um médico capaz de diagnosticar e resolver os problemas de saúde mais frequentes em sua área de atuação. Não um triador, mas um profissional capaz de instituir tratamento resolutivo nas situações agudas e eficaz nas crônicas e que encaminhe ao serviço especializado aqueles que o necessitem. Um médico com compromisso

explícito com a recuperação da saúde de um cidadão parte de uma população e com visão clara e participação ativa nas ações sobre as causas dos agravos à saúde numa população”

- defesa da adoção de estratégias educacionais que favorecessem
 - integração básico-clínico
 - contato precoce do estudante com os pacientes e com famílias de comunidades selecionadas
 - ensino baseado na prática em ambulatórios, enfermarias gerais e unidades de emergência
- necessidade de o aperfeiçoamento do corpo docente ser feito através de seminários, conferências, debates e processos mais formais de educação continuada no interior e fora do país. Foi reconhecido o fato de que se deveria adequar o perfil da maior parte dos docentes das escolas médicas - especialistas - se de fato se desejasse impulsionar a formação de generalistas ao nível da graduação. Cursos de pós-graduação e de especialização poderiam ser utilizados para preparar modelos de identificação do médico que se deseja formar
- tentativa de definir as competências necessárias aos egressos da graduação médica nas áreas básicas (clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria e medicina social) (ASSOCIAÇÃO, 1986a).

As atividades da OPS nesse período também ficaram bastante concentradas na elaboração conceitual e no apoio à implantação dos sistemas locais de saúde, seguindo a lógica de que os serviços e o mercado tinham papel determinante na conformação do profissional de saúde e em seu processo de formação e também em função do momento internacional, de reformas e reformulações de sistemas de saúde impulsionadas a partir e de acordo com as idéias de Alma Ata.

4.3 O MOVIMENTO MUNDIAL DE EDUCAÇÃO MÉDICA

A partir da metade da década de 80, intensificaram-se as iniciativas de estímulo e apoio à reformulação do ensino médico em nível internacional. Desde 1985, iniciaram-se os preparativos para a Conferência Mundial de Educação Médica, marcada para 1988 em Edimburgh e promovida pela Federação Mundial de Educação Médica.

A Federação Mundial, pressupondo que o lema da OMS “Saúde para Todos no ano 2000” deveria ser tomado como perspectiva, considerava necessárias fortes mudanças nos sistemas de saúde e em seu modelo de funcionamento em escala mundial. Propunha que as escolas médicas de todo o mundo se voltassem a definir “como preparar os profissionais de saúde para o papel que desempenharão em um sistema de cuidados de saúde em transformação”. Esse seria o tema central da Conferência Mundial e das reuniões regionais e nacionais que se fariam para prepará-la (ASSOCIAÇÃO, 1986b).

As reuniões nacionais e regionais tiveram como pauta os seguintes temas:

- prioridades educacionais para escolas médicas
- estratégias educacionais para escolas médicas
- recursos de apoio à formação médica
- políticas de admissão, número de admissões e número de médicos
- continuidade entre ensino de graduação, pós-graduação e educação continuada
- integração da escola médica com o sistema de atenção à saúde

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

No capítulo referente às prioridades educacionais, considerava-se que, devido às profundas diferenças existentes no plano dos serviços e condições de saúde, estabelecer um conjunto de prioridades para as escolas médicas era uma tarefa complexa.

O ponto de partida sugerido para o debate era o questionamento dos objetivos da graduação na escola médica: “Destina-se ela a preparar um médico que, ao se graduar, já esteja qualificado para o exercício independente da profissão, ou que, simplesmente esteja preparado para a educação adicional de pós-graduação?” (ASSOCIAÇÃO, 1986a).

Como a segunda alternativa era a prática dominante na maior parte dos países, considerou-se que seria quase impossível chegar a um consenso universal sobre o que um médico recém-graduado deveria estar apto a fazer.

Haveria, porém, concordância mais ampla “sobre os conhecimentos e habilidades profissionais aos quais os estudantes deveriam ser expostos durante os anos da escola médica, independentemente das responsabilidades enfrentadas depois de formados.”

Seriam duas as opções fundamentais. Uma seria atribuir prioridade à formação de graduandos bem informados, o “que levaria à preponderância de determinadas disciplinas biomédicas nos programas educacionais, cada uma preocupada em cobrir sua especialidade e em expor os estudantes aos progressos recentes e à alta tecnologia” (ASSOCIAÇÃO, 1986b).

Outra seria considerar como prioritário o compromisso da medicina como serviço, considerando que a outra alternativa de preparação não satisfaria essa necessidade. O planejamento educacional deveria levar em conta as necessidades das populações em risco e as patologias epidemiologicamente significativas. Não se deveria ignorar as disciplinas biomédicas tradicionais, mas encará-las sob o ângulo de sua contribuição à formação de um médico apto a trabalhar nos serviços de saúde (em vez de assegurar plena cobertura dos conteúdos que cada uma dessas disciplinas pudesse exigir). “Também significaria dar maior atenção à questões de eficiência, de maneira que os estudantes de medicina aprendessem a sentir-se bem como parte de um sistema de serviços de saúde, que inclui outros profissionais, trabalhando em equipe ou exercendo funções independentes.”

Outro elemento importante seria incluir entre as prioridades educacionais a preocupação com a contenção de custos e com o custo-benefício dos processos de diagnóstico e tratamento, o que implicaria em introduzir outros elementos no processo de tomada de decisão dos médicos em relação aos

pacientes. Também seria dedicada maior atenção à promoção à saúde, à prevenção e reabilitação das doenças (e não somente ao seu tratamento).

O documento levanta a hipótese de que tais tarefas pudessem realizadas por outros profissionais de saúde, reservando-se aos médicos o papel de prestar atenção de nível secundário e terciário e de contribuir para o progresso da ciência. Isto traria a necessidade de mudanças substanciais nos conteúdos educacionais das várias profissões da saúde. Mas, como nunca houve uma definição política dos países nesse sentido, era razoável supor que os graduandos de escolas médicas continuariam seguindo muitas linhas de conduta profissional em uma variedade de situações sociais e organizacionais e que seria necessário garantir que todos possuísem um conjunto de competências para participar da prestação de serviços primários e também para que continuassem sua própria educação.

O documento propunha então que as reuniões regionais respondessem às seguintes questões:

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

Ao discutir as estratégias educacionais, o documento faz menção à necessidade de se adotarem organização curricular e metodologias de ensino-aprendizagem compatíveis com os progressos e conhecimentos atuais em pedagogia e com as necessidades do futuro profissional em relação à utilização e aplicação de conhecimentos e à educação continuada/permanente. Indica também ser necessário transformar as metodologias e o foco utilizados para avaliação da aprendizagem, considerando que a responsabilidade da escola médica na formação do estudante vai além da transmissão de informações atualizadas. Reconhece também que o corpo docente das faculdades não estava habilitado para realizar todas essas transformações e que deveria ser capacitado para tanto.

Foram propostas as seguintes questões para as reuniões regionais:

- a formação profissional proporcionada pela escola médica deveria ser dominada pelo esforço de transmitir conteúdo biomédico, ou a mesma atenção deveria ser dispensada à aquisição de habilidades, atitudes e valores profissionais?
- o processo de ensino deveria ser influenciado pelas oportunidades de aprendizagem ativa, ou pelas metodologias que não exigem tanto a iniciativa autônoma por parte do estudante?
- os exames e outros procedimentos de avaliação do conhecimento que os estudantes adquiriram deveriam examinar sua capacidade em aplicá-los ou buscar examinar sua eficiência em uma série mais ampla de competências profissionais?
- as escolas médicas precisariam exigir, encorajar ou recompensar os membros do corpo docente para que se tornassem mais familiarizados ou habilitados no uso de uma ampla série de táticas e estratégias educacionais?

- qual seria o tipo de instituição mais adequado para educação médica, quando o objetivo é produzir graduados capazes de tratar com sucesso dos problemas mais comuns de saúde e doença?
- que mecanismos precisariam ser instituídos para assegurar e acompanhar no futuro a implementação pelas escolas médicas das estratégias escolhidas?

Em relação à integração da escola médica ao sistema de atenção à saúde, em primeiro lugar se discutiu a necessidade de diversificar os cenários de ensino com o objetivo de proporcionar aos estudantes a oportunidade de conhecer a ampla gama de serviços existentes e também as diferentes formas de abordar os problemas de saúde e de doença (promoção, prevenção, diagnóstico/tratamento e reabilitação).

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

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

Indicavam-se as seguintes questões para discussão nas reuniões regionais:

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

A Conferência Mundial em Edimburgh foi uma conferência de trabalho, com participantes selecionados em todo o mundo pela Federação Mundial para Educação Médica a partir dos processos regionais de discussão.

Na Europa, África, Sudeste Asiático, Pacífico Ocidental e Mediterrâneo Oriental foram realizadas conferências regionais no processo de construção dos documentos regionais. Na América, um grupo de coordenação central processou os relatórios produzidos nacional e sub-regionalmente. No Brasil os pontos indicados para debate pela Comissão Organizadora da Conferência foram transformados em tema da Reunião Anual da ABEM.

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

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

Consideravam que “para conduzir a formação dos médicos no sentido do trabalho efetivo nos serviços de saúde, valorizando adequadamente a assistência primária” seria fundamental promover mudanças curriculares. Muitos professores consideraram o enfoque que enfatizava a formação para o trabalho na atenção primária “contrário à qualidade científica da educação médica”; outros, entretanto, “julgam complementares e inseparáveis o ensino da medicina como ciência e como instrumento para preparar profissionais capazes de atender as necessidades de saúde da população.”

Apontavam o fato de que o contínuo progresso da ciência fazia com que o objetivo de formar médicos gerais eficientes, capazes de prestar serviços de boa qualidade e de se manter atualizados, só pudesse ser atingido se esses profissionais tivessem sólida base de conhecimentos, além de capacidade para

usar o método científico. Isso se justificaria porque sem esses requisitos tornava-se difícil adquirir conhecimentos novos e ter potencial para atuar num sistema de saúde com diferentes níveis de complexidade e múltiplas especialidades. Destacavam também ser imprescindível a formação científica para a preparação dos futuros professores e pesquisadores.

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

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

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

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

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

“Entre os problemas com que se defrontam as escolas médicas, distingue-se o que diz respeito à seleção de um conjunto de princípios, diretrizes e procedimentos que lhes permitam formar profissionais capazes de

exercer funções numa sociedade e em um sistema de saúde em transformação. Tal escolha depende da definição das prioridades educacionais dessas escolas, pressionadas, de um lado, pelas conquistas da ciência e da técnica, e, por outro, pela demanda de serviços.”

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

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

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

Outro ponto destacado era que a exposição precoce do estudante à vida profissional através do treinamento em unidades de saúde deveria ser

considerada como um dos meios mais eficazes de promoção do aprendizado. Haveria a necessidade de as escolas médicas se empenharem para assegurar oportunidades de aprendizagem ativa, que permitissem experiências pessoais significativas e mobilizadoras. Esse tipo de metodologia deveria ser implementada desde os primeiros momentos do curso.

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

Indicavam a existência de uma tendência crescente a considerar que os dois primeiros níveis de atenção fossem os mais indicados para o treinamento dos futuros médicos, já que seria indispensável prepará-los para a resolução dos problemas de saúde mais comuns na prática profissional. Registravam a existência de propostas “de que apenas 20% do ensino clínico se faça em hospitais de ensino, geralmente centros de referência para pacientes que necessitem de cuidados intensivos ou esclarecimento diagnóstico...”

A Declaração de Edimburgh, aprovada na Conferência que se realizou em agosto de 1988 (CHAVES, 1990), foi a seguinte:

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

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

A possibilidade de realizar os debates nas seis regiões do mundo e o envolvimento de pessoas dos mais variados níveis e esferas relacionadas com as escolas médicas e com os serviços de saúde na preparação da Conferência evidenciariam a preocupação existente em relação a esses problemas. Também refletiriam “as convicções de um crescente número de médicos envolvidos tanto na prática docente como assistencial, de outros profissionais de saúde, de estudantes de medicina e do público em geral.”

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

Consideravam que muitas mudanças poderiam ser concretizadas com ações internas às escolas médicas:

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

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

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

A única questão em torno da qual foram registradas divergências que vale a pena destacar está justamente no campo das prioridades educacionais, mais exatamente na resposta à pergunta sobre a prioridade em relação à ciência ou aos serviços.

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

Em 1990 foi publicado o livro “Educação Médica nas Américas o desafio dos anos 90” um dos frutos do projeto EMA, iniciativa apoiada pela Fundação Kellogg, que tinha como objetivo dar a conhecer a realidade do ensino médico em cada país e propor soluções viáveis para os problemas existentes. Partindo das proposições da fase preparatória da Conferência de Edimburgh e da consolidação das respostas produzidas nas Américas, foi organizado debate com figuras importantes do cenário da educação médica no continente, em que se buscou traçar uma agenda de ação para a educação médica na América Latina.

A Declaração de Edimburgh teve impacto sobre os debates da educação médica por representar um esforço de sistematização e articulação de um projeto de mudança para a educação médica. A amplitude das forças envolvidas na iniciativa levou a que existisse maior permeabilidade às propostas de mudança em círculos mais amplos dentro das escolas médicas. No entanto, no Brasil, ela não se traduziu em ações concretas por parte das escolas.

Em 1993 realizou-se a II Conferência de Edimburgh e seu processo de preparação na América Latina envolveu um espectro mais amplo de participantes do que ocorrera para a conferência de 88. Houve vários artigos publicados na *Educación Médica y Salud*, encontros nacionais e regionais e a produção de um documento oficial de posicionamento da América Latina.

Esse processo marcou o retorno da OPS a um papel mais ativo no cenário da educação médica. O posicionamento latino-americano, em consequência, expressou a retomada dos conceitos desenvolvidos por essa entidade em períodos anteriores (ORGANIZACIÓN, 1994a).

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

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

Havia, no entanto, a influência poderosa que a grande mobilização de recursos financeiros no setor saúde nos países desenvolvidos exercia sobre a prática médica da região, resultando numa “influência crescente da lógica e do pensamento econômicos sobre as constantes redefinições do modelo prestador”.

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

“Num balanço dos últimos quinze anos, observa-se que enquanto a APS e o direito à saúde foram bem-sucedidos na construção do discurso sanitário e

produziram alguns avanços na situação de saúde, o Complexo Médico-Industrial, sem discursos, teve um êxito muito maior em suas realizações, entre outras coisas, na reconfiguração da prática médica.”

Registrava também as mudanças sofridas pela prática médica, em função do processo de desenvolvimento científico e tecnológico. As mudanças sofridas pela relação médico-paciente, as influências de terceiros nas decisões sobre processos de tratamento e diagnóstico e o risco de ruptura da unicidade profissional dos médicos foram também apontados, ao lado do registro de que “a modalidade liberal de prática médica continua emulando e sendo ponto de referência para a maioria desses profissionais, que não percebem a rápida perda de graus de autonomia em sua prática”.

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

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

Não existiria uma cultura científica nas escolas médicas latino-americanas e sim “uma aplicação pragmática do clínico sob a pressão do incremento extraordinário da informação médico-científica e da expansão da tecnologia biomédica”.

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

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

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

Finalmente foi destacado o fato de que “os problemas que são objeto de estudo, a forma e o lugar em que os alunos são expostos a eles e as abordagens desenvolvidas devem ser repensados para valorizar o caráter científico, a utilidade prática do saber e das intervenções sociais e contextualizar a utilidade do trabalho médico clínico individual frente ao trabalho da saúde pública e de

outras ciências”. Esta integração se daria no trabalho e na prática frente a problemas reais, através da participação em atividades de investigação/docência/assistência interdisciplinares.

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

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

Indicava que o contexto em que o médico trabalha vinha sofrendo um processo de transformação, que tinha dinâmica própria e envolvia problemas complexos tais como:

- alteração de padrões de demografia, morbidade e mortalidade;
- incapacidade dos médicos de monitorar as implicações de custo de suas decisões clínicas;
- incapacidade dos serviços de saúde de atender aos mais necessitados;
- elevação infinita dos custos;
- a medicina sendo tratada como mero comércio pelas forças de mercado na área da saúde;

- formação de especialistas além do necessário, enquanto clínicos gerais não estão disponíveis;
- a prevenção mínima das doenças;
- abalo da visão do médico como guardião da saúde e companheiro durante as horas de sofrimento.

“Diante destas mudanças e críticas, onde fica a educação médica e qual é a posição de seus guardiões, as universidades? O paradoxo é que apesar destas críticas, têm havido importantes mudanças tanto na ciência quanto na qualidade da medicina e da educação médica. Novos conceitos essenciais para a promoção da saúde e do tratamento das doenças têm sido incorporados aos currículos. Métodos mais efetivos de ensino têm surgido. A educação médica tem ido além dos grupos acadêmicos e chegado às realidades sociais onde as necessidades de saúde são maiores. Porém este grande progresso tem sido excessivamente fragmentado, tem deixado muitas escolas médicas de lado e não tem conseguido desenvolver a massa crítica necessária para consolidar essas mudanças.”

Indicou a necessidade urgente de a educação médica colocar a casa em ordem, diminuir as fraquezas e expandir suas forças, o que seria dificultado pelo fato de haverem muitos aspectos envolvidos que estão fora de seu controle. “O contexto no qual a medicina é praticada é social, com parâmetros econômicos, culturais, políticos, burocráticos e ambientais. A medicina deve se tornar um agente mais efetivo no estabelecimento da ordem dos sistemas e ambientes onde ela deve atuar”.

Apontou ainda os seguintes desafios: “entre os maiores desafios da profissão médica está a transição da saúde: há uma mudança de doenças infecciosas e parasitárias para as doenças crônico-degenerativas. As populações

estão envelhecendo.(...)O câncer, doenças cardíaco-vasculares e diabetes são as doenças que mais matam tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. O custo do tratamento e controle persistente das doenças crônicas é maior do que o custo do tratamento e cura das infecções agudas. O conhecimento sobre infecções e desnutrição tem avançado além de sua aplicação.”

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

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

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

Propuseram-se as seguintes respostas da educação médica em relação a todos os problemas indicados: “ a ética médica empenha-se em fazer o bem e

não o mal. Sabidamente muitas das soluções para os problemas apresentados estão além do conhecimento médico ou até das responsabilidades do setor saúde; ainda assim o médico deve cumprir seu contrato social da melhor maneira possível. O médico do século XXI deve ser replanejado.”

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

As recomendações da Conferência foram as seguintes:

- necessidade de estabelecer relações administrativas e de trabalho eficientes entre universidades e serviços de saúde
- os ministérios da saúde e da educação, as instituições de formação deveriam unir suas forças para assegurar coerência entre formação e utilização de pessoal; necessidade de planejamento de recursos humanos
- as escolas de medicina deveriam se envolver mais com os sistemas de saúde, assim como com a educação permanente dos profissionais dos serviços; deveriam propiciar aos estudantes modelos alternativos de cuidados à saúde
- necessidade de haver formulação de políticas que promovessem o equilíbrio e a correta distribuição de especialistas e generalistas
- necessidade de promover pesquisas relevantes e preparar os profissionais para enfrentar a transição epidemiológica
- ampliar a educação médica no sentido de ela ser integral, holística,

envolvendo um espectro mais amplo de conhecimentos

- estabelecer uma política institucional em apoio à escola médica
- estabelecer critérios claros, socialmente justos para a admissão nas escolas médicas
- melhorar a capacitação pedagógica dos professores de medicina
- possibilitar a participação dos estudantes no planejamento e avaliação da educação médica
- articular mais claramente o método científico na formação clínica durante a graduação
- reforçar a base ética da educação médica
- estabelecer novas estratégias e métodos de aprendizagem
- criar novas opções curriculares para resolver o problema da sobrecarga de informações
- articular mais claramente o ensino de pós-graduação médica com o contexto social e as necessidades dos sistemas de saúde
- estabelecer mecanismos para viabilizar a educação médica continuada e a aprendizagem duradoura
- introduzir processos de educação multiprofissional
- criar mecanismos para haver participação da comunidade no processo de educação médica
- preparar melhor os estudantes para o processo de comunicação com os pacientes e com o público
- criar maior espaço para a participação dos pacientes em seu processo de tratamento; democratizar a relação médico-paciente
- diversificar os cenários de aprendizagem
- criar compromisso das escolas médicas com a saúde de populações

específicas, de modo que o processo de formação esteja articulado com o contexto social e a realidade epidemiológica

- reafirmação de articulação e compromisso globais no sentido de viabilizar todas essas propostas.

Mais uma vez, a tradução dessas recomendações em novos processos e propostas concretas de mudança não aconteceu. Na verdade, entre as escolas latino-americanas somente as que já estavam engajadas em processos de mudança é que tiveram participação mais ativa em Edimburgh.

4.4. AS PROPOSTAS MAIS RECENTES DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL

Em 1991 a Fundação Kellogg lançou as bases de uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde, o Programa UNI (KISIL & CHAVES, 1994). O programa partiu da avaliação crítica das experiências de Integração Docente Assistencial (IDA) na América Latina e pretendeu ir além do que já tinha sido possível alcançar nas escolas, nos serviços e em sua relação com a comunidade (FEUERWERKER, 1996a).

Por isso mesmo, o desafio ao desenvolvimento de um projeto de mudança foi lançado às escolas de saúde e não somente a cursos isolados; pressupunha-se, além disso, a articulação da universidade com os serviços de saúde e com a comunidade desde os momentos iniciais de elaboração das propostas.

Os modelos de serviço e os modelos pedagógicos poderiam apresentar variações de projeto para projeto, mas todos deveriam ter como denominador comum a base epidemiológica, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe

multiprofissional e o ensino/aprendizagem em serviço.

A proposta considerava que a graduação deveria possibilitar o exercício competente da profissão em qualquer nível do sistema de saúde (primário, secundário e terciário). Daí a importância de chegar a uma definição clara do produto final dos cursos e das competências a serem buscadas, não somente ao nível da clínica, mas também no que se refere à pesquisa, à administração de serviços, à realização interpessoal com pacientes e outros membros de uma equipe de saúde.

Propôs-se que o conhecimento epidemiológico estivesse na base da seleção dos conteúdos temáticos, adotando como critério definidor a relevância dos temas para a solução dos problemas de saúde. Recomendou-se combater a separação tradicional entre os ciclos básico e profissional, que favorece a interpretação de que a ciência é apenas pré-requisito e não parte integrante da Medicina Clínica. Propôs-se incentivar a incorporação das ações clínicas de natureza preventiva e de promoção à saúde na atividade habitual dos profissionais.

As atividades inovadoras não deveriam estar restritas a um único departamento, nem a disciplinas como Saúde Coletiva, Medicina Preventiva, Epidemiologia, Ecologia (ROSA, 1994). Deveriam também, sempre que possível, ser atividades curriculares, regulares e obrigatórias, introduzidas ao longo de todo o curso. Isso seria indispensável para a interação de professores e alunos com os novos ambientes de ensino/aprendizagem, pesquisa e assistência.

Em relação à metodologia de ensino, considerou-se importante contemplar três aspectos: a diversificação dos locais de ensino/aprendizagem; o treinamento em serviço e as experiências de aprendizagem em equipes multiprofissionais. Ao longo de todo o curso, mas principalmente nas

atividades práticas, deveria predominar a experiência de aprendizagem, isto é, a interação do aluno com o ambiente. O aluno aprenderia o que ele próprio faz ou descobre, não o que faz ou ensina o professor. O princípio da participação ativa dos alunos indicava como adequados pedagogicamente o método de resolução de problemas e a participação dos alunos em projetos de investigação científica.

Outra característica da metodologia de ensino deveria ser a criação de experiências de aprendizagem para grupos de estudantes de diferentes carreiras, buscando produzir mudanças de atitude e o trabalho em equipe, compartilhado e interdependente.

Uma parte significativa do processo de formação deveria ocorrer nos postos e centros de saúde, ambulatórios e hospitais de nível secundário. A supervisão das experiências de aprendizagem nos serviços da comunidade poderia ser exercida por pessoal docente ou do próprio serviço.

O desinteresse da maioria dos professores pelas atividades dos serviços fora do hospital de ensino e o preconceito quanto à qualificação do pessoal desses serviços para o ensino seriam obstáculos a remover. Caberia à universidade, em conjunto com os serviços e a comunidade, construir programas de educação permanente e manter os profissionais atualizados, com o objetivo de preservar a qualidade dos serviços e a qualificação desses profissionais para o exercício das atribuições docentes que lhes fossem delegadas.

Propôs-se que fosse ampliado o campo da investigação científica, para incluir, além das pesquisas de caráter biomédico, aspectos epidemiológicos e sociais, perspectivas interdisciplinares, buscando a preferência pelos problemas de saúde prioritários e pela organização e funcionamento dos serviços de saúde.

As falhas ou deficiências observadas na prestação de serviços assistenciais fora do hospital de ensino deveriam servir de base para a programação de educação permanente do pessoal dos serviços. Potencialmente também deveriam alimentar ajustes, revisões e reformas curriculares, já que muitas vezes as deficiências identificadas poderiam ser fruto da orientação da própria graduação.

Como se vê, não se trataria apenas de encaminhar os estudantes para os serviços básicos de saúde ou para atividades “na comunidade”, mas de incorporar o trabalho que neles se desenvolve aos objetivos e estratégias educacionais das escolas.

O sistema de avaliação educacional deveria estar voltado para verificar a competência e o desempenho, o que pediria mais do que memorização de conhecimentos; exigiria desenvolvimento de habilidades técnicas, atitudes e valores a serem incorporados ao longo da formação.

O programa também previa propostas de mudança para a comunidade (autocuidado, participação na gestão dos serviços, fortalecimento da cidadania, entre outros) e para o modelo de atenção à saúde.

Os projetos são 23, em onze países da América Latina. No Brasil há seis deles: Botucatu, Brasília, Londrina, Marília, Natal e Salvador. As experiências continuam em andamento e o primeiro grupo de projetos já iniciou a segunda fase do programa, prevista para durar até 1999.

Também em 1991 outra iniciativa importante teve lugar no Brasil. Em resposta à proposta de se instituir um “exame de ordem” para a categoria médica (exame para avaliar os recém-formados, cujo resultado lhes permitiria ou não o exercício profissional), onze entidades ligadas ao ensino e à prática médicos instituíram a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino

Médico (CINAEM) (GALLO, 1996).

As entidades percebiam a conexão existente entre a situação social e sanitária e a crise do modelo de educação médica vigente no país e rejeitavam o exame de ordem como uma alternativa consistente de superação dessa crise. Percebiam também a importância de uma iniciativa que partisse de instituições vinculadas à categoria médica - isso provavelmente ampliaria o espaço de adesão das escolas médicas às propostas eventualmente formuladas.

Não havia, entretanto, nenhuma proposta acabada. A primeira iniciativa da CINAEM foi a aplicação no Brasil de um questionário, originalmente elaborado pela OPS para se fazer um diagnóstico acerca da situação das escolas médicas latino-americanas. O questionário incluía questões sobre a estrutura política e econômico-administrativa das escolas, infra-estrutura, recursos humanos, modelo pedagógico, atividades de assistência e pesquisa e médico formando.

Setenta e oito das oitenta escolas brasileiras responderam a esse questionário, o que foi uma clara demonstração do interesse das escolas em integrar um processo de avaliação. Além de confirmar a evidência de que era insatisfatória a situação das escolas, os resultados desse questionário serviram a um exercício de delineamento ecológico que permitiu a seleção de três variáveis que deveriam ser estudadas nas próximas etapas do Projeto CINAEM: Recursos Humanos, Modelo Pedagógico e Médico Formando.

Seguiu-se um longo processo de construção de identidade da CINAEM e de suas relações com as escolas médicas. Foi constituída uma equipe técnica, encarregada de dar forma aos passos seguintes da avaliação. A negociação em torno da proposta apresentada levou quase três anos. Finalmente, em 1994, com o apoio efetivo dos projetos UNI, foi possível iniciar o processo de preparação

da segunda fase do projeto (ASSOCIAÇÃO, 1993), (ASSOCIAÇÃO, 1994), (ASSOCIAÇÃO, 1995).

Foram desenhados três tipos de estudo para avaliar as variáveis selecionadas através da primeira fase. Para avaliar os Recursos Humanos foi proposto um estudo transversal .

Para avaliar o Médico Formando foi proposto um estudo longitudinal, que envolveria pelo menos dois testes cognitivos (antes e depois do internato) e avaliações periódicas de conhecimentos aplicados, habilidades e atitudes através da aplicação de uma Ficha Estruturada de Avaliação Prática durante as atividades do internato (PICCINI, 1996).

Para avaliar o modelo pedagógico adotado pelas escolas foi proposto um estudo desenhado a partir do enfoque estratégico:

“O Instrumento de Avaliação Estratégica serve como catalisador da tematização sobre o modelo pedagógico das escolas médicas brasileiras - nas múltiplas e complexas relações que estabelece com a sociedade - e como tecnologia de operacionalização das decisões que emanam desse processo. Mas, para tanto, ele deve favorecer o envolvimento do conjunto dos atores sociais interessados na formação médica” (GALLO, 1996).

Por tudo isso, o projeto previa, como requisito básico para sua implantação nas escolas, a estruturação de Grupos Gestores Locais - cuja composição mínima requer a participação de discentes, docentes, funcionários, entidades médicas e conselhos de saúde, além do aval participativo da direção de cada escola.

“O objetivo é propiciar um espaço policêntrico e representativo no qual, a partir da tematização de sua realidade os atores possam construir criticamente seu projeto local, ganhando autonomia e capacidade de gestão coletiva.”

“A direcionalidade das propostas de mudança que devem surgir nesse processo não está dada a priori, embora os conteúdos valorativos do Instrumento de Avaliação Estratégica favoreçam propostas democratizantes e inovadoras pedagogicamente. O caminho que cada escola seguirá será próprio, escolhido no embate entre os distintos projetos que forem propostos.”

Interessante é que “atores sociais normalmente excluídos dos processos de tematização - e conseqüentemente das decisões - possam deles participar; além de incluir na agenda local temas que geralmente não são discutidos. Isso permite remover os véus instrumentais das relações estabelecidas entre os sujeitos sociais, potencializando sua capacidade comunicativa e abrindo possibilidades para a instituição de normas democráticas” (GALLO, 1996).

Atualmente 48 das 80 escolas médicas brasileiras estão participando da implementação dessa segunda fase do Projeto CINAEM. Todas elas têm Comissões Gestoras instaladas e participaram de oficinas de sensibilização e implantação. Todas já iniciaram o estudo transversal (16 já concluídos) e 42 delas estão participando estudo longitudinal (testes cognitivos).

Também em 1991 a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou um documento chamado “Changing Medical Education: an Agenda for Action”, que pretendia ser uma alternativa de coordenação e sistematização de atividades que possibilitassem a adaptação do ensino médico às novas exigências da sociedade (WORLD, 1991).

A iniciativa esperava conseguir mobilizar especialistas e recursos internacionais para implementar um programa pela melhoria da relevância social e eficiência da educação médica. A “Agenda for Action” indica que um dos principais motivos da insatisfação da sociedade em relação aos médicos e demais profissionais de saúde reside na sua incompetência em enfrentar os

novos desafios colocados pela crise do paradigma atual da saúde: humanização da atenção, cuidado integrado, maior participação social, equidade, contenção de custos, uso adequado de tecnologia, proteção ao meio ambiente e promoção de estilos saudáveis de vida.

A proposta considera que quaisquer mudanças implementadas na educação médica levarão dez a quinze anos para afetar de alguma maneira a prática e indica por isso a necessidade de articulá-las a estratégias que envolvam os atuais profissionais de saúde. Por isso propõe que as escolas tenham uma participação ativa na melhoria da qualidade e da cobertura dos serviços de saúde; busquem assegurar a relevância da educação e da pesquisa (vinculando-as às necessidades prioritárias de saúde); estejam dispostas a aplicar e disseminar processos de aprendizagem eficientes e comprometam-se com os processos de garantia de qualidade e de avaliação tecnológica.

Para dar sustentação a essa iniciativa, a OMS em 1992 iniciou a publicação de um novo boletim chamado “Changing Medical Education and Medical Practice”, publicado em inglês, em espanhol e português (a tradução para as línguas latinas foi iniciativa dos projetos UNI, dois deles também Centros Colaboradores da OMS para Educação Médica).

Em 1994, a OPS promoveu um “Encontro Continental de Educação Médica” em Punta del Este (com participação de representantes de escolas médicas do continente e de organismos ligados à educação médica). O principal tema de debate foram as diversas propostas existentes a respeito da avaliação da educação médica.

A contraposição fundamental se deu entre os que defendiam a avaliação através de um exame ao final do curso (avaliação do produto) e os que consideravam fundamental uma avaliação de processo, que serviria como

instrumento de promoção de mudanças nas escolas médicas.

A OPS propunha que a avaliação das escolas médicas fosse conduzida internamente a cada instituição e que “se procurasse a participação coletiva que desse sentido de pertinência às posições formuladas”. Essa avaliação deveria se dar nos marcos de uma proposta de gestão estratégica de qualidade, na medida que esta:

- permitisse analisar permanentemente a prática médica, suas modalidades de organização e funcionamento e suas mudanças, acompanhando e atuando tanto sobre o currículo formal como sobre o informal, para que suas atividades pudessem ser avaliadas e aperfeiçoadas;
- superasse as limitações dos instrumentos convencionais de avaliação centrados na seleção dos melhores (Flexner) para constituir-se em um incentivo à melhoria de todos, inclusive através da introdução de um novo paradigma;
- conduzisse à definição mais concreta de novos objetivos de qualidade a serem alcançados pela instituição, em substituição a critérios universalistas, muitas vezes pouco aplicáveis às diferentes realidades dos países do continente americano;
- representasse uma forma de avaliar os problemas da educação médica em sintonia com os avanços da cidadania, dentro do novo contexto de democracia que vive o continente.

“A construção desse novo paradigma da medicina pós-flexneriana, enquanto processo social de mudança das relações entre os três pólos envolvidos no processo de trabalho (o complexo médico-hospitalar, os médicos e os pacientes), pressupõe papel importante e insubstituível para a escola médica, cuja atuação deverá orientar-se segundo os seguintes princípios fundamentais:

- compromisso institucional efetivo com a sociedade, o que significa concretamente a integração com os serviços de saúde em função dos reais interesses de saúde da população
- participação de docentes e alunos no sistema de prestação de serviços, comprometidos com a busca da satisfação de necessidades epidemiologicamente definidas e de aspirações ou expectativas ligadas à relação usuário-prestador de cuidados de saúde
- condições técnico-administrativas que permitam a permanente atualização científico-tecnológica de docentes e alunos” (ORGANIZACIÓN, 1994c).

Não houve nenhuma iniciativa para concretizar essa proposta de gestão de qualidade depois da reunião de Punta del Este. A iniciativa que mais se aproxima da idéia, mas que, como se viu, teve outras raízes, é a CINAEM.

5. A RESIDÊNCIA MÉDICA

O objetivo deste capítulo é reconstituir a trajetória da Residência Médica no Brasil desde sua criação até o momento atual, identificando movimentos, seus sujeitos e proposições, procurando esclarecer suas relações com a educação médica. Com o intuito de possibilitar um entendimento mais profundo do processo, são também apresentados dados sobre a Residência Médica no estado de São Paulo.

A introdução da Residência Médica como processo de formar recursos humanos na área médica ocorreu em meados do século XIX nos Estados Unidos. Em 1848, o Conselho de Hospitais e Ensino Médico da Associação Médica Americana manifestou-se, através de uma resolução, a favor de um sistema de instrução médica baseado no ensino clínico e na utilização da rede hospitalar para o ensino, dando início a uma nova concepção de formação de recursos humanos na área médica, privilegiando o ensino da prática clínica hospitalar e o adestramento profissional em serviço.

O termo “Residência” está ligado ao fato de os profissionais em treinamento deverem morar na instituição onde o programa estivesse sendo desenvolvido, como um dos requisitos para a proposta. A idéia fundamental era que o residente deveria estar à disposição do hospital em tempo integral para acompanhar a evolução dos doentes internados (ELIAS, 1987).

5.1. UM POUCO DA HISTÓRIA DA RESIDÊNCIA NO BRASIL

A Residência Médica existe no Brasil desde a década de 40. Em 1944 foi implantado no Hospital da Clínicas de São Paulo, ligado à Faculdade de Medicina da USP, o primeiro programa de Residência Médica nas áreas de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e no Serviço de Físico-Biológica Aplicada (SAMPAIO, 1984). Em 1948, o Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, implantou também um programa de Residência Médica.

Até a metade da década de 50 os programas existentes atingiam apenas uma parte muito pequena dos egressos das escolas médicas. Nos dez anos seguintes foi havendo uma ampliação gradual do número de programas, geralmente em instituições oficiais, motivada por interesse do corpo clínico ou pela procura dos residentes, num processo de consolidação da Residência Médica como modalidade de especialização dos profissionais médicos em todas as regiões do país.

Até a década de 60, portanto, os programas de Residência Médica existiram principalmente em hospitais públicos tradicionais e em hospitais ligados a universidades e escolas médicas da rede pública nas várias regiões do país (BRASIL, 1989c).

Dois fenômenos muito próximos temporalmente contribuíram para modificar a dinâmica desse processo. O já mencionado impulso no processo de desenvolvimento tecnológico e científico na área médica, a partir do final de década de 50, que estimulou a tendência de especialização; e, a partir da segunda metade da década de 60, a também já mencionada multiplicação das vagas para Medicina na Universidade, através principalmente da criação de

novas escolas e também da ampliação do número de vagas das já existentes.

O processo de sofisticação científica e tecnológica provocou dois tipos de indefinição. Em primeiro lugar, ficou confuso o conteúdo indispensável à graduação de médico: em que medida e de que maneira deveriam ser incorporados aos currículos os avanços em cada especialidade? Ao mesmo tempo, a introdução das especialidades ao nível da formação clínica e também das atividades de internato contribuiu para que ocorresse um processo de fragmentação do conhecimento na graduação, o que interferiu de maneira importante no treinamento prático dos estudantes.

Já nesse período começam a ser criados os chamados currículos paralelos, fenômeno presente em praticamente todos os tipos de escola. Os estudantes, por sua própria conta, desde momentos precoces do curso de graduação, buscavam alternativas que acelerassem/viabilizassem seu treinamento prático (no desenvolvimento de habilidades cirúrgicas, obstétricas, clínicas) acompanhando profissionais ou freqüentando serviços como observadores e depois plantonistas (REGO,1995).

Em segundo lugar, o perfil do profissional a ser absorvido pelo mercado começou a mudar. Inúmeros fatores contribuíram para essa mudança. O desenvolvimento tecnológico e da área de equipamentos veio acompanhado de pressões das indústrias de medicamentos e de equipamentos sobre a organização do trabalho médico e, conseqüentemente, sobre a organização do mercado de trabalho. Por outro lado, a introdução de mecanismos de acumulação de capital no setor saúde favoreceu a adoção do modelo de atenção baseado na utilização intensiva (e progressiva) de tecnologia e na especialização do médico (COHN, 1980), (DONNANGELO, 1975).

A ampliação do número de vagas nas escolas médicas não foi

acompanhada de medidas para reorganizar o mercado de trabalho médico, ou seja, para enfrentar o problema da desigualdade de sua distribuição. A criação de postos de trabalho, portanto, continuou seguindo a mesma lógica de concentração nos locais de maior concentração de riquezas. A concentração de empregos nas grandes cidades fez com que aumentasse substancialmente a competição pelas melhores colocações no mercado.

A insuficiência do treinamento prático proporcionado pelas faculdades de medicina (as novas escolas em função de suas debilidades e as antigas em razão do processo de fragmentação que a formação de graduação vinha sofrendo) e a existência de um mercado de trabalho voltado à especialização e mais competitivo, portanto, foram os ingredientes essenciais à multiplicação da procura por vagas de Residência Médica pelos recém-formados. Para se ter uma idéia, no Hospital das Clínicas da FMUSP, até 1973 somente aproximadamente 50% dos formandos ingressavam nos programas de Residência Médica oferecidos pelo hospital. A partir de 1975-76, essa taxa passou a variar entre 90 e 95% (SAMPAIO, 1984).

Houve um processo de ampliação do número de vagas nas instituições já comprometidas com a Residência e, além disso, muitas instituições hospitalares, ligadas ou não a escolas médicas e universidades, passaram a oferecer programas de especialização. Na verdade, como não existia qualquer regulamentação ou sistema de verificação em relação aos programas de residência, eram oferecidas aos médicos recém-formados oportunidades de trabalhar nos hospitais, supostamente sob supervisão, a baixa remuneração (SOUZA, 1985), (ROCHA, 1983), (AGUIAR, 1980), (BRASIL, 1976).

Ao longo de toda a década de 70 o único segmento realmente preocupado com a necessidade de haver alguma regulamentação em relação à

Residência Médica eram os médicos-residentes. O movimento de residentes reivindicava a necessidade de regulamentação da Residência Médica (preferencialmente pelo MEC) e também a necessidade de estabelecimento de um nível mínimo de remuneração pelos serviços prestados. A ênfase atribuída a cada uma dessas reivindicações variou ao longo da evolução do movimento. De qualquer modo, os médicos-residentes deflagraram um movimento nacional em torno dessas reivindicações, utilizando formas inéditas de mobilização dentre os médicos, como a greve geral.

Em 1977, nitidamente em resposta ao movimento reivindicatório dos médicos-residentes, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica através de um decreto presidencial. A CNRM era composta por 10 membros: seu Presidente, que era o Diretor-Geral do Departamento de Assuntos Universitários do MEC, um representante da Comissão de Ensino Médico do MEC, um representante do Ministério da Saúde, um representante do Ministério da Previdência Social, um representante do Estado Maior das Forças Armadas, um representante do Conselho Federal de Medicina, um representante da Associação Brasileira de Educação Médica, um representante da Associação Médica Brasileira, um representante da Federação Nacional dos Médicos e um representante da Associação Nacional dos Médicos-Residentes (BRASIL, 1977). Em 1985, um outro decreto presidencial alterou a composição da comissão, excluindo o representante das Forças Armadas

A partir de 1981, com a promulgação da lei 6932, que regulamentou a Residência Médica, ela foi definida como “modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, em nível de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de

elevada qualificação ética e profissional”. Ficou definido que os programas de Residência Médica teriam que ser credenciados pela CNRM, que ao final do período de treinamento os residentes fariam juz a um título de especialista outorgado pelo MEC e que durante o estágio teriam direito a uma bolsa, com valor mínimo estipulado por lei (BRASIL, 1981).

Num primeiro momento, a elevação do nível de exigências para o credenciamento levou à desativação de muitos dos programas, que funcionavam mais em função da necessidade de mão-de-obra dos serviços do que como programas com finalidades didáticas. Das 205 instituições que solicitaram credenciamento à CNRM, somente 154 receberam pareceres favoráveis (BRASIL, 1984).

As reações a essa diminuição de vagas, por parte dos estudantes de medicina e dos médicos-residentes, foram de protesto. Os estudantes de medicina reivindicavam (juntamente com os médicos-residentes) o credenciamento de novas instituições ou pressionavam por “condições especiais de admissão” nos programas (como o acesso automático dos alunos de cada escola médica aos programas por ela oferecidos) (ROCHA, 1983).

Como a demanda por mais vagas de Residência Médica era um fenômeno real e significativo e os residentes cumpriam um papel importante na prestação de serviços e na introdução de um patamar mínimo de tecnologia ao nível das instituições, houve um novo fenômeno de expansão de vagas de RM nos anos seguintes. Em 1982 havia 1500 vagas de residentes de 1o. ano e em 1984 essas vagas já eram 4097. Ou seja, já nessa ocasião, quase 51% dos médicos graduados tinham a oportunidade de ingressar em programas de Residência Médica (SOUZA, 1985).

É indiscutível o papel positivo que a CNRM jogou em seus primeiros

anos de funcionamento. Houve um esforço de definir as condições mínimas indispensáveis que deveriam ter as instituições que abrigam programas de Residência Médica, assim como os requisitos mínimos para o funcionamento de programas nas principais áreas de especialidade.

No entanto, esse ímpeto inovador inicial teve curta duração. Nestes pouco mais de dez anos, a principal atividade da Comissão Nacional tem sido credenciar novos programas e novas especialidades. Nunca foram definidos critérios para avaliar a necessidade ou não de especialistas nas várias áreas, o que contribuiu a que prevalecessem os interesses próprios de cada instituição ou de cada segmento da corporação médica na solicitação de novas vagas e de novos programas. Em consequência, apesar de haver na CNRM em princípio a preocupação em privilegiar a criação de programas nas áreas básicas, o que se observou na prática foi a multiplicação dos programas nas demais especialidades.

Apesar de abrigada no MEC e subordinada ao SESU, a CNRM contribuiu muito pouco para a construção de uma relação da Residência Médica com os processos da pós-graduação.

A Residência Médica é um processo de especialização, de formação pós-graduada *latu sensu*, que, por definição, pode ser efetivada nos serviços de saúde vinculados ou não a escolas médicas. Mas qual seria então a responsabilidade da universidade em relação a esse processo de formação? A universidade não poderia, por exemplo, contribuir para que os profissionais desses serviços tivessem assegurado o acesso a processos de educação permanente?

Nunca se avançou também na definição da relação da RM com a pós-graduação *sensu strictu*, o que faz com que o processo de formação pós-

graduados dos médicos seja extremamente prolongado. Essa certamente é uma discussão complexa, considerando a diversidade da natureza do processo pedagógico (treinamento em serviço) e dos objetivos do processo educacional envolvidos na Residência Médica (a especialização) e na pós-graduação *sensu strictu*. Uma possível conexão entre os dois processos poderia ser a proposta de mestrado profissionalizante. Essa idéia, no entanto, tornaria necessária a introdução de novas exigências em relação ao perfil e a capacitação dos profissionais responsáveis pelo treinamento dos médicos-residentes, bem como de alguma atividade de sistematização teórica e de produção científica por parte dos residentes.

A subordinação da CNRM ao MEC não serviu também para que se incorporassem ou compartilhassem experiências desenvolvidas na esfera desse ministério que poderiam ser positivas, como por exemplo, os mecanismos instituídos pela CAPES para avaliação, acompanhamento e controle de qualidade dos cursos de pós-graduação.

Em outras palavras, apesar de a CNRM estar formalmente situada na esfera da educação, a orientação de seus trabalhos, os vínculos estabelecidos, a lógica a que está submetida a definição de processos e prioridades não fortaleceu/fortalece o aspecto “educacional” da Residência Médica, nem estabeleceu/estabelece claramente a responsabilidade da Universidade nesse processo.

Desde 1984 já havia múltiplos questionamentos em relação à CNRM: a adequação de sua composição, a coordenação centralizada dos programas e a própria correção das resoluções da Comissão. Questionavam-se os critérios utilizados no planejamento dos programas, as oportunidades de aprendizado que estariam de fato oferecendo aos residentes e a qualidade de preceptores e

supervisores (SOUZA, 1985).

Em 1987, em resposta a essas pressões por descentralização, a própria CNRM criou as Comissões Estaduais de Residência Médica. No entanto, nunca foram tomadas as medidas necessárias para viabilizá-las, tais como a redistribuição de recursos, a definição clara de atribuições e a transferência de poderes da Comissão Nacional para as Estaduais. Em geral, as Comissões Estaduais atualmente ativas dependem de recursos das secretarias de saúde estaduais e têm seu funcionamento praticamente subordinado a elas.

Em 1989, a partir de um protocolo conjunto, o CFM e a AMB passaram a reconhecer como especialistas somente os médicos aprovados nos exames promovidos pelas associações de especialistas. A principal justificativa para a medida foi a existência de muitos programas de Residência Médica precários, o que tornaria necessária essa avaliação antes da concessão do título (KNOPLICH, 1994).

A CNRM não reagiu a essa iniciativa. Nem mesmo o fato de que o CFM e a AMB têm assento na Comissão (e portanto são co-responsáveis por sua política de credenciamento e avaliação de programas) pareceu despertar qualquer espanto ou necessidade de verificação.

Desde a Constituição de 1988, está estabelecido que o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde têm a responsabilidade de “ordenar a formação de recursos humanos para a saúde” em nosso país (BRASIL, 1988). O Ministério da Saúde tem um representante na CNRM, mas isso não representou um estímulo para que existisse uma articulação entre esse processo de formação profissional – que em boa parte ocorre em serviços de saúde não vinculados a escolas médicas – e o processo de construção do Sistema Único de Saúde. Ou seja, uma contribuição importante da área da saúde à CNRM poderia

ter ocorrido no terreno da definição do perfil desejável do processo de formação, considerando os profissionais necessários e também na definição da quantidade de especialistas necessários nas diferentes áreas e regiões do país. Isso não ocorreu.

Houve, no entanto, uma medida adotada pelo Ministério da Saúde em relação à remuneração dos serviços prestados pelos hospitais que desenvolvem atividades didáticas que certamente interferiu na lógica de criação de novos programas nos últimos anos. Essa medida foi a criação do FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária), que estabeleceu um adicional de pagamento às instituições que oferecem programas de ensino, Residência Médica entre eles. Essa instituições recebem segundo tabela especial pelos serviços prestados ao SUS (75% de acréscimo no caso da Residência Médica).

O Ministério da Saúde tinha pelo menos dois objetivos ao criar o FIDEPS: por um lado criar estímulos à integração dos hospitais universitários ao SUS; por outro, estimular a prática de atividades didáticas e de formação profissional nos hospitais da rede de serviços, considerando que esse seria um estímulo à melhora da qualidade dos serviços prestados e também dos profissionais.

No entanto, é inegável que a existência de um estímulo financeiro cria um incentivo à criação de novos programas. Esse fato tornou ainda mais relevante a necessidade de um processo de credenciamento criterioso, que tivesse em conta realmente as condições mínimas indispensáveis para o funcionamento adequado dos programas de residência. Tornou ainda mais necessária a definição de critérios para a inclusão ou não de novos programas nas diferentes áreas de especialização segundo as necessidades do sistema de

saúde.

Há inúmeros exemplos que demonstram não ser essa a tônica do trabalho da CNRM. Por exemplo, em São Paulo, há programas de Pediatria e Anestesiologia credenciados que são oferecidos em uma Maternidade privada conveniada ao SUS. Todos os estágios de Pediatria, com exceção do de Neonatologia, tem que ser feitos em outras instituições, sem a menor possibilidade de controle pelos responsáveis pelo programa. Essa mesma Maternidade oferece aos residentes de Obstetrícia a possibilidade de acompanhamento de 1 caso de pré-natal por dia de ambulatório (pois não há praticamente ambulatório de pré-natal na instituição, já que para as pacientes particulares o pré-natal é feito nos consultórios privados e para as pacientes internadas pelo SUS, na rede pública de centros e postos de saúde).

Já em outros Estados, como por exemplo a Bahia, em razão de divergências políticas entre representantes do estado e membros da CNRM, são utilizados critérios ultra-rigorosos para o credenciamento de programas. O maior centro de atendimento de emergências existentes em Salvador não pode receber médicos-residentes por ter sido considerado muito movimentado, o que supostamente dificultaria as atividades didáticas em seu interior.

A CNRM evoluiu muito pouco na organização e sistematização dos dados sobre Residência Médica no país (os últimos dados disponíveis são de 1992). Praticamente não investiu na definição de critérios e requisitos mínimos para os programas nas várias especialidades (suas últimas publicações a respeito são de 1985). Avançou insatisfatoriamente no estabelecimento de relações com o MEC, com o Ministério da Saúde e também com as sociedades de especialistas (tanto em relação a requisitos para funcionamento dos programas, como para a aquisição dos títulos de especialistas). Sua produção,

em termos de material publicado, é pobre, concentrada até a metade da década de 80. Por tudo isso não há dados atualizados sobre a Residência Médica em nível nacional, as definições oficiais sobre os requisitos mínimos para os programas não foram atualizadas etc.

A FUNDAP tem cumprido mais intensamente o papel de produzir estudos e organizar informações sobre a Residência Médica. Nos últimos 10 anos, todos os artigos sobre Residência Médica no Brasil, publicados nas revistas “Educación Médica y Salud” e “Revista Brasileira de Educação Médica”, são produto de trabalhos desenvolvidos ou patrocinados pela FUNDAP. Os dados sobre Residência Médica em São Paulo são mais atuais que os disponíveis em relação ao restante do país e possibilitam a observação mais acurada de fenômenos e tendências.

Desde 1990 está em tramitação no Congresso Nacional um projeto para modificação da regulamentação da Residência Médica e do funcionamento da CNRM. O projeto original, apresentado pelo deputado Eduardo Jorge (PT), já sofreu uma série de modificações e atualmente encontra-se na Comissão de Educação do Congresso. A CNRM e as entidades médicas, entretanto, não conseguiram (ou quiseram) organizar um debate amplo sobre o assunto.

Estão sendo propostas alterações na composição da Comissão (incluindo representação dos estudantes de medicina e também dos médicos preceptores). Também está sendo proposta a descentralização dos trabalhos da CNRM, através da revitalização das coordenadorias regionais e do fortalecimento das Comissões Estaduais.

O único elemento do arcabouço jurídico relativo à Residência Médica que sofreu alterações nos últimos quinze anos foi o critério para fixação do valor da bolsa dos residentes.

O quadro abaixo ilustra a natureza dessas alterações:

Quadro 1. Síntese comparativa das alterações do Art. 4 que regulamenta o valor da Bolsa de RM (1981 - 1993)

Lei nº 6.932, de 7 de Julho de 1981	Lei nº 7.217, de 19 de Setembro de 1984	Lei nº 7.601, de 15 de Maio de 1987	Lei nº 8.138, de 28 de Dezembro de 1990	Lei nº 8.725, de 5 de Novembro de 1993
Art.4º - Ao médico residente será assegurada bolsa de estudo de valor equivalente ao vencimento inicial da carreira de médico, de 20 (vinte) horas semanais, do Departamento Administrativo do Serviço Público - DASP, paga pela instituição, acrescido de um adicional de 8% (oito por cento), a título de compensação previdenciária, incidente na classe da escala de salário-base a que fica obrigado por força de sua vinculação, como autônomo, ao regime da Previdência Social.	Art.4º - Ao médico residente será assegurada bolsa de estudo de valor igual ao fixado no art.5º da Lei nº 3.999, de 15 de Dezembro de 1961, acrescido de um adicional de 35% por regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais, mais 10% a título de compensação previdenciária, incidente na classe de salário-base a que fica obrigado por força de sua vinculação, como autônomo, ao regime de Previdência Social.	Art. 4º - Ao médico residente será assegurada bolsa de estudo no valor de 70% do salário do Professor Auxiliar, Nível I, em regime de dedicação exclusiva, das Instituições Federais de Ensino Superior.	Art. 4º - Ao médico residente será assegurada bolsa de estudo no valor de setenta e cinco por cento dos vencimentos do médico do Ministério da Educação, Nível V, acrescido de um adicional de cem por cento, por regime especial de treinamento ao serviço de sessenta horas semanais.	Art.4º - Ao médico residente será assegurada bolsa de estudo no valor correspondente a oitenta e cinco por cento da remuneração atribuída ao servidor ocupante do cargo de médico, classe D, padrão I, constante da Tabela de Vencimento, Anexo III, quarenta horas, da Lei nº 8.460, de 17 de setembro de 1992, acrescido de cem por cento, por regime especial de treinamento em serviço de sessenta horas semanais.

Fonte: FUNDAP

Programa de Bolsas de Residência Médica

Em dezembro de 1996, a CNRM promoveu um seminário para discussão das especialidades médicas. O seminário tinha como objetivo anunciado um esforço de compatibilização entre as especialidades reconhecidas pela CNRM e pela AMB e CFM. Na verdade, acabou sendo apresentado um trabalho que propunha uma reclassificação das especialidades, redefinindo o que seriam as especialidades (áreas em que se justificaria a existência de programas de Residência Médica) e o que seriam áreas de atuação (subespecialidades em que não se justificaria a existência de programas de residência) (COMISSÃO,1996).

A proposta é interessante, mas, pelas características do encontro, não foi possível realizar um debate amplo sobre o assunto. A participação dos representantes das sociedades de especialistas foi muito restrita e o convite aos representantes de Comissões Estaduais e de instituições que mantêm programas de Residência Médica foi feito segundo critérios não divulgados e muitos atores significativos ficaram de fora.

Dada a importância do assunto e o interesse despertado pela iniciativa, especialmente junto ao CFM, a AMB e as sociedades de especialistas, provavelmente o debate acerca do tema terá continuidade. Seria importante que a CNRM garantisse amplo acesso às informações e às discussões a todos os atores interessados.

5.2. SITUAÇÃO ATUAL DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

Existem no Brasil 289 instituições que oferecem programas de Residência Médica, distribuídas da seguinte maneira entre as regiões do país:

Tabela 1 - Distribuição de instituições e programas de Residência Médica no Brasil, 1996.

Região	No. de Instituições	No. de programas
Norte	7	22
Nordeste	52	258
Centro-Oeste	22	165
Sudeste	165	1283
Sul	43	307
Total	289	2035

Fonte: Base de Dados da Residência Médica/FUNDAP
Relatório Anual da Comissão Nacional de Residência Médica, 1996.

Os mais recentes dados disponíveis sobre a distribuição dos programas de Residência Médica por especialidade no Brasil são de 1992. Naquele ano havia 1665 programas credenciados e as áreas básicas (Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Preventiva) concentravam 527 programas (31,65%) (MACHADO,1995b).

Segundo os dados da CNRM, existiam nesse mesmo ano, 9465 médicos-residentes em todo o Brasil, sendo 3907 residentes de primeiro ano (R1) e 4379 de segundo ano (R2). São Paulo concentrava então 1723 R1(ou 41,22% do total).

Os dados estão apresentados na tabela a seguir:

Tabela 2 : Distribuição dos residentes de 1o. a 4o. ano segundo as regiões do Brasil,1992.

Região	R1	R2	R3	R4	Total
Norte	59	39	3	0	101
Nordeste	583	590	104	2	1279
Centro-Oeste	272	257	59	12	600
Sudeste	2274	2810	700	117	5901
Sul	719	683	169	13	1584
Total	3907	4379	1035	144	9465

**Fonte: Base de Dados da Residência Médica/FUNDAP
Relatório Anual da Comissão Nacional de Residência Médica, 1992.**

Para se ter uma idéia mais precisa do impacto potencial da Residência Médica sobre a conformação do perfil profissional dos médicos, é interessante comparar a evolução do número de formandos em Medicina e o número de vagas para R1 no Brasil e em São Paulo nos últimos anos.

Nos últimos 10 anos formaram-se em média 7167 médicos ao ano em todo o país e foram oferecidas 4646 vagas para R1, ou seja, em média havia vagas em programas de Residência Médica para 65% dos formandos em todo o país.

A Figura 3 ilustra a evolução dessa relação:

Figura 3 - Evolução da relação entre número de formandos em Medicina e vagas de residente de 1o. ano no Brasil de 1985 a 1992.

Fonte: Base de Dados da Residência Médica/FUNDAP

No estado de São Paulo desde 1988 há mais vagas de R1 do que formandos em medicina:

Figura 4 - Evolução da relação entre número de formandos em Medicina e vagas de residente de 1o. ano em São Paulo de 1985 a 1994.

Fonte: Banco de Dados da Residência Médica/FUNDAP.

Segundo dados da DATAPREV (MACHADO, 1995b), em 1990 havia 122620 médicos especialistas cadastrados. As áreas básicas correspondiam a 80581 (65,7%), distribuídos pelas regiões conforme mostra a Tabela 3:

Tabela 3 - Distribuição dos especialistas nas áreas básicas segundo as regiões do Brasil, 1990.

Especialidade	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Total
Cirurgia Geral	395	3255	1425	6017	4201	15293
Clínica Geral	511	5645	2590	12631	6952	28329
Ginecologia	397	2574	798	5211	798	11079
Obstetrícia	515	4104	1427	6837	3785	16668
Pediatria	247	1983	865	3726	2391	9212
Total	2065	17561	7105	34422	18127	80581

Fonte: Dados. RADIS. “As especialidades médicas no Brasil”, no. 17, 1995, pág.15.

De 1981 até 1992 a CNRM credenciou 28580 especialistas, sendo 4406 pediatras, 3941 cirurgiões gerais, 3761 clínicos gerais, 3510 gineco-obstetras, 1038 ortopedistas, 1384 anestesistas, 1001 cardiologistas, 859 psiquiatras, entre outros (metade dos residentes formados, portanto, corresponde às áreas básicas) (MACHADO, 1995b).

Em 1992, o MEC era responsável pelo financiamento de 3067 das bolsas para Residência Médica em todo o país e o governo de São Paulo por 3558 bolsas. Juntos, portanto, o MEC e o governo estadual paulista são responsáveis pelo financiamento de 70 % das bolsas para Residência Médica do país. Há outros Estados, como Bahia, Ceará e Paraná, em que as Secretarias Estaduais de Saúde também são responsáveis pelo financiamento da maior parte das

bolsas disponíveis. As diversas esferas públicas respondem pelo financiamento de mais 80% das bolsas para Residência Médica.

5.3. UMA POSSIBILIDADE DE EXAMINAR O PROBLEMA MAIS DE PERTO: A RESIDÊNCIA MÉDICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Em razão, como já foi dito, de haver mais dados disponíveis sobre a situação da Residência Médica em São Paulo e por aí estarem concentradas grande parte das vagas para Residência de todo o país, considere interessante examinar mais particularmente a realidade paulista, com o objetivo de entender melhor as tendências da Residência Médica no país.

Desde 1979, o governo de São Paulo instituiu o Programa de Bolsas para Aprimoramento de Médicos e Outros Profissionais de Nível Superior que Atuam na Área da Saúde. Embora o Programa seja extensivo a todas as profissões da área da saúde, a Residência Médica sempre ocupou lugar de destaque em seu interior.

Um dos principais objetivos dessa decisão foi criar uma instância de mediação entre hospitais e médicos-residentes, descaracterizando qualquer relação contratual entre essas duas partes. Quer dizer, para eliminar a possibilidade de haver ações trabalhistas movidas pelos médicos-residentes em relação às instituições hospitalares onde era realizado seu processo de treinamento em serviço, era importante descaracterizar qualquer vínculo direto entre os hospitais e os médicos-residentes. A partir da regulamentação da Residência Médica, portanto, a FUNDAP foi encarregada de administrar esse Programa de Bolsas.

5.3.1 AS INSTÂNCIAS DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM SÃO PAULO

A FUNDAP E A COMISSÃO ESPECIAL

A FUNDAP é uma fundação pública, subordinada à Secretaria da Administração do Governo de São Paulo, voltada para o desenvolvimento administrativo no setor público. Escola de governo, planejamento estratégico, condução de projetos em conjunto pelo governo estadual e por outras instituições, pesquisas econômicas, pesquisas na área da saúde e da educação são exemplos de suas atividades.

Para gerenciar o Programa de Bolsas foi criada uma área específica dentro da FUNDAP. Todo o trabalho administrativo em relação aos programas, incluindo matrículas e pagamento de bolsas, é feito através desse setor. No início do processo de regulamentação da Residência, durante a década de 80, a FUNDAP chegou a ter assento na Comissão Nacional de Residência Médica, assumindo a coordenação da região sudeste. Depois, desde que a atual secretária executiva da CNRM assumiu o cargo, houve um distanciamento progressivo entre as duas instituições.

Em função das necessidades surgidas na administração do Programa de Bolsas, a FUNDAP vem desenvolvendo uma série de trabalhos com o objetivo de suprir o vazio técnico deixado pela Comissão Nacional. Assim é que, entre outras iniciativas, coordenou a elaboração dos "Requisitos Mínimos" para os programas de Residência nas diferentes especialidades, desenvolveu metodologia própria de acreditação e de avaliação de programas. A falta de uma política da SES para a Residência Médica tem impedido, entretanto, que o resultado desses trabalhos seja melhor utilizado.

O Programa de Bolsas do governo estadual é administrado pela FUNDAP, mas a instância responsável pelas decisões políticas fundamentais, especialmente em relação às bolsas (número, alocação, valor) é, desde o final da década de 80, o CONFORPAS (Conselho Estadual de Formação Profissional na Área da Saúde), que é presidido pelo Secretário Estadual da Saúde.

Entre a gerência do Programa e o CONFORPAS está a Comissão Especial da FUNDAP, que procura interferir de maneira organizada nas decisões do CONFORPAS. De um modo geral essa Comissão tem buscado apoiar suas deliberações e propostas em pareceres técnicos consistentes. No entanto, é preciso dizer que essa instância recebe influência muito maior das Universidades do que dos serviços. Isso se explica por sua composição: um representante de cada uma das Universidades estaduais, um representante do Hospital do Servidor Público Estadual e um representante do Grupo de Acompanhamento dos Programas de Residência Médica, Internato e Estágio da SES. A Presidência da Comissão Especial cabe a um elemento indicado pela FUNDAP.

O Grupo de Acompanhamento foi criado pela Secretaria da Saúde quando um número significativo de instituições da rede de serviços passou a oferecer atividades didáticas – internato e Residência Médica. Seu papel é exatamente o de supervisionar e apoiar o desenvolvimento das atividades didáticas nas instituições de serviços.

A representação do Grupo de Acompanhamento na Comissão Especial, desde há algum tempo, passou a ter um caráter extremamente ambíguo. Por um lado o grupo representado teve sua composição bastante ampliada, atualmente ele é composto por 8 escolas médicas privadas, 3 hospitais privados e 11

hospitais da rede. Por outro lado, essa representação passou a ter uma vinculação muito grande com a Secretaria da Saúde; conseqüentemente, o delegado do Grupo de Acompanhamento muitas vezes, comporta-se como se fosse o representante da **Secretaria** na Comissão Especial e faz o mesmo junto aos hospitais.

Quando o Programa de Bolsas restringia-se às Universidades estaduais (inicialmente todas, exceto a UNICAMP) e a hospitais da rede estadual, a composição da Comissão Especial era adequada para as deliberações necessárias. Atualmente a composição oferece peso desproporcional às universidades, considerando-se a gama de instituições envolvidas no Programa e até mesmo o número de bolsas por elas controlado.

O GRUPO DE ACOMPANHAMENTO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA, INTERNATO E ESTÁGIO DA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

Na prática, apesar de o papel desse Grupo ser de acompanhamento dos programas, durante o governo Fleury ele atuou de forma mais ampla e tornou-se um polo de elaboração de políticas para a Residência Médica em São Paulo. Apesar de suas propostas em princípio dizerem respeito somente às instituições que o Grupo supervisiona, muitas vezes houve a tentativa de expandi-las para o conjunto do Programa de Bolsas.

O Grupo de Acompanhamento buscou ter um funcionamento autônomo em relação à Comissão Especial e, a partir de sua vinculação com a SES, procurou fortalecer-se para tomar decisões independentemente das deliberações daquele fórum.

Por sua iniciativa foi instituída a primeira fase unificada no exame de seleção para os programas de Residência Médica das instituições que fazem parte do Programa de Bolsas (com exceção inicialmente das universidades). Foi sua também a iniciativa de exigir dois anos de residência geral como pré-requisito para especialização nas áreas de Clínica Médica e Cirurgia, assim como também a responsabilidade pela rearticulação da Comissão Estadual de Residência Médica em São Paulo.

A COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

A Comissão Estadual em São Paulo foi reativada em 1993, com o objetivo de conseguir que as atribuições e os recursos correspondentes a São Paulo fossem descentralizados, ou seja, repassados pela CNRM para a Comissão local. A composição das comissões estaduais é padrão em todo o país, já que foi definida na própria resolução sobre sua criação. Essa composição reproduz localmente a composição da CNRM.

Na prática, por não ter conseguido que a descentralização em relação à CNRM de fato ocorresse e assim lhe fosse repassada a contribuição paga à Comissão Nacional por todas as instituições credenciadas, a Comissão Estadual passou a funcionar sob a tutela da Secretaria Estadual da Saúde, pois depende de seus recursos para operar.

Alguns exemplos dessa dependência: até mesmo os pareceres da Comissão Estadual a respeito de instituições visitadas são impressos em papel timbrado da SES. Essa ligação umbilical se fez através da coordenação do Grupo de Acompanhamento. Aliás, o representante do Grupo de Acompanhamento que conversa com as instituições que fazem parte do

Programa de Bolsas em nome da SES, o representante do Grupo na Comissão Especial e o atual presidente da Comissão Estadual são a mesma pessoa (apesar de não estar vinculado a nenhum programa de residência atualmente).

Um aspecto positivo importante da reativação da Comissão Estadual foi que ela propiciou a incorporação de muitas instituições isoladas (as que não fazem parte do Programa de Bolsas) às discussões sobre credenciamento, qualidade de programas etc.

Em 1993 a Comissão Estadual recebeu do CONFORPAS a incumbência de proceder à avaliação dos programas de Residência Médica de São Paulo, enquanto a FUNDAP foi encarregada de avaliar as instituições que mantinham esses mesmos programas. Em decorrência da falta de infra-estrutura e de metodologia adequada para a realização do trabalho, foram enfrentadas muitas dificuldades. Suspensas por um período, as visitas da Comissão Estadual às instituições foram retomadas em 1994, mas sem discussão sistemática e referenciais sólidos que as respaldem e acabaram não levando a nenhum produto específico.

Na atual gestão, como a Secretaria da Saúde não tem demonstrado interesse em continuar respaldando a Comissão Estadual, ela teve sua importância diminuída. Há alguns indícios que corroboram essa hipótese: o exame único foi descaracterizado (já há quase tantas exceções quanto instituições participantes), não há candidatos à presidência da Comissão e suas reuniões perderam a regularidade.

A SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

Como já foi dito, desde o início da década de 80 o governo estadual vem assumindo progressivamente, através do CONFORPAS, o papel de financiador das bolsas de Residência Médica em São Paulo.

Controlando o pagamento das bolsas para Residência Médica, o governo estadual e, em última instância, a Secretaria do Estado da Saúde teriam condições bastante favoráveis para interferir decisivamente na política de formação dos médicos - direcionando a especialização segundo os interesses do Sistema Único de Saúde ou da política de saúde que julgasse mais correta, exigindo qualidade dos programas, integração com o restante da rede de serviços públicos etc.

No entanto, apesar de quase 15 anos passados e do grande volume de recursos destinados ao financiamento das bolsas, nenhum governo ou gestor da Secretaria Estadual da Saúde elaborou ou procurou articular a elaboração de uma política para a área.

Principalmente entre 1987 e 1994, nos governos Quercia e Fleury, é verdade, a concessão de bolsas foi utilizada pela Secretaria da Saúde como "contrapartida" aos serviços prestados por entidades privadas ao SUS. De fato, oferecer Programas de Residência Médica passou a ser um bom negócio para algumas instituições privadas em São Paulo. Além de passarem a receber do SUS pela tabela especial para hospitais com atividades didáticas, rapidamente procuraram ingressar no Programa de Bolsas. Beneficiavam-se, assim, triplamente: por receberem pela tabela especial (FIDEPS), por terem mais médicos para sustentar as atividades assistenciais e por poderem se desobrigar

do pagamento das bolsas sem qualquer contrapartida (pois "já prestam serviços ao SUS").

Outros beneficiários têm sido as escolas privadas de São Paulo. A maior parte das escolas privadas isoladas de Medicina foi criada a partir do final da década de 60. São, em sua maioria, escolas que não conseguiram atingir padrões mínimos de qualidade, que carecem de corpo docente qualificado e de bons locais para o treinamento prático dos estudantes e dos residentes. Apesar de todos esses problemas, elas têm sido contempladas com as bolsas pagas pelo governo.

É o que indicam os dados apresentados na tabela

Tabela 4 - Taxa de crescimento das bolsas no Programa de Bolsas do Governo de São Paulo entre 1992 e 1996.

Instituições	Taxa de crescimento das bolsas
Escolas médicas privadas	18,6%
Hospitais privados	6,2%
Universidades Públicas	3,4%
Hospitais da rede estadual	2,7%
Hospital do Servidor Público Estadual	1,2%
Hospital da Segurança Pública	0
Média	8,33%

Fonte: FUNDAP. Programa de Bolsas de Residência Médica, 1996.

A composição atual do Programa de Bolsas do Governo Estadual é a seguinte:

Tabela 5 - Distribuição das bolsas de Residência Médica do Programa de Bolsas da FUNDAP por tipo de instituição, 1996.

Instituições	No. de bolsas	%
Universidades Públicas	1959	48%
Escolas Médicas particulares	1029	25%
Hospitais da rede estadual	896	22%
Hospitais privados	201	5%
Total	4085	100%

Fonte: FUNDAP. Programa de Bolsas de Residência Médica, 1996.

Nunca foram formulados critérios claros para apoiar a concessão de bolsas, não existem programas ou áreas prioritários para a concessão de bolsas. A distribuição atual de vagas para Residência Médica segundo as especialidades no estado de São Paulo é a que se vê na tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das vagas credenciadas por especialidades em São Paulo, 1996

Grupo de Especialidades	Vagas de R-1	Total de vagas
Áreas Básicas	Nº	Nº
Clínica Médica	277	512
Pediatria	252	615
Cirurgia Geral	217	465
Ginecologia e Obstetrícia	163	408
Medicina Preventiva e Social	40	90
Medicina Geral e Comunitária	17	42
SUBTOTAL	966 (46,4%)	2132 (41,1%)
Especialidades Clínicas	Nº	Nº
1? Psiquiatria	80	210
2? Cardiologia	80	201
3? Doenças Infecciosas e Parasitárias	56	138
4? Dermatologia	41	110
5? Neurologia	37	115
6? Nefrologia	35	84
7? Hematologia e Hemoterapia	24	63
8? Pneumologia	23	56
9? Endocrinologia/Metabolismo	22	53
10? Reumatologia	19	45
11? Gastroenterologia	18	46
12? Oncologia	16	41
13? Patologia Clínica	15	55
14? Terapia Intensiva	13	21
15? Genética Médica	5	15
16? Alergia/Imunologia	5	15
17? Medicina Física e Reabilitação	5	15
18? Geriatria/Gerontologia	2	4
19? Nutrologia	2	4
SUBTOTAL	616 (14,5%)	1334 (25,3%)
Especialidades Cirúrgicas	Nº	Nº
Ortopedia e Traumatologia	88	300
Oftalmologia	57	160
Otorrinolaringologia	35	99
Cirurgia Vascular Periférica	30	63
Urologia	30	72
Cirurgia Gastroenterológica	25	64
Cirurgia Plástica	24	67
Neurocirurgia	22	98
Cirurgia Cardiovascular	20	69
Cirurgia Oncológica	14	36
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	13	33
Cirurgia Pediátrica	13	46
Cirurgia Torácica	10	26
Proctologia	7	14
Cirurgia do Trauma	5	7
Cirurgia Experimental	3	6
SUBTOTAL	396 (12,0%)	1160 (22,40%)
Métodos e Técnicas Diagnósticas	Nº	Nº
Anestesiologia	99	220
Radiologia	56	166
Anatomia Patológica	33	102
Medicina Nuclear	10	30
Radioterapia	7	20
SUBTOTAL	205 (9,8%)	538 (10,4%)
Outras especialidades	Nº	Nº
Informática Médica	4	8
Endoscopia Geral	2	6
Endoscopia Multidisciplinar	2	4
SUBTOTAL	6 (0,25%)	18 (0,34%)
TOTAL GERAL	2083 100%	5182 100%

Fonte: FUNDAP, Banco de Dados sobre Residência Médica, 1996.

Esses dados mostram que pouco menos da metade das vagas iniciais para Residência Médica correspondem às áreas básicas. Tanto em Clínica Médica como em Cirurgia Geral estão incluídas vagas para os residentes que continuam na especialidade e também para os que as utilizam apenas como pré-requisito para uma outra especialidade clínica ou cirúrgica (nas instituições em que não há acesso direto a essas especialidades). Assim, de fato, a especialidade básica que oferece maior número de vagas é a Pediatria.

Também é interessante observar a média de crescimento das vagas dos programas por grandes grupos de especialidades, bem como as médias de preenchimento das vagas de R1 (residentes de primeiro ano) e do total de vagas dos programas (incluindo aí todos os anos de duração dos programas):

Tabela 7 - Média de Crescimento e de Preenchimento das Vagas de R1 e Total de Vagas por Grupos de Especialidades , 1992-1996.

Média de Preenchimento

	Média de Crescimento	R1	Total
Áreas Básicas	3,85	71,10	66,86
Especialidades Clínicas	5,88	77,71	72,96
Especialidades Cirúrgicas	8,66	85,11	79,13
Métodos e Técnicas de Diagnóstico	10,24	78,76	69,08
Outras Especialidades	11,11	55,00	52,29

Fonte: FUNDAP

Programa de Bolsas de Residência Médica

O quadro abaixo mostra o comportamento especificamente em cada uma das especialidades básicas e em cada ano do programa:

Tabela 8 - Média de crescimento e preenchimento das vagas de R1 a R4 nas áreas básicas, 1992 - 1996

Áreas Básicas	Média de crescimento	Média de Preenchimento				
		R1	R2	R3	R4	R1 a R4
Ginecologia e Obstetrícia	6,07	95,21	90,02	91,58	80,00	92,22
Cirurgia Geral	10,73	94,20	85,34	47,71	70,00	85,47
Pediatria	6,80	88,99	85,18	76,68	82,86	85,31
Clínica Médica	10,63	92,13	68,58	37,75	-	78,12
Med. Preventiva e Social	1,74	42,05	38,30	39,78	-	40,16
Med. Geral e Comunitária	-14,00	14,00	16,3	43,3	-	19,9

Fonte: FUNDAP

Programa de Bolsas de Residência Médica

As taxas de incremento observadas revelam fenômenos distintos: em alguns casos que houve a incorporação de novas instituições (por exemplo, as altas taxas em Oncologia expressam a incorporação ao Programa de Bolsas de três novas instituições especializadas nessa área). De outro lado, várias instituições passaram a exigir dois anos como pré-requisito na área de Clínica Médica e Cirurgia Geral e houve também o prolongamento da duração de programas em várias especialidades.

Algumas especialidades enfrentam dificuldades generalizadas para o preenchimento de suas vagas. Patologia Clínica, Medicina Preventiva e Social estão entre elas. Especialidades como Pediatria e Patologia enfrentam

dificuldades para o preenchimento das vagas dependendo das instituições. Por exemplo, as vagas de Pediatria oferecidas pelo HC-FMUSP vem sendo totalmente preenchidas, mas com médicos oriundos de outras escolas. Nos hospitais da rede, no entanto, muitas vagas de Pediatria ficam ociosas.

AS RELAÇÕES ENTRE FUNDAP, COMISSÃO ESTADUAL, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE E CNRM

As relações entre todas essas instâncias relacionadas à Residência Médica em São Paulo variaram desde a instituição do Programa. Num primeiro momento, como já foi dito, a FUNDAP tinha relações de colaboração com a Comissão Nacional e a Comissão Especial tinha um papel de destaque na elaboração das diretrizes para Residência Médica no estado.

Em vários momentos a Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo entrou em atrito com a CNRM. O exemplo mais recente ocorreu em 1995: na maior parte do tempo desde a regulamentação da Residência, a bolsa paga aos residentes em São Paulo teve valor superior ao estabelecido pela CNRM. No entanto, exatamente em 1995, em decorrência da política de contenção de gastos do governo estadual, a bolsa em São Paulo ficou abaixo do valor federal. Coincidentemente, esse foi um dos momentos em que a Comissão Estadual vinha de um período de fortalecimento, quando assumira suas funções locais (isso havia ocorrido principalmente no governo Fleury; 1995 corresponde ao primeiro ano do governo atual e ainda estavam prevalecendo nessa área as articulações existentes no governo anterior). A CNRM utilizou o valor da bolsa como argumento para ameaçar de suspensão do credenciamento de todos os programas de São Paulo, independentemente de sua qualidade e de outros

requisitos, num movimento que tinha como objetivo claro enfraquecer a Comissão Estadual.

A Secretaria da Saúde, dependendo do governo e dos interesses em jogo, teve alternadamente maior interesse em se apoiar na Comissão Especial da FUNDAP ou no Grupo de Acompanhamento para tomar suas decisões em relação à Residência Médica. E é essa a raiz do conflito que muitas vezes ocorreu entre esse Grupo de Acompanhamento e a Comissão Especial: estava em disputa a formulação da política para o setor (e, por extensão, o controle dos programas).

5.3.2 AS CONDIÇÕES CONCRETAS DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM SÃO PAULO

Considere importante levar em conta a realidade onde se desenvolvem os programas de Residência Médica, procurar saber se os programas se caracterizam principalmente como processo de formação ou como prestação de serviço, identificar as soluções encontradas pelas diversas instituições na organização dessa atividade. Para isso lancei mão de um estudo realizado pela FUNDAP em 1993.

Esse é o estudo mais abrangente de avaliação de programas de Residência Médica e foi encomendado à FUNDAP pelo CONFORPAS. Já que o governo estadual financia o Programa de Bolsas, a Secretaria da Saúde considerou pertinente conhecer as condições de operação das instituições mantenedoras dos programas de Residência.

A pesquisa a que me refiro foi, portanto, um projeto de avaliação das 29 instituições que então faziam parte do Programa de Bolsas (FEUERWERKER,

1996b).

Participei desse projeto a partir do momento em que já estavam sendo aplicados os primeiros questionários dirigidos às instituições e a cada um dos programas nelas existentes. Ao longo do processo de avaliação participei do desenho de outros instrumentos de coleta de dados e do processo de visitas às instituições.

Foram utilizados instrumentos de análise quantitativa e qualitativa para avaliar as condições de trabalho das instituições e a orientação técnico-pedagógica dos programas.

Pôde-se verificar que os graves problemas decorrentes das deficiências do sistema de saúde refletiam-se diretamente no funcionamento dos hospitais e na possibilidade de desenvolvimento satisfatório dos programas de Residência Médica.

Vale a pena destacar alguns aspectos identificados pelo estudo:

- em todos os hospitais houve referências a problemas de superlotação de ambulatorios e prontos-socorros, problemas esses que interferiam na qualidade do atendimento, na resolubilidade dos serviços e na possibilidade de treinamento adequado dos residentes
- a maioria dos serviços eram hospitais e funcionavam de maneira desarticulada em relação ao restante da rede de serviços
- a falta de recursos materiais e de pessoal, especialmente de enfermagem, era fator que contribuía decisivamente para comprometer as condições de trabalho, para reduzir o número de leitos e para tornar inadequado o funcionamento de serviços (como centros cirúrgicos, por exemplo), o que era considerado prejudicial ao aprendizado dos residentes
- parte considerável da capacidade de atendimento dos serviços depende do

trabalho dos residentes. Muitos hospitais não poderiam prescindir do seu trabalho sem comprometer a continuidade da assistência aos pacientes

- muitas das instituições estudadas, especialmente as ligadas aos hospitais universitários estaduais, não demonstraram grande preocupação com a eficiência na utilização de recursos
- a pior qualificação do corpo de enfermagem foi encontrada nas instituições ligadas às escolas privadas. A falta de funcionários foi problema apontado em 24 das 29 instituições.

Em relação à orientação técnico-pedagógica, são importantes os seguintes aspectos:

- as instituições que contavam com corpo médico com menor número de horas contratuais e com menor qualificação docente eram as ligadas às escolas médicas privadas, seguidas depois por parte significativa das instituições vinculadas à rede assistencial
- a grande maioria dos programas era realizada quase exclusivamente dentro de instituições hospitalares
- existia supervisão na maior parte das atividades realizadas pelos residentes
- existia programação didática, de adequação e qualidade variáveis, em praticamente todas as instituições e programas
- apesar disso, e de estarem todos credenciados pela CNRM, o nível de heterogeneidade entre programas dentro de uma mesma especialidade nas diferentes instituições era notável
- não existia um perfil definido para os especialistas que se deveria formar e nem uma avaliação crítica sobre os especialistas que se estava formando na prática.

O estudo propiciou a identificação de seis grupos homogêneos dentre as

instituições, bem como seus pontos fortes e fracos. Os dois grupos com problemas mais graves eram constituídos por duas escolas médicas privadas, quatro hospitais da rede pública e dois hospitais conveniados.

O processo de visitas e entrevistas gerou grande quantidade de informações qualitativas a respeito dos programas e das instituições. Pareceu-me interessante destacar as impressões mais freqüentemente manifestadas pelos residentes durante essas visitas. Dizem respeito à Residência, ao seu trabalho e às suas relações com as instituições:

- temos hora para entrar, mas não temos hora para sair
- trabalhamos muito, mas é através do trabalho que podemos aprender
- trabalhar muito faz parte do acordo: só assim dá para aprender
- é importante a supervisão, desde que feita por profissionais experientes e que tenham experiência a transmitir
- o movimento aqui é grande, mas em compensação existe uma grande variedade de casos e muitas oportunidades para realizar procedimentos importantes.

5.4. OS MÉDICOS-RESIDENTES

Foi exatamente a partir do fenômeno da expansão da procura pela Residência Médica e da multiplicação indiscriminada da oferta de programas que os médicos-residentes começaram a organizar seu movimento.

Em 1967 foi criada a ANMR, a partir de um congresso que buscou reunir representantes dos médicos-residentes de todo o país. Ante a omissão total das entidades médicas e das autoridades educacionais, a Associação assumiu como uma de suas tarefas a elaboração de normas mínimas de

funcionamento para os programas de RM, que passaram a ser negociadas com os hospitais (MATTO, 1973).

Era realmente uma situação um tanto *sui-generis*. A Associação não era um órgão que tivesse qualquer poder oficial, não abrangia sequer o conjunto dos médicos-residentes em seus primeiros anos de funcionamento (pois estava muito concentrada nos Estados do sul do país) e, no entanto, assumiu na prática a tarefa de credenciamento de instituições e programas de RM. Os certificados de RM chegaram a ser emitidos e assinados pela entidade.

Paralelamente, a ANMR procurava negociar com as demais entidades de classe e com as autoridades educacionais outros mecanismos de controle do processo. Talvez exatamente por estarem buscando apoio mais amplo para suas reivindicações, os médicos-residentes ocupavam todos os espaços existentes de discussão sobre a educação e a profissão médicas para difundir suas propostas. Estiveram ativamente presentes, por exemplo, nos Congressos da ABEM nesse período.

O fato de buscarem os Congressos da ABEM como espaço para discussão da Residência Médica provavelmente era um reflexo da maneira como encaravam o problema. Quer dizer, a Residência Médica trazia em si problemas de dupla natureza - a organização pedagógica do aprendizado e as condições de trabalho e o nível de remuneração oferecido pelas instituições. A linha mestra de intervenção da ANMR nesse período estava orientada à necessidade de regulamentação oficial da RM, com o estabelecimento de requisitos e currículo mínimos para os programas em cada especialidade. Secundariamente, defendiam a necessidade de um piso mínimo para a remuneração dos residentes com o objetivo de eliminar o fenômeno generalizado da exploração da mão-de-obra barata. Era natural, portanto, que,

em se tratando de um problema com forte conteúdo educacional, o Congresso da ABEM fosse um dos fóruns eleitos para sua discussão.

Há um estudo que indica existirem duas correntes em relação à Residência Médica nesse período: uma pedagógica (para o autor identificada com as concepções liberais em relação à prática médica) e outra trabalhista. Na verdade as duas posições divergiam a respeito do aspecto principal a ser tratado (pois a existência de problemas de natureza pedagógica e trabalhista na Residência Médica era amplamente reconhecida por todas as correntes) (ELIAS, 1987)

A corrente pedagógica seria representada pela ABEM e pela AMB, por exemplo. E a corrente trabalhista fundamentalmente pelo próprio movimento dos residentes e por correntes sindicalistas ligadas ao Movimento de Renovação Médica.

Em 1972, a AMB e a ANMR formaram uma comissão conjunta para estabelecer normas mínimas para o credenciamento de programas de Residência Médica dos hospitais, mas o processo ainda continuava a cargo da ANMR.

Ao longo dos primeiros anos da década de 70, foram surgindo diversas propostas de regulamentação da Residência Médica, tendo como preocupação central a criação de requisitos mínimos para a operação dos hospitais, o conteúdo e a estrutura dos programas de RM e o estabelecimento de um nível mínimo para a remuneração dos médicos-residentes. Existia também a discussão a respeito dos métodos para obtenção do título de especialista: a RM seria um pré-requisito fundamental a ser considerado pelas Sociedades de Especialistas quando da concessão do título, a RM conferiria automaticamente o título etc. Em geral as propostas conferiam à AMB e às Sociedades de

Especialistas a ela filiadas um papel importante nesse processo de regulamentação. Também a participação do MEC era apontada como indispensável, já que se tratava de regulamentar uma atividade que se referia ao processo de formação profissional, no contexto da pós-graduação *sensu latu* (CARVALHAES, 1971), (TOLOSA, 1973), (IBAÑEZ, 1974), (PORTO, 1973).

A ABEM num primeiro momento parece ter encarado de fato o problema da RM como um tema relevante em sua agenda, já que esse debate esteve presente na pauta de suas reuniões anuais - como tema livre (1970, 1971), como trabalhos apresentados (1972, 1973, 1974) e como tema de mesa-redonda (1975). Entretanto não há praticamente nenhum artigo sobre esse tema publicado na revista da entidade no mesmo período.

Em diversas manifestações dos médicos-residentes nesses fóruns, era marcante a concepção de que na verdade o elemento essencial para definir a orientação, tanto do curso médico ao nível de graduação como da RM, seria o estabelecimento de uma política nacional de saúde, que reorganizasse o mercado de trabalho. Predominava portanto a idéia de que seriam as mudanças no mercado de trabalho aquelas capazes de originar a força necessária para provocar mudanças no conteúdo e orientação da formação profissional (ALMEIDA, 1974), (QUEIROZ, 1975), (ALMEIDA, 1975), (RIGATTO, 1975), (BACHA, 1975).

Já no final da década de 70, momento em que o movimento nacional dos médicos-residentes atingiu seu auge, a reivindicação de conteúdo trabalhista (piso salarial, carteira assinada, reconhecimento de direitos trabalhistas aos médicos-residentes) tinha adquirido maior destaque do que as reivindicações de cunho educacional (regulamentação, requisitos mínimos etc.). Os residentes também não mais defendiam o regime de dedicação exclusiva, por considerar

que a Residência Médica deveria ser encarada como um emprego do jovem médico (e não haveria nenhum motivo para que esse emprego fosse exclusivo) (PORTO, 1975).

Os médicos-residentes anteciparam formas de luta que se ofereceriam à categoria somente no início da década seguinte, com o fortalecimento da representação sindical dos médicos. Inicialmente, como dissemos, a luta tinha duplo aspecto: melhores condições de ensino e melhores salários. Depois, prevaleceu a visão trabalhista.

No princípio, a relação do movimento dos médicos-residentes com as demais entidades de classe foi conflituosa. Com a ascensão do Movimento Renovação Médica, que conquistou a diretoria da maioria das entidades médicas, passou a haver uma relação mais harmoniosa.

Em 1977 foi criada a CNRM. Depois de três anos de trabalho, em 1981 foi regulamentada a RM e passou a haver um processo de credenciamento dos programas existentes. Paradoxalmente, o movimento dos residentes passou a defender o não descredenciamento das instituições com programas em situação irregular. Tratava-se presumivelmente da defesa dos “postos de trabalho”, pois, independentemente da qualidade dos programas, todas as instituições naquele momento tinham que se submeter à norma em relação ao piso salarial.

Daí em diante, até 1994, praticamente o único objetivo de luta dos médicos-residentes em nível nacional foi o valor da bolsa dos residentes. Houve diversas greves nacionais e, como já visto, mudanças na maneira de calcular o valor da bolsa. Foi iniciativa dos médicos-residentes elaborar um projeto substitutivo da lei que regulamenta a Residência Médica atualmente na Câmara Federal e eles têm tido papel ativo na inclusão de modificações à proposta original ao longo destes anos.

Em 1994, por iniciativa da Associação dos Médicos-Residentes do Estado de São Paulo (AMERESP), foi realizado em São Paulo um Fórum Nacional sobre Residência Médica, que tinha a qualidade e a necessidade de avaliação da Residência Médica como tema principal.

6. EDUCAÇÃO MÉDICA E RESIDÊNCIA MÉDICA: OS SUJEITOS E SEUS CAMINHOS

Neste capítulo procurei identificar os sujeitos da educação e da Residência Médica no Brasil, as relações entre eles e seus projetos. Mais uma vez nos últimos 30 anos, o discurso em relação à educação médica foi impotente, ou seja, os projetos não foram capazes de produzir mudanças significativas e duradouras. Faço, por isso mesmo, uma sucinta análise de alguns problemas conceituais que pude identificar nessas proposições.

Num movimento certamente muito relacionado com a evolução da educação médica, nesse mesmo período houve um crescimento muito significativo da Residência Médica. Procurei então discutir as razões desse movimento, sua natureza e suas relações com os processos de mudança na saúde, tanto ao nível dos serviços como da educação médica.

Termino apresentando uma proposta de articulação dos movimentos de mudança na educação médica e na saúde através da Residência Médica.

6.1. A EDUCAÇÃO MÉDICA

A educação médica, como se pôde verificar, nos últimos 30 anos tem sido constante objeto de preocupação, formulação de propostas e de publicação.

No período estudado, é possível identificar como sujeitos fundamentais no cenário da educação médica na América Latina, e particularmente no Brasil, a OPS, a Fundação Kellogg, a Comissão de Ensino Médico do MEC, a ABEM, as escolas médicas, os estudantes de medicina e, mais recentemente, a CINAEM. Nas escolas médicas, entre os docentes, há pelos menos duas

correntes a destacar: uma vinculada à medicina social e coletiva e outra, que chamarei pedagógica, mais ligada às questões específicas da educação médica.

Todos esses são sujeitos que identificaram problemas, discutiram-nos, formularam e apresentaram propostas em relação à educação médica. Essas correntes, apesar de atuantes, não chegaram a ser majoritárias dentro das escolas médicas no período estudado. Ou seja, as propostas de mudança enfrentaram sempre grandes resistências. A corrente hegemônica dentro das escolas pouco se manifestou nos fóruns de discussão sobre educação médica, mas sustentou e levou à prática as visões e formulações até hoje predominantes nessa área.

Há também que se mencionar todos os atores mais diretamente relacionados ao cenário da saúde e à construção dos sistemas de atenção à saúde em vigência no país. O Ministério da Saúde, durante um longo período o Ministério da Previdência Social, o Conselho Nacional de Saúde, os governos estaduais e municipais, as secretarias estaduais e municipais de saúde e os respectivos conselhos. Também a indústria farmacêutica e de equipamentos, o setor privado de produção de serviços de saúde, de seguros - saúde, convênios e outras modalidades de pré-pagamento, além dos diferentes tipos de associações médicas, os conselhos profissionais federal e regionais, o movimento sindical da área da saúde etc. Todos são sujeitos fundamentais na conformação e funcionamento dos sistemas de atenção à saúde e os sistemas de atenção à saúde, como já se viu, têm uma influência decisiva sobre o perfil da educação dos profissionais de saúde e da educação médica em particular.

No entanto, com a exceção de questões e momentos específicos, os sujeitos mais relacionados ao cenário da saúde não formulam direta ou claramente sobre educação médica, nem se manifestam nos seus fóruns

específicos. Por isso serão citados e identificados apenas em certos momentos ao longo desta discussão.

Quais os temas abordados pelas propostas apresentadas na área da educação médica no período estudado? Numa primeira fase, houve preocupação em relação à necessidade de ampliar o número de médicos e como proceder a essa ampliação, sobre o processo de seleção e ingresso nas universidades, o papel que a estrutura das faculdades de medicina e das universidades desempenhava no processo de mudança da educação médica.

A terminalidade do curso de graduação, o médico a ser formado, a orientação fundamental do processo de formação (científica ou mais voltada para o serviço) e o papel das ciências básicas foram temas essenciais numa segunda fase. Assim como a necessidade de integração básico-clínico, a importância de aprender fazendo, a importância da integração das escolas médicas com o serviços de saúde e da diversificação dos cenários de aprendizagem também foram assuntos de destaque.

Também foram amplamente discutidos outros temas relativos ao conteúdo da formação, como a importância da interdisciplinaridade, a epidemiologia como instrumento para a eleição dos conteúdos a serem abordados nas diversas disciplinas, a necessidade de ampliar os conteúdos sobre promoção da saúde e prevenção das doenças, de introduzir a sociologia e as ciências do comportamento nos currículos, assim como conceitos de custo-benefício, eficiência e eficácia de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Outro tema recorrente foi a necessidade de propiciar experiência de trabalho multiprofissional e em equipe ao longo do processo de formação. Mais recentemente, a qualidade, a necessidade de avaliar a educação médica, a avaliação como um instrumento de transformação, o papel das universidades na

educação permanente do médico, sistemas de acreditação de escolas e de aferição periódica da capacitação dos médicos também adquiriram importância no universo da educação médica.

Como se pode perceber, esses temas têm muito em comum com os identificados por Jorge Andrade em seu estudo na década de 70. Evidentemente, a abordagem conceitual evoluiu de maneira significativa, mas a tônica nesse período de 30 anos foi novamente a enorme dificuldade de se promover mudanças bem sucedidas na educação médica e o progressivo agravamento da crise no setor.

6.1.1. EDUCAÇÃO MÉDICA: OS SUJEITOS E SEUS PROJETOS

Há pelo menos duas instituições internacionais que tiveram grande influência sobre as idéias e propostas que levaram a processos de mudança na educação médica na América Latina e no Brasil em particular (talvez exatamente pelo fato de, durante um longo período, os dirigentes das duas instituições serem brasileiros): a OPS (através do seu Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos) e a Fundação Kellogg (através da Direção de Programas para a América Latina).

É possível definir duas fases na relação entre as duas instituições e em suas ações na América Latina: na primeira, que vai desde meados da década de 60 até a metade da de 80, houve um terreno comum de definições entre elas. A metade para o final da década de 80 marca o momento em que algumas diferenças de abordagem e de conceitos existentes começaram a ser explicitadas. Os documentos - brasileiro e latino-americano - preparatórios das Conferências de Edimburgh ilustram claramente essas diferenças (1^a

Conferência – Kellogg, 2^a Conferência – OPS) e marcam o final desse período de colaboração. Na segunda fase, existe uma coexistência sem muitas oportunidades de colaboração entre a Programação Kellogg para América Latina e o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPS. A proposta UNI e a proposta de qualidade na educação médica ilustram suas proposições mais recentes, num novo período que se iniciou na década de 90.

Nessa primeira fase, durante mais de vinte anos, apesar de haver diferenças conceituais entre suas propostas, houve ações articuladas dessas duas instituições na disseminação de idéias e no apoio a determinadas proposições. Assim foi quando da implantação dos departamentos de medicina preventiva e depois no movimento de integração docente-assistencial, por exemplo.

Durante esse período de ações conjuntas, as duas instituições mantiveram interlocução dentro das escolas médicas tanto com os grupos ligados aos departamentos de medicina preventiva e social como com os grupos vinculados à corrente pedagógica.

Dentro das escolas médicas a interação entre a corrente pedagógica e a vinculada à medicina social pareceu ser importante. A primeira, por sua história e características, tinha maior capacidade de diálogo junto aos demais grupos de professores dentro dessas instituições; a segunda tinha maior capacidade de elaboração teórica e conceitual e estava envolvida em movimentos efervescentes (a gestação da reforma sanitária e a própria constituição da saúde coletiva como campo de conhecimento, por exemplo). Juntas elas levaram à prática grande parte das experiências inovadoras que ocorreram no Brasil nas décadas de 70 e 80.

As proposições de ambas as correntes de um modo geral partiam de críticas parciais e de uma compreensão limitada dos problemas que estavam

procurando abordar. Foi assim em relação à avaliação do potencial de mudança que a introdução da medicina preventiva e social poderia ter na prática médica e no ensino da medicina; em relação à interdisciplinaridade, muitas vezes reduzida à integração vertical/horizontal entre disciplinas estanques; em relação ao papel que a mudança dos cenários de ensino poderia cumprir na mudança do perfil profissional. E assim por diante.

A integração docente-assistencial foi a primeira proposta mais abrangente de mudança na educação médica a ser implementada na prática. As mudanças e os projetos anteriores continham críticas e propostas alternativas ao modelo flexneriano, mas não chegavam a constituir uma proposta global.

Quando as correntes mais ligadas à medicina preventiva e social deslocaram-se em direção à organização de serviços e passaram a dedicar-se apenas residualmente aos processos relacionados à educação médica, observou-se uma perda importante de dinamicidade no movimento de mudança da educação médica no Brasil. Uma das razões para essa perda de força era o isolamento da corrente pedagógica: mudar a educação médica em função de que projeto para a saúde? Em função de que relação com os serviços de saúde? Seus representantes não estavam vinculados ao processo vivo e dinâmico de gestão de mudanças do sistema de saúde. Houve perda de dinamicidade, portanto, porque se perdeu o vínculo com um movimento social real.

Como já se disse, contrastando com a efervescência e a contribuição ativa dos setores da academia ligados à medicina preventiva e social ao processo de reforma sanitária, dentro das escolas, na década de 80, a discussão sobre mudanças na educação médica ficou mais restrita e empobrecida. A corrente pedagógica foi capaz somente de gerar propostas de mudança fracas, descontextualizadas. As reuniões promovidas pela ABEM nesse período foram

dominadas pelos debates em torno de mudanças de grade curricular e de uma apropriação muito limitada das contribuições que a pedagogia poderia trazer para o ensino na área médica.

A rigor, dentro das escolas médicas nesse período, eram as correntes conservadoras as que mantinham vínculos com forças sociais vivas: as que estavam envolvidas no processo de especialização, na maciça incorporação tecnológica, na progressiva capitalização do setor saúde. E era daí que vinham as influências hegemônicas sobre o processo e o conteúdo da formação médica, desestabilizando e destruindo, de maneira mais ou menos violenta, as tentativas de mudança que chegaram a ser implementadas.

O trabalho da OPS pareceu sofrer o mesmo tipo de inflexão feito pelas preventivas e sociais, até porque existia certa identidade político-ideológica entre eles. Durante a década de 80 a ação da Divisão de Recursos Humanos da OPS esteve muito mais claramente comprometida com a divulgação e o apoio à construção dos sistemas locais de saúde, do que com as atividades relacionadas à reflexão e à promoção de mudanças na educação dos profissionais de saúde.

Logo após o movimento inicial de afastamento das correntes ligadas à medicina social do cenário da educação médica, a Fundação Kellogg ainda tentou articular algumas iniciativas com os grupos que se mantiveram na ABEM, vinculados à corrente pedagógica. Nesse contexto ocorreram as reuniões para discutir a Formação do Médico Geral e a do Médico de Família, assim como a articulação e a preparação da participação brasileira na I Conferência de Edimburgh.

No entanto a falta de dinamicidade e de poder de articulação desses grupos era notável e também a Fundação Kellogg afastou-se dessa trincheira. Passou a investir claramente no desenho de uma nova estratégia global para

promover mudanças na educação dos profissionais de saúde a partir de uma avaliação das experiências anteriores, principalmente a IDA, e na interação direta com as escolas interessadas em investir em inovações (a proposta UNI).

Durante toda essa primeira fase, a fragilidade do corpo docente das escolas em relação à conceitualização sobre educação médica foi muito importante, até mesmo entre aqueles grupos de professores mais mobilizados, que participavam de Congressos e Reuniões da ABEM.

A análise do resultado dos processos de preparação para as Conferências de Edimburgh aqui no Brasil é bastante ilustrativa dessa debilidade. As mesmas escolas (e possivelmente até os mesmos representantes de cada escola, já que existe, ano a ano, uma grande coincidência de nomes entre os freqüentadores das reuniões da ABEM) participaram das discussões preparatórias para ambas as Conferências.

No entanto, na primeira Conferência os conceitos difundidos pelos grupos influenciados pela Fundação Kellogg deram o tom do processo de preparação e das conclusões levadas a Edimburgh. Na segunda Conferência, foram as idéias e propostas da OPS que deram o tom do processo de preparação e também das conclusões. Ou seja, as conclusões das reuniões preparatórias refletiram mais as idéias das instituições organizadoras das discussões do que opções conceituais conscientes dos representantes das escolas (que dirá então do corpo docente em geral das escolas...).

A análise do conteúdo das discussões de grupo e das assembléias que ocorreram nos mais recentes Congressos da ABEM revelam que essa fragilidade conceitual continua importante e que houve pouca renovação do conteúdo dos discursos dos representantes de grande parte das escolas (ASSOCIAÇÃO, 1994b) (ASSOCIAÇÃO, 1995b).

A iniciativa da CINAEM tem propiciado a introdução de alguns elementos conceituais inovadores – como a necessidade da participação de atores externos às escolas médicas na discussão do processo de formação profissional. Os projetos UNI tem não somente apresentado a experiência de um novo tipo de relação entre universidade-serviços-comunidade, como têm colaborado na conformação da educação de profissionais de saúde como um campo de estudo específico, através de reflexões sistemáticas, da criação de Núcleos Pedagógicos, do investimento na formação pós-graduada nessa área e da aproximação com núcleos similares de maior tradição existentes em outros países.

Como uma das conseqüências da crise da saúde, existe em muitos países, um movimento de revalorização da prática geral da medicina em detrimento das especialidades e de defesa das práticas de promoção e prevenção em detrimento das ações curativas. Existe ainda uma tendência ao desenvolvimento de alternativas de tratamento e recuperação menos onerosas representadas pela desospitalização, ao fortalecimento de tratamentos domiciliares e de procedimentos ambulatoriais, num movimento que busca finalmente encontrar maneiras de a incorporação tecnológica fazer-se acompanhar de uma redução de custos também na área da saúde.

A grande novidade é que essas iniciativas tem contado com o apoio e o protagonismo dos grupos financiadores da saúde e toda essa mudança já começa a repercutir no processo de formação profissional, com o surgimento de propostas como a medicina baseada em evidências. Ou seja, existe uma tendência de produção de mudanças na educação médica partindo dos grupos que detiveram a hegemonia na área até o momento. E essas propostas incorporam vários elementos contidos no discurso dos que historicamente vêm

propondo mudanças na educação médica.

Os estudantes, desde o final da década de 60 até os dias atuais, foram também sujeitos sempre presentes no cenário da educação médica. Mantiveram espaços de discussão específica sobre o tema (os Encontros Científicos de Estudantes de Medicina, as Semanas de Estudo sobre Saúde Comunitária), além de participarem das reuniões anuais da ABEM (cada vez com um peso maior em suas deliberações). Seu discurso nunca se distinguiu do das principais correntes mudancistas da educação médica: a defesa da formação do médico geral voltado para o atendimento das principais necessidades de saúde da população, a importância da formação científica e da construção de um espírito crítico, a importância da exposição precoce do estudante às experiências com os pacientes nos mais variados cenários etc. Apoiaram sempre todas as propostas e experiências inovadoras, participando ativamente de sua defesa e implantação. Mais recentemente organizaram-se nacionalmente através da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e tiveram participação fundamental na viabilização da proposta da CINAEM.

6.1.2. COMENTÁRIOS SOBRE OS PROJETOS DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Identificar e compreender as dificuldades para promover transformações na educação médica foi um dos motores desta pesquisa. Nesta seção procuro indicar (e discutir brevemente) alguns problemas conceituais das principais propostas de mudança da educação médica (que podem ter contribuído para o seu fracasso até o final da década de 80) e também apontar elementos que podem contribuir para o sucesso de propostas atualmente em construção.

6.1.2.1. ALGUNS PROBLEMAS CONCEITUAIS DAS PROPOSTAS DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO MÉDICA ATÉ O FINAL DA DÉCADA DE 80

No período inicial de capitalização do setor saúde, as mudanças introduzidas na prática médica em consequência da introdução intensiva de tecnologia e do processo de especialização levaram ao surgimento de críticas organizadas em duas vertentes principais, que se refletiam em posturas distintas em relação ao que deveria ser feito na educação médica.

Uma delas, que refletia a posição dos médicos inseridos no exercício liberal da profissão, questionava a deterioração da relação médico-paciente imposta por essas modificações, principalmente no que elas acarretavam em perda de autonomia médica. Eram os defensores da medicina tradicional, da medicina que se aprende à beira do leito do paciente, da clínica soberana em qualquer processo diagnóstico. Defendiam a permanência desses valores, acreditavam que essas deveriam continuar a ser as características fundamentais da educação médica (CINTRA, 1978), (MEIRA, 1978) (RAMOS, 1978).

Uma parte dessa vertente rapidamente adaptou-se às novas circunstâncias da prática médica. Muitos desses eram professores tradicionais, bem sucedidos em sua inserção profissional, que mesmo com as mudanças introduzidas pelo processo de capitalização do setor, mantiveram a possibilidade de uma prática liberal. Esses personagens acabaram tomando a dianteira na introdução das especialidades e da maciça incorporação tecnológica no aprendizado de graduação. Essa corrente pouco se manifestou também nos fóruns de discussão sobre educação médica .

Outra parte buscou novas maneiras de expressar a tentativa de recompor

o ato médico através de propostas totalizantes, de um cuidado que buscasse a obtenção de um estado global de saúde, que levasse em conta o indivíduo como um todo. A escola médica deveria formar um profissional capacitado a essa compreensão mais ampla do ser humano, e isso se daria através de uma formação holística, através da incorporação de novos conhecimentos como as ciências do comportamento, ciências sociais etc.

A outra vertente, de orientação mais crítica, num primeiro momento preocupava-se com a exclusão de parte significativa da população em relação aos serviços médicos, em consequência da elevação vertiginosa de custos (processo que somente se intensificou ao longo dos anos). Havia a preocupação de buscar organizar os serviços de modo a garantir sua mais ampla cobertura.

Identificava-se também o impacto negativo que a introdução das especialidades e da especialização produzia sobre a formação de graduação. Em função da fragmentação do conhecimento e por inviabilizar a formação de um profissional adequado às necessidades da maioria da população. As questões da terminalidade do curso e do profissional que deveria ser formado ao nível da graduação foram ganhando destaque.

Alma Ata teve uma importância fundamental na definição de uma proposta para a organização dos serviços de saúde: a atenção primária à saúde. Essa proposição influenciou profundamente o processo de formulação de políticas de saúde em toda a América Latina e no Brasil em particular.

Como já foi dito, desde o início da década de 70 era feita a crítica da tendência à ineficiência e à iniquidade que o modelo médico-tecnológico e o processo de capitalização do setor saúde ainda incipiente possibilitavam antever. Por isso mesmo as idéias defendidas em Alma Ata foram facilmente assimiladas: vinham ao encontro das idéias que já estavam sendo desenvolvidas

localmente. Imediatamente ganhou força a idéia de as escolas se voltarem à formação dos profissionais necessários à implantação de uma rede de atenção primária à saúde.

Alguns estudos sobre educação médica apontam o fato de que todas essas temáticas abordadas em relação à educação médica “são elaboradas *no interior de movimentos por reforma da produção e distribuição dos serviços médicos no conjunto da sociedade*, seja pela tentativa de recomposição do ato médico individual, seja pela tentativa de rearticulação dos serviços médicos. Nessa medida, as necessidades sociais relativas à produção dos serviços médicos, mesmo que diversamente conceituadas, constituem a questão centralmente abordada em qualquer das temáticas. (...)Vale ressaltar, nesse sentido que, até em contraste com as questões que envolvem a Educação em geral, aqui “os desajustes” do médico ao se incorporar à prática profissional no interior do mercado concreto de trabalho, ou às hierarquias ocupacionais de diferenciação técnica e social do trabalho médico, parecem não constituir questões tão agudas, ao longo da história de prática médica no capitalismo. (...) Além disso, em todos os casos, caracterizam-se na qualidade de propostas que pretendem a reformulação da própria prática médica, a ser conquistada mediante *transformações educacionais* em mudanças na educação escolar. Por isso podem ser também tomadas como expressões concretas da concepção do processo educacional enquanto “produto e instrumento”, de mesma forma que os já apontados estudos que defendem a “tese da inadequação”, com os quais estas propostas ora em pauta formam um mesmo conjunto” (SCHRAIBER, 1989).

Além de serem críticas que se faziam do “interior de movimentos por reformas do sistema de produção de serviços médicos”, correspondiam a

manifestações fragmentadas e parciais às transformações que a introdução do capitalismo no setor saúde provocavam na prática médica e na lógica de prestação de serviços.

Algumas das questões levantadas como “inadequações e desajustes” naquele momento ainda não correspondiam a um problema que estivesse obstaculizando o desenvolvimento do setor saúde do ponto de vista econômico. **No entanto, é preciso ressaltar que essas, de fato, eram questões importantes, que vieram a se concretizar como problemas algum tempo depois.** Por exemplo a incorporação acrítica de tecnologia era apontada como uma das razões para a intensa elevação de custos e, conseqüentemente, a exclusão de uma parcela da população do acesso aos serviços de saúde. Longe de ser um problema, o processo de incorporação de tecnologia naquele momento era um instrumento eficaz de capitalização do setor, mas esse atualmente se tornou um problema real, em função de a elevação de custos ter se transformado em um obstáculo à viabilidade financeira do setor.

O mesmo ocorrera com o movimento pela introdução da Medicina Preventiva no processo de formação dos médicos. É claro que como crítica à prática médica ela foi parcial, incompleta e invertia a lógica das relações de determinação (prática médica - educação médica). Mas no fundo da proposição havia a identificação de um fato, que atualmente também se tornou um problema crucial à racionalidade econômica do sistema: a necessidade investir na promoção e prevenção de doenças, que certamente tem custo-benefício maior do que o tratamento e a reabilitação. No entanto, a proposta naquele momento histórico esbarrava em uma dificuldade intransponível, pois era principalmente através do tratamento e da reabilitação dos doentes que se viabilizava a capitalização do setor saúde.

Um **primeiro problema** dessas propostas de mudança, então, foi sua dificuldade em traduzir para o campo da educação médica insuficiências e distorções da prática médica e da organização dos serviços de saúde (diagnosticadas de maneira parcial e incipiente).

Sempre gerou resistências dentro das escolas médicas o fato de a proposta de médico generalista (geral ou qualquer dos títulos que a proposta recebeu ao longo do tempo) trazer “embutida” uma série de conceitos e preconceitos .

Estava de certo modo subentendido (e algumas vezes explicitado) um certo “terceiro-mundismo” e uma insatisfatória polarização liberal - especialista - consumidor de tecnologia *versus* assalariado - generalista - atenção realizada com baixo emprego de tecnologia.

O “terceiro-mundismo” se manifestava em primeiro lugar por se considerar que os países em desenvolvimento, em função da urgência em produzir médicos voltados à atenção primária, deveriam dar ênfase à sua orientação para o serviço .

Em segundo lugar, manifestava-se através da subestimação da importância e do impacto da transição epidemiológica nos países em desenvolvimento. Ou seja relutava-se em reconhecer que as doenças crônico-degenerativas vinham ganhando importância, tornando complexo o quadro epidemiológico desses países. Foram necessários muitos anos antes que se reconhecesse que, apesar da pobreza, o processo de urbanização e de industrialização modificavam o perfil de morbimortalidade das populações.

Em consequência, subestimava-se a necessidade real de se incorporar tecnologia. Ou seja, o médico formado para atender “às reais necessidades de saúde da população”, era uma tradução da aspiração de certos setores à

extensão dos cuidados de saúde a camadas mais amplas da população. No entanto, nos marcos da produção de serviços médicos nas sociedades capitalistas, essa extensão implicaria custos crescentes. E, portanto, somente seria viabilizada se houvesse “uma simplificação tecnológica”, autorizada “pela prevalência de problemas simples, comuns” no referido segmento social (SCHRAIBER, 1989).

Por tudo isso, a proposta de médico geral, dentro das escolas médicas, nunca deixou de ser encarada como uma proposta que comprometeria a formação científica do médico, como um convite à adoção (preferencial ou exclusiva) de tecnologias simplificadas.

Durante um longo período não se conseguiu estabelecer a distinção entre a importância da formação geral de um médico ao nível de graduação (independentemente de sua inserção futura no mercado de trabalho) e a formação do tal médico geral, generalista etc. Toda a análise crítica a respeito do impacto negativo da introdução de especialidades já na graduação, em função da fragmentação excessiva do conhecimento, ficava perdida em meio a uma discussão ideologizada a respeito do médico a ser formado (na verdade, um debate sobre qual deveria ser o papel social do médico).

Esse foi um **segundo problema** conceitual importante que dificultou o progresso do debate e a conquista de adesões para a mudança dentro das escolas médicas.

Alguns estudos, como já foi dito, apontaram a predominância de concepções que imaginavam ser possível produzir mudanças na prática médica a partir de mudanças educacionais. A partir de um certo momento, no entanto, ganhou força nas discussões sobre formação profissional a idéia de que as mudanças no ensino médico só iriam se viabilizar a partir de mudanças na

estrutura dos serviços de saúde.

Inicialmente essas mudanças eram referidas a um novo plano nacional (alternativo) de saúde, depois com o amadurecimento das concepções acerca de alternativas à organização dos serviços de saúde, a propostas mais elaboradas como o SUS. Em determinado momento (metade da década de 80 em diante), a corrente vinculada à medicina social praticamente abandonou o cenário da educação médica e passou a ter papel de destaque no movimento da Reforma Sanitária.

Esse movimento procurou realizar um profundo questionamento acerca do modelo assistencial vigente no país. Propôs-se um novo modo de abordar o processo saúde-doença inserido em sua causalidade social.

Tudo isso, entretanto, não produziu definições satisfatórias acerca do perfil e das características desejáveis do médico. Sabia-se apenas que seria desejável um profissional capacitado para integrar uma equipe multiprofissional, para participar de atividades de prevenção e promoção à saúde, além das atividades assistenciais propriamente ditas.

Foram desenvolvidas muitas propostas para a descentralização, a municipalização dos serviços, financiamento, modelos de gestão etc., mas nenhuma diretriz clara em relação ao perfil de profissionais. Ou seja, houve empenho maior “na mudança do aparato legal e da estrutura político-administrativa, esquecendo-se das pessoas concretas que operariam e usufruiriam dessa máquina” que estava sendo criada (CAMPOS, 1994) .

Como não havia perspectiva de transformar o perfil dos médicos na graduação, a alternativa encontrada para formar os profissionais indispensáveis à implantação do novo sistema de saúde foram os programas de Residência Médica em medicina preventiva, medicina social, medicina geral e comunitária

e os cursos de especialização em saúde pública.

Presumivelmente, com esse contingente profissional seria possível garantir a direcionalidade do processo de mudança do sistema de saúde. A opção, na prática, significou restringir a esses programas a formação dos profissionais médicos para saúde coletiva. Melhor dizendo, os conteúdos importantes para a prática da Saúde Coletiva passaram a ser oferecidos a um número reduzido de profissionais médicos. Pior ainda, não existiam conexões ou áreas de interface com as outras áreas de especialização que possibilitassem acesso dos demais médicos a esses conhecimentos.

O campo da medicina social/saúde coletiva expandiu-se grandemente nesse período e, como ocorrera com outras especialidades médicas, passou a existir uma profunda indefinição acerca de quais seriam os conteúdos indispensáveis da área ao nível da graduação médica.

Uma evidência clara dessa indefinição é o resultado do referido estudo sobre o processo seletivo para Residência Médica no Estado de São Paulo. Em uma das fases desse estudo, foram analisadas as provas aplicadas nos principais concursos para Residência Médica (FMUSP, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, FM UNICAMP, FM Botucatu - UNESP, Hospital do Servidor Público Estadual e SUS) (FUNDAP, 1996).

A 1a. fase de todos os concursos consistia em provas de testes de múltipla escolha, que foram analisados estatisticamente quanto a sua distribuição pelas grandes áreas, quanto ao grau de dificuldade, ao poder discriminatório e, qualitativamente, em relação ao seu conteúdo. Não houve diferença estatística entre essas 6 provas em relação ao grau de dificuldade das questões (combinação de questões muito fáceis, fáceis, médias, difíceis e muito difíceis). Também não houve diferença estatística em relação ao poder

discriminatório das questões.

A análise qualitativa das questões revelou dois elementos de diferenciação. Apesar de todas as provas conterem questões teórico-conceituais, operacionais e estudos de caso, existia uma variação significativa em relação ao seu predomínio dentre as diferentes áreas e entre os concursos (ou seja, alguns concursos e algumas áreas davam prioridade a questões baseadas na vivência prática, conduta diante de casos e outros privilegiavam questões mais teóricas). A segunda diferença estava na área de Medicina Preventiva/Saúde Pública, onde os testes revelaram grande disparidade em relação aos conteúdos abordados: vigilância epidemiológica, método epidemiológico, políticas de saúde, saúde do trabalhador etc.

O primeiro elemento provavelmente revelava os aspectos filosóficos e as concepções sobre quais os elementos essenciais ao aprendizado no processo de educação médica predominantes em cada uma das escolas e em seus distintos departamentos. Apesar disso, existia similaridade em relação aos assuntos abordados, ou seja, em todas as provas havia perguntas, por exemplo, sobre abdome agudo; o que variava era se o tema era indagado sob a forma de um caso clínico ou de uma pergunta mais teórica.

No segundo caso, a diversidade refletia as diferentes orientações dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social das escolas médicas e ilustra a indefinição a que me referi. E essa hipótese foi confirmada em uma série de reuniões com os departamentos de medicina preventiva e social das escolas médicas do estado de São Paulo, promovidas pela FUNDAP para discutir o resultado dessa pesquisa.

Um **terceiro problema** das estratégias de mudança na saúde, portanto, foi a subestimação da importância de trabalhar por transformações dentro das

escolas médicas motivada pela convicção de que era preferível agir no outro prato da balança, a organização dos serviços de saúde e a prática assistencial, já que este lado teria maior poder de determinação sobre o primeiro. Se fossem produzidas as transformações planejadas na organização do sistema e nas práticas sanitárias ficaria mais fácil introduzir, na seqüência, mudanças na educação médica.

As práticas sanitárias e a organização do sistema de saúde e o mercado de trabalho exercem influência decisiva sobre o perfil e o conteúdo da formação dos médicos. Mas também é preciso buscar influir nesse processo de formação durante todo o tempo e em todas as oportunidades: é preciso criar pontos de contato, elementos de identificação, possibilidades de discussão com o maior número possível de médicos. É preciso criar uma massa crítica que possa atuar nos dois terrenos: o da educação e o da prática. Sobretudo, não parece possível promover mudanças em qualquer desses terrenos prescindindo da participação de parte significativa da categoria médica.

Há também um aspecto político em relação à participação e à elaboração de propostas nos fóruns de discussão sobre educação médica a ser considerado. Durante o processo de ditadura militar, as reuniões da ABEM serviram como uma oportunidade para que uma embrionária atividade oposicionista se articulasse. Não havia muitas outras oportunidades para que os militantes contra a ditadura desenvolvessem a crítica possível ao processo de formação profissional dos médicos, à organização elitista dos serviços de saúde ou à sua não organização.

Basta conferir os nomes dos participantes dos grupos de discussão, dos relatores: todos os personagens que depois viriam a ser figuras destacadas no processo de Reforma Sanitária Brasileira estavam presentes aos Congressos da

ABEM (como estudantes, como médicos-residentes e como professores). Já nessa época, seu discurso deixava claro: não haveria nenhum processo importante de mudança na formação profissional enquanto não ocorresse uma mudança na organização dos serviços.

Assim que novos espaços de articulação foram se abrindo, mais próximos dessa esfera de transformação da organização dos serviços, esses personagens desapareceram do cenário da ABEM e de seus Congressos. Associações profissionais e sindicais, a criação do CEBES, da ABRASCO e dos núcleos de saúde coletiva, a ocupação de cargos nos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, nas secretarias estaduais e municipais de saúde foram todas alternativas de articulação e de intervenção na realidade de saúde, consideradas mais eficazes do que o cenário das universidades.

O fato de que muitos dos movimentos que propunham mudanças na educação médica partiam de diagnósticos de iniquidades do sistema de prestação de serviços de saúde **talvez não signifique necessariamente que existisse a concepção de que se poderia produzir mudanças na prática médica a partir da educação** (e este seria o **quarto problema** identificado). Talvez as contradições/inconsistências do paradigma da saúde fossem mais visíveis em sua tradução no terreno da prática médica e da organização dos serviços do que no da educação médica. Muito embora, em decorrência das restrições à liberdade, os fóruns universitários fossem os únicos acessíveis à existência de algum debate.

A análise das propostas inovadoras na educação médica indica também que existiu sempre uma certa dificuldade em reconhecer e entender profundamente seus problemas especificamente pedagógicos. Os temas de conteúdo e metodologia muitas vezes apareceram misturados e existe uma

certa “fetichização” em relação ao efeito transformador de inovações metodológicas .

As universidades latino-americanas e as escolas médicas em particular são instituições muito tradicionais. Há dificuldades em aceitar/incorporar concepções pedagógicas mais modernas, principalmente quando elas envolvem o estabelecimento de relações mais democráticas entre professores e estudantes. Tal circunstância colaborou para que existisse uma confusão entre o conteúdo democratizante das propostas e o conteúdo do aprendizado propriamente dito.

Existe a possibilidade real de utilizar metodologias ativas de aprendizagem sem necessariamente mudar o conteúdo das disciplinas. A metodologia de aprendizagem baseada em problemas é um exemplo. O estudante pode ser estimulado a buscar ativamente o conhecimento, a integrar conhecimentos fornecidos por distintas disciplinas, sem sair do terreno estrito da medicina científica. Aliás, Flexner defendia uma proposta pedagógica que rejeitava a passividade e defendia que o estudante fosse ativo, envolvido em atividades de investigação e não ficasse restrito a escutar e a memorizar. O mesmo pode ocorrer com a interdisciplinaridade e com a integração básico-clínico (FLEXNER, 1910).

Houve também a confusão entre metodologias ativas de aprendizagem, desenvolvimento de espírito crítico e método científico. Um médico formado através de metodologias pedagógicas que não estimulam a busca ativa do conhecimento e que não teve a possibilidade de desenvolver a crítica terá mais dificuldades em prosseguir em seu processo de educação depois de deixar a universidade. Mas isso não está necessariamente vinculado ao método científico.

Um **quinto problema**, então, foi a insuficiência da abordagem dos problemas propriamente pedagógicos da educação médica. As estratégias de mudança, apesar de partirem da identificação correta de problemas na área, não foram capazes de produzir/reunir conhecimento consistente que de fato contribuisse para a sua superação.

O papel da ciência e do método científico na formação do médico são também temas que geraram sempre discussão e um certo nível de impasse. A medicina, a partir de Flexner, passou a ser entendida como uma ciência, assim como a biologia, a física e a química. A prática médica, conseqüentemente, seria aplicação e produto dessa ciência, e o raciocínio clínico seu método próprio.

“Duas circunstâncias mediarão a transformação da medicina de empírica a científica: o desenvolvimento da física, da química e da biologia e a elaboração a partir delas de um método aplicável tanto à pesquisa como à prática. (...) Qual seria a importância do método científico para a prática clínica? (...) A principal ferramenta de um pesquisador é a elaboração de hipóteses. O cientista é confrontado por uma situação definida; ele a observa com o objetivo de extrair todos os fatos. Estes sugerem a ele uma linha de ação. Como dizemos, ele constrói uma hipótese. Orientado por essa hipótese, ele age e os resultados obtidos confirmam-na, desconfirmam-na ou modificam-na. Sua mente navega entre a teoria e o fato, e a teoria é útil e importante na exata medida em que o capacita a entender, descrever e controlar os fenômenos” (FLEXNER, 1910).

O instrumento fundamental na passagem da medicina empírica para a medicina científica foi a investigação científica, pois somente através dela a prática médica poderia estar cientificamente fundamentada. A educação

médica, então, passou a ser vista como um processo de capacitação no método científico e a articulação entre prática clínica e pesquisa laboratorial tornou-se essencial.

Os médicos utilizam a teoria (da doença) para formular hipóteses quando estão diante de um paciente. Mas o conteúdo científico da prática clínica não resulta evidente, nem consensual. Nem tampouco as relações entre a patologia, clínica e as ciências básicas. Por isso mesmo, ao longo do tempo, a articulação das chamadas ciências básicas com a clínica não se deu de uma maneira tranqüila ou eficiente, nem a capacitação na metodologia científica aplicada a essas ciências correspondeu automaticamente a uma capacitação para o raciocínio clínico.

Canguilhem, por exemplo, diz que “a medicina é uma atividade que tem raízes no esforço espontâneo do ser vivo para dominar o meio e organizá-lo segundo seus valores de ser vivo. É nesse esforço espontâneo que a medicina encontra seu sentido, mesmo não tendo encontrado antes toda a lucidez crítica que a tornaria infalível. Eis porque, **sem ser ela própria uma ciência, a medicina utiliza os resultados de todas as ciências a serviço das normas da vida**”. (grifo meu)

A medicina, portanto, existiria em primeiro lugar porque os homens se sentem doentes e somente secundariamente como instrumento para conhecer a doença. Ou seja, não é através de um método objetivo que se define como patológico um determinado fenômeno biológico. É sempre a relação com o indivíduo doente, por intermédio da clínica, que justifica a qualificação do patológico. Por isso mesmo foram as doenças que deram origem à fisiologia; e não foi a fisiologia e sim a patologia e a clínica que deram início à medicina.

Por isso a atividade científica do fisiologista conserva uma relação mais

ou menos estreita, porém incontestável, com a atividade médica. É a própria vida que introduz na consciência humana as categorias de saúde e doença. Essas categorias são biologicamente técnicas e subjetivas e não biologicamente científicas e objetivas.

“Na medida em que a análise anatômica e fisiológica dissocia o organismo em órgãos e em funções elementares, ela tende a situar a doença ao nível das condições anatômicas e fisiológicas parciais da estrutura total ou do comportamento de conjunto. Conforme progride a minúcia da análise, a doença será colocada ao nível do órgão, do tecido, da célula. Mas assim procedendo, esquecemos que historicamente, logicamente e histologicamente chegamos até a célula a partir do organismo total e com o pensamento, ou talvez mesmo o olhar, voltado para ele. Procurou-se no tecido ou na célula a solução de um problema levantado para o organismo inteiro e que se apresenta primeiro para o doente e, em seguida, para o clínico” (CANGUILHEM, 1990).

“Um microscópio, um termômetro, um caldo de cultura (...) fornecem apenas um resultado. Este resultado não tem por si nenhum valor diagnóstico. Para fazer um diagnóstico é preciso observar o comportamento do doente....Em matéria de patologia, a primeira palavra, historicamente falando, e a última palavra, logicamente falando, cabem à clínica. Ora, a clínica não é uma ciência e jamais o será, mesmo que utilize meios cuja eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente (CANGUILHEM, 1990).

As alternativas encontradas para tornar mais interessante e mais eficaz pedagogicamente o ensino/aprendizagem das ciências básicas em geral envolvem sua articulação com a patologia e com a clínica, ou seja, com a doença e, se possível, com o doente. Ou seja promovendo na dinâmica da aprendizagem a recuperação do trajeto histórico da construção do

conhecimento científico nessa área. Ainda assim persistem as dificuldades para estabelecer conexões entre a prática clínica e a utilização da metodologia científica, o que permite supor que haja questões não respondidas na relação entre ciência e medicina. Seria a Medicina de fato uma ciência? Em que medida a prática médica seria científica, em que medida seria técnica? A dificuldade em articular as disciplinas básicas e a clínica, a distinção do processo de capacitação em metodologia científica e no raciocínio clínico poderiam corresponder a um problema conceitual, epistemológico, não claramente respondido e que seria o **sexto problema** conceitual significativo das estratégias de mudança.

Um outro tema significativo na educação médica na década de 80 foi a preocupação com a relação entre escola médica e serviços de saúde, traduzida na proposta de integração docente-assistencial. A IDA partiu da crítica à insuficiência do hospital como único cenário para o desenvolvimento do treinamento prático dos estudantes e da afirmação da necessidade de haver integração entre escolas médicas e serviços de saúde .

As primeiras iniciativas (início da década de 70) de promover a integração entre escolas médicas e serviços da rede pública assistencial foram direcionadas para resolver o problema de insuficiência de recursos das escolas médicas criadas durante a década anterior. Os hospitais da Previdência Social começaram a ser utilizados como campo de estágio, basicamente ao nível do internato. A idéia concretizou-se, com muitos problemas em relação à supervisão do treinamento em serviço.

Num segundo momento, imaginava-se que a integração docente-assistencial ocorreria através da inserção dos hospitais universitários na rede de serviços. Os convênios entre a Previdência Social e os hospitais universitários

também se tornaram realidade, mas com resultados limitados. Os hospitais universitários passaram a ser a referência terciária da rede, mas não se integraram de fato a ela. Começaram a atender a população previdenciária, que se sujeitava menos à manipulação do que a população indigente, e isso trouxe alguma mudança em relação ao tratamento (de objeto) dado aos pacientes (antes indigentes) e às internações prolongadas (para investigação, sem preocupação com rotatividade de leitos) etc. Apesar disso, continuou grande a influência da lógica das necessidades internas das escolas médicas e das universidades na estruturação de seus serviços hospitalares.

Houve ainda um terceiro momento, depois do convênio entre CAPES e Fundação Kellogg, com a criação de um Programa de Apoio Pedagógico aos Profissionais de Saúde (PAPS), que pretendia coordenar e assessorar as experiências IDA que se desenvolvessem. A característica dos projetos nessa fase era envolver basicamente departamentos de medicina preventiva e social (do lado das universidades) e centros de saúde (do lado dos serviços de saúde).

Muitas das experiências de integração docente-assistencial iniciadas nesse período ainda continuam em vigor, institucionalizadas, mas em segmentos bem definidos das escolas médicas (ainda as preventivas) e em serviços de saúde também específicos (centros de saúde - escola ou centros de saúde pertencentes à rede de serviços sob a administração de escolas médicas através de convênios especiais).

Com o apoio da Fundação Kellogg, conseguiu ser mantida até hoje uma organização em rede desses projetos - a Rede IDA - que recentemente buscou articular-se com os UNI, constituindo a Rede UNIIDA. Ambas as redes buscam ter papel ativo na discussão da formação de recursos humanos para a saúde e na tentativa de incluir esse tema na agenda oficial dos Ministérios da Educação e

da Saúde.

Os resultados de todos esses anos de experimentação em relação à IDA são um tanto pobres. Neste caso, o problema na formulação das estratégias (**o sétimo**) foi imaginar que a simples mudança de cenário de aprendizagem fosse suficiente para interferir e transformar os conteúdos ensinados e aprendidos: não bastou ao estudante ser exposto à realidade, à miséria e à maneira de operar dos serviços para que se conseguisse interferir de fato na essência de seu processo de formação.

Um outro problema (**o oitavo**), presente na IDA e também nas propostas de Medicina Preventiva e Medicina Comunitária, foi imaginar ser possível produzir mudanças na escola médica a partir de um ou alguns departamentos isolados (as Preventivas, Pediatrias e raramente as Ginecologia-Obstetrícias). Essa dificuldade foi ainda agravada pelo fato de existir uma fratura entre os departamentos de Medicina Preventiva, Medicina Social e depois Saúde Coletiva em relação aos demais departamentos e em relação à categoria médica de modo geral.

Na crítica à abordagem biologicista e centrada na doença da medicina flexneriana, as correntes da medicina social muitas vezes incorreram em uma desqualificação da prática clínica e do trabalho médico em geral. A tentativa de incorporar ao trabalho médico a formação para a saúde (que costuma ser identificada com as atividades de prevenção e promoção) muitas vezes levou à desqualificação da prática clínica, por ela ser centrada na abordagem ao paciente através da doença. Como atualmente as bases do conhecimento e dos métodos de trabalho do médico repousam sobre o raciocínio clínico, que tem a doença como objeto, esse tipo de questionamento envolve a necessidade de reformulação das bases desse conhecimento. E essa certamente não é uma

discussão já suficientemente desenvolvida.

Também a crítica ao atendimento individual levou freqüentemente à desqualificação da prática clínica. Por mais que as condições de vida e a inserção do indivíduo na sociedade sejam fundamentais na determinação do processo saúde-doença, quando o indivíduo adoece, sua dor e seu sofrimento são de ordem privada. Ver a doença como fenômeno social possibilita ações sobre o coletivo, mas atender a um doente também exige ações individuais. Como abordar o doente e qual o papel do médico no domínio do combate social à doença não são tampouco questões esgotadas.

A insuficiência das abordagens críticas à medicina científica na resposta dessas questões provocou uma quase impossibilidade de diálogo entre os representantes da saúde coletiva e o restante da categoria médica, inviabilizando qualquer iniciativa de mudança que partisse desses departamentos ou correntes.

As relações estabelecidas com os serviços de saúde foram além disso unilaterais, foram relações de subjugação. A universidade foi até os serviços e desenvolveu as atividades que considerou importantes, sem considerar as necessidades dos serviços, sem incorporar seus profissionais em qualquer etapa do processo. Criaram-se demandas que não puderam ser sustentadas sem a presença de docentes e estudantes e não se garantiu a continuidade das atividades nos períodos de férias, por exemplo.

Dentro do paradigma flexneriano, o hospital é o local privilegiado de produção de saúde e do ensino de graduação. Quando se considera saúde como produto social, muda o espaço de produção da saúde e também o papel que os diferentes sujeitos jogam no processo.

A introdução de novos cenários de ensino pode desempenhar um papel

fundamental na mudança do perfil dos profissionais formados. Ela pode contribuir para concretizar esse conceito mais amplo de saúde, **desde que venha acompanhada de mudanças nas práticas de saúde.**

Existe uma nova dimensão de atuação profissional dada pela possibilidade de se construir saúde de uma outra maneira, de se estabelecerem outras/novas relações entre as diferentes profissões da saúde e entre os profissionais e a comunidade. Em verdade, há novas práticas a construir dentro mesmo de cada um dos níveis de atenção, desde que se considere/admita que todos os profissionais têm uma contribuição significativa a dar e que a população/os pacientes podem e devem ter um papel ativo nesse processo.

Dentro de um hospital são mais limitadas as possibilidades de exercício da autonomia e da participação ativa, mas há muito a se avançar nesse sentido, tanto do ângulo do tratamento/papel que se atribui ao paciente e à sua família, como da organização dos serviços e das relações entre os vários profissionais.

Nos níveis secundário e primário de atenção aumenta a possibilidade de o paciente ser sujeito e não somente objeto da atenção desenvolvida pelos profissionais e por essa razão essas instâncias são mais propícias à interação multiprofissional.

O espaço comunitário é o local onde a atuação dos profissionais de saúde deve estar fundamentalmente voltada à construção dos meios necessários a que a comunidade obtenha sua participação ativa como sujeito do processo de produção da saúde. Podem ganhar outra relevância as experiências de autocuidado, na medida em que signifiquem de fato uma apropriação da população em relação à sua própria saúde, ou seja, que signifiquem um avanço em sua autonomia.

O **nono problema** identificado, então, foi a insuficiência das propostas

de integração docente-assistencial na valoração da necessidade da mudança de práticas, das relações entre profissionais de saúde, das relações entre médicos e pacientes. E essa, além de questão fundamental na construção de um novo modelo assistencial, é também ponto crucial no desenvolvimento de novos conteúdos e novas experiências de ensino-aprendizagem durante o processo de formação e definição do perfil dos profissionais de saúde.

As propostas IDA propunham transferir para a rede de serviços parte do treinamento dos estudantes, mas descaracterizando esses locais como cenários de produção de serviços, transformando-os em “prolongamentos” do hospital-escola, em local privilegiado de práticas educacionais. “A prática hospitalar que se realiza no hospital-escola constitui-se como prática particularizada no interior da produção de serviços médicos, no sentido de sua caracterização como prática escolar (separada da produção), ao mesmo tempo em que se mantém como uma produção de serviços médicos” (SCHRAIBER, 1989). Por isso mesmo havia uma reprodução de práticas (somente que em um novo cenário) e o “descompromisso” com as demandas geradas, com a continuidade da prestação dos serviços no período de férias etc.

O **décimo problema** a ser explorado é a reduzida capacidade de influência sobre o ensino médico que a introdução de disciplinas como a sociologia, as chamadas ciências do comportamento e outras demonstrou ter. Uma primeira dificuldade foi a perspectiva com que essas disciplinas foram introduzidas. Assim como ocorre em outras especialidades, não se procurou identificar quais conteúdos dessas disciplinas seriam essenciais e úteis à formação dos médicos. Assim como tradicionalmente se ensina fisiologia como se todos os estudantes fossem tornar-se fisiologistas, cardiologia como se todos fossem tornar-se cardiologistas, passou-se a ensinar sociologia como para

sociólogos.

Um outro equívoco foi imaginar que a incorporação de um conceito mais complexo de saúde e de elementos do instrumental sociológico à construção do raciocínio clínico e à prática médica pudesse corresponder a uma mudança do eixo epistemológico da medicina (a sociologia passaria a ser um de seus eixos constitutivos). A compreensão da causalidade social da doença implica abordar a saúde dentro do contexto social, implica buscar ações intersetoriais, implica construir saúde socialmente, mas não implica negar a necessidade de curar doenças. Compreender a causalidade social da doença deve auxiliar o médico a construir seu raciocínio e até a aumentar a eficiência de suas propostas terapêuticas, mas não o transforma em um sociólogo.

Também é importante dizer que não se transformará o perfil da atividade profissional do médico introduzindo fragmentos de economia, sociologia, psicologia ou qualquer outra da enorme lista de novos atributos exigidos dos médicos por alguns. O perfil da atividade médica vai mudar ao se transformarem suas relações com os pacientes e com os demais profissionais da saúde. Ou seja, o médico deve ter em sua formação elementos indispensáveis para que compreenda a complexidade de certos problemas e seja capaz de reconhecer a necessidade de trabalhar em equipe, mas não deixará de ser médico, nem se transformará em um super-profissional.

Os limites das propostas para mudanças na educação médica até o final da década de 80, que examinamos até aqui, estão demonstrados concretamente por sua incapacidade de produzir mudanças reais. O discurso é recorrente, algumas vezes reelaborado, mas impotente.

6.1.2.2 A POTENCIALIDADE DOS PROJETOS ATUAIS DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO MÉDICA

A partir dessa época, as iniciativas de propor mudanças na educação médica multiplicaram-se e ganharam força. A crise da saúde e a crise de identidade da corporação médica produzidas pela capitalização do setor saúde contribuíram decisivamente para a intensificação desse processo.

No Brasil, o processo de implantação do SUS, tradução na prática do movimento pela Reforma Sanitária, “está se dando de maneira paradoxal. Por um lado, a crise de financiamento do sistema de saúde está provocando uma parcial e desordenada desativação de leitos hospitalares em todas as especialidades” (...) “Por outro lado, há um esforço ordenado, um projeto geral, voltado para a criação de alternativas assistenciais em vários campos que vem se implantando em ritmo lento e ainda com um empuxe pequeno, a ponto de não haver logrado redirecionar os recursos públicos aplicados em saúde” (CAMPOS, 1994).

O SUS está sendo construído no interior, e a partir, de um sistema de saúde regido por lógicas muito distintas das propostas de universalidade, equidade e integralidade da assistência. A necessidade de superar certas limitações e problemas existentes em suas formulações, assim como de reconstituir sua base de sustentação começou a ser apontada por diferentes autores (e sujeitos).

“Várias experiências político-administrativas recentes têm se demonstrado impotentes para alterar o *status-quo*, na medida em que não conseguiram favorecer a produção de sujeitos sociais competentes para dar sustentação e prosseguimento a mudanças institucionais” (CAMPOS, 1994).

“Mais importante que retocar, atualmente, “imagens-objetivo” da Reforma Sanitária Brasileira, é iniciar processos, constituir sujeitos sociais que possam dar conta dos novos desafios impostos pela realidade. E a formação de recursos humanos e a educação médica em particular não podem ser negligenciados enquanto espaços de constituição desses sujeitos, ainda que não exclusivos” (PAIM, 1995) .

Não se pode supor que a solução para a crise paradigmática da saúde vá surgir a partir de projetos de mudança na educação médica. Ou que os problemas enfrentados na implantação do SUS possam encontrar sua solução na discussão sobre a formação de recursos humanos. Nos dois casos, a solução depende de haver uma mudança na maneira como a sociedade enfrenta a construção da saúde. Mas o processo de produção de alternativas ocorrerá nos dois campos: educação e prática. E os processos de mudança deverão ter um grau de simultaneidade. É parte da dialética das transformações.

Uma das vertentes alternativas (em processo de construção) é a que propõe a introdução do paradigma da saúde em contraposição ao paradigma da doença. Segundo essa proposição, o processo de construção social da saúde, baseada na ação intersetorial e na crescente autonomia das populações em relação à saúde, é que deveria passar a ser central, reorientando as relações entre profissionais de saúde e comunidade e redefinindo o peso e o papel do setor de prestação de serviços de saúde nesse processo (MENDES, 1996).

Não existirá apenas um projeto de superação da crise. Este é um momento apropriado à emergência de novas teorias. “As revoluções políticas iniciam-se com um sentimento crescente, com frequência restrito a um segmento da comunidade política, de que as instituições existentes deixaram de responder adequadamente aos problemas postos por um meio que ajudaram em

parte a criar. De forma muito semelhante, as revoluções científicas iniciam-se com um sentimento crescente, também seguidamente restrito a uma pequena subdivisão da comunidade científica, de que o paradigma existente deixou de funcionar adequadamente na exploração de um aspecto da natureza, cuja exploração fora anteriormente dirigida pelo paradigma” (KUHN,1970).

O momento de crise é favorável à gestação de alternativas. As propostas de mudanças na educação médica analisadas até aqui tiveram provavelmente o limite histórico que as antecipações enfrentam, por isso são parciais, incompletas e não conseguiram a adesão indispensável às transformações desejadas.

“A proposição de novas práticas que, como tentativas de resposta a contradições reais da prática e da educação médica, não tenha o sentido de representar parte do processo de elaboração das representações ideológicas que apenas aparentam superar as contradições estruturais, só pode ser buscada no reconhecimento das próprias contradições, no interior das situações concretas em que são realizadas aquelas práticas. Um tal reconhecimento é que permitiria propor práticas que, desenvolvendo as contradições, podem levar ao encontro de formas de superação dessas mesmas contradições” (SCHRAIBER, 1989).

Algumas das propostas de mudança da educação médica mais recentes, ainda em processo de construção na prática, revisitando criticamente as experiências anteriores, podem estar desenhando esse caminho. Trabalham a maior parte das questões discutidas neste trabalho de maneira mais ou menos elaborada. Destacarei apenas alguns elementos que parecem mais significativos por abordar temas essenciais ao processo de mudança e por serem distintivos em relação às propostas anteriores.

Em primeiro lugar, algumas das propostas dirigem-se não somente à

educação médica, mas ao conjunto das profissões da saúde (importante, porque a crise é da saúde e não simplesmente da medicina, e envolve necessariamente a redefinição das relações e papéis das distintas profissões). Em segundo lugar, aponta-se a necessidade imperiosa de um compromisso institucional com o processo de mudança (refletindo a preocupação de criar alternativas que tenham possibilidade real de ser implantadas, que se traduzam em ação potente e que envolvam a maior parte das disciplinas nas escolas médicas).

A articulação com os serviços de saúde não é vista como circunstancial. Ela é essencial e a percepção de problemas e a construção de soluções se daria simultaneamente, numa relação dialética, num processo interpenetrado (os serviços de saúde são o local onde se desenvolvem as práticas de saúde, alvo estratégico de mudanças capazes de transformar a lógica de um sistema). Pela primeira vez também as estratégias apontam a necessidade de a comunidade/pacientes participarem desse processo como atores essenciais (já que necessariamente terá que existir uma redefinição dos papéis dos diferentes sujeitos no processo de construção da saúde).

Há heterogeneidade na maneira como as referidas estratégias tratam essas questões.

A CINAEM, utilizando a avaliação como instrumento de transformação, trabalha, ainda que de maneira não muito elaborada, a necessidade do compromisso institucional com a avaliação e com as propostas de mudança, a importância da construção de consensos nesse processo, a necessidade de articulação com “a sociedade civil”. O maior mérito da CINAEM tem sido sua capacidade de envolver no movimento voluntário de auto-avaliação um número significativo de escolas médicas brasileiras. Como a orientação dos processos de mudança eventualmente desencadeados pela avaliação é, de certo modo,

fluida, há a possibilidade de projetos mais estruturados ganharem espaço na produção de soluções para os problemas encontrados nas escolas.

A “Agenda for Action” da OMS têm a preocupação de incentivar a articulação das escolas médicas com outros setores sociais e com outros atores do cenário da saúde, considerando que somente uma interação mais ampla poderá gerar alternativas para uma nova maneira de encarar a saúde. É uma proposição flexível, que possibilita (e pressupõe) a interação com as demais propostas de mudança.

As iniciativas da Federação Mundial de Educação Médica, traduzidas pela Conferências de Edimburgh, demonstram um nível inferior de elaboração conceitual a respeito do contexto de crise, das mudanças necessárias, das estratégias a adotar, do papel das escolas médicas e da governabilidade do processo. Aparentemente em função do modelo adotado para a preparação e para a definição dos participantes, houve uma “involução” (no sentido da indefinição) das propostas e resoluções aprovadas nas duas edições da Conferência. Talvez por ter contado com maior participação efetiva e diversificada, as formulações da segunda Conferência são um pouco confusas, imprecisas, mesclam aspectos de variadas e distintas concepções. A América Latina apresenta maior consistência conceitual, baseada em experiências mais avançadas de articulação com serviços de saúde e com comunidades e por isso mesmo pode ter um papel relevante dentro desse fórum.

A OPS enfrenta uma crise por conta da redefinição do papel (e do poder) de organismos internacionais no contexto pós-guerra fria. Como consequência, a OPS decidiu suspender a publicação da revista “Educación Médica y Salud”, que era a única publicação latino-americana sobre educação médica (e de profissionais de saúde). Apesar disso, e de estar relativamente enfraquecida (e

empobrecida), a OPS tem procurado manter-se ativa no cenário da educação médica. Como já foi dito, não houve iniciativas de concretização da proposta de qualidade, mas a OPS tem procurado viabilizar a articulação das forças comprometidas com mudanças para a educação médica através da iniciativa chamada “Educación Médica Permanente en beneficio de la equidad y calidad de la respuesta social en Salud en América Latina y Caribe”, que pode tornar-se também um espaço de intervenção .

A iniciativa UNI parece articular mais claramente os elementos estratégicos apontados aqui. A modalidade de associação entre universidade, serviços de saúde e comunidade proposta pelo programa UNI é um de seus aspectos mais inovadores. É uma relação de parceria, que pressupõe uma distribuição real de poder entre esses segmentos e que possibilita a constituição de novos atores num exercício prático de construção de novas maneiras de produzir saúde. Os serviços de saúde e os espaços comunitários revelam-se como os cenários privilegiados desse processo de experimentação, que envolve a comunidade, os profissionais dos serviços, estudantes e professores, todos redesenhando seu papel na construção da saúde e na produção de conhecimento sobre saúde, propiciando a constituição de novos sujeitos sociais.

Uma das principais qualidades dessas propostas mais recentes é conectar a mudança na educação médica com movimentos sociais de transformação. Esse é o elemento que pode torná-las potentes. A proposta UNI é a que utiliza essa estratégia de maneira mais clara: a parceria entre universidade, serviços de saúde e comunidade conecta os movimentos pela construção de um novo sistema de saúde e pela democratização da participação popular com as mudanças na formação profissional.

6.2. A RESIDÊNCIA MÉDICA

É nesse contexto que devemos procurar entender a Residência Médica e o papel que cumpre atualmente na formação dos médicos e que pode cumprir no processo de transformação da saúde.

Foi exatamente nesse período de capitalização do setor saúde, de construção do SUS e de tentativas frustradas de transformar a educação médica que a Residência Médica adquiriu relevância cada vez maior no processo de formação dos médicos brasileiros. Atualmente 70% dos médicos que se formam têm a oportunidade de freqüentar um programa de Residência. Mesmo aqueles que não a tiveram, buscam “maneiras similares” de complementar seu processo de formação, como revela o estudo sobre o perfil do médico.

É possível identificar como sujeitos do processo numa primeira fase os médicos-residentes, a ABEM e a AMB. No momento seguinte, os médicos-residentes, as entidades médicas e o governo federal através do Ministério da Saúde e, principalmente, através do Ministério da Educação. Depois da regulamentação, ainda (e sempre) os médicos-residentes, a CNRM, as entidades médicas, governos e secretarias estaduais de saúde, comissões estaduais de residência médica e a FUNDAP.

O material aqui apresentado para a reconstrução da trajetória da Residência Médica em nosso país é significativamente distinto em relação ao apresentado na educação médica. Nesta última foi possível acompanhar a evolução do pensamento, as propostas de mudança, a elaboração conceitual além das experiências concretas. No terreno da Residência Médica predominou a reconstituição da trajetória de ação dos distintos sujeitos e a apresentação de estudos que são mais descritivos do que analíticos. E esses são os elementos

fundamentais para a identificação dos projetos existentes em relação à Residência Médica, pois há escassa produção teórica a respeito.

No período estudado, os temas fundamentais para a Residência Médica foram num primeiro momento a necessidade de sua regulamentação, sua natureza (como processo de treinamento ou como prestação de serviço), os direitos dos médicos-residentes e suas relações com as instituições que mantinham programas. Num segundo momento, após a criação da CNRM, predominaram os debates acerca dos requisitos mínimos para instituições e programas. Durante os últimos dez anos o valor da bolsa a que os médicos-residentes fazem juz e os debates acerca do projeto substitutivo da regulamentação foram os temas que geraram movimentação significativa dos diferentes sujeitos, especialmente dos médicos-residentes. No último ano começaram a ser discutidos critérios para a definição do campo de atuação das especialidades.

O desafio que se colocou, então, foi procurar, a partir da reflexão sobre esses elementos, desvendar a racionalidade da Residência Médica, o papel que cumpre na formação dos médicos hoje, os interesses envolvidos nas definições a seu respeito.

6.2.1 O PAPEL DA RESIDÊNCIA NA FORMAÇÃO MÉDICA

Como já foi dito, atualmente 70% dos médicos que se formam têm a oportunidade de frequentar um programa de Residência. Não está disponível o número exato de vagas preenchidas em todo o país, mas tomando São Paulo como referência, pode-se supor que pelo menos 60% dos médicos que se formam a cada ano ingressem em programas de Residência Médica.

É importante, então, buscar compreender o papel que a Residência Médica tem hoje na formação dos médicos no Brasil. São fartos os depoimentos atribuindo a ela um duplo papel na formação dos médicos. Complementar o processo de graduação, tendo em vista as deficiências amplamente reconhecidas desse processo. E também oferecer a especialização como uma possibilidade de melhor inserção no mercado de trabalho, constituindo uma forma específica de ingresso no mercado.

Considero possível levantar a hipótese de que a importância da Residência no processo de formação dos médicos seja maior e distinta. A Residência Médica parece ter se convertido no momento que mais fortemente marca o perfil profissional dos jovens médicos.

A hipótese de a Residência funcionar como facilitador de uma inserção privilegiada no mercado necessita ser melhor discutida. Esse fenômeno é em parte verdadeiro, principalmente para os médicos que conseguem frequentar um programa de Residência em instituições de renome, principalmente as universitárias de maior tradição. Não se pode dizer o mesmo a respeito dos demais, os que frequentam os programas mantidos pela maior parte das instituições de serviço.

Grande parte dos egressos dos programas de Residência exercem atividades profissionais em outras áreas que não a de sua especialização (o que é esperado, considerando que não estão operando mecanismos eficientes de concatenação entre a formação de especialistas e as necessidades do mercado público e privado), mas esse fato desqualifica em parte essa “inserção privilegiada” no mercado.

O processo de deterioração salarial dos médicos em nosso país é patente e causador da multiplicidade de empregos simultâneos desses profissionais. São

esses mesmos médicos especialistas que se submetem ao aviltamento salarial (já que quase 60% dos médicos brasileiros declararam ter título de especialista, como já visto na pesquisa sobre o perfil do médico) (MACHADO, 1996). Este é mais um elemento de desqualificação dessa “inserção privilegiada” no mercado.

A Residência Médica como forma específica de ingresso no mercado também merece melhor discussão. Considerando o nível de deterioração do mercado de trabalho médico, seria de se esperar que não houvesse vagas ociosas ao nível da Residência. Não é o que acontece. Muito embora haja casos de residentes que ingressam em programas de baixa procura exatamente para garantir um período de dois anos de remuneração segura, de modo geral não é esse o comportamento dos recém-formados.

A ociosidade de vagas é função das especialidades e também das instituições. Tanto assim que em São Paulo, conforme já apresentado, a taxa de preenchimento das vagas de R1 nas áreas básicas é de 71,1% e oscila de 77 a 85% nas especialidades clínicas, cirúrgicas e nos métodos diagnósticos. Também em São Paulo, as universidades estaduais e alguns hospitais de maior prestígio têm taxas de preenchimento variando entre 85 e 95%, enquanto os hospitais de menor prestígio da rede apresentam taxas entre 53 e 60%. Ou seja, os recém-formados não utilizam a Residência como possibilidade de ocupação a qualquer preço.

Devemos buscar então explicações adicionais para a procura dos médicos recém-formados pela Residência. Surge como alternativa importante a necessidade de complementação da formação de graduação. Há dois elementos que podem auxiliar na compreensão desse fenômeno: a importância histórica da prática no processo de formação do médico e as conseqüências da

especialização crescente nesse mesmo processo de formação.

A prática profissional historicamente tem sido transmitida através de treinamento em serviço. É no processo de combinar os conhecimentos teóricos adquiridos com a experiência clínica (relacionamento com pacientes incluído aí) que se encontra a “mágica” da prática profissional médica. Somente a experiência adquirida na prática pode completar a formação (científica) do médico: é através da experiência clínica que o profissional se apropria dos doentes (e não mais apenas das doenças). É através da prática que se constrói a experiência clínica e é através do aprendizado em serviço que o futuro profissional constrói também a ética de suas relações com os pacientes, baseada no exemplo e na experimentação.

“A clínica é o instrumento de articulação da patologia ao conhecimento da subjetividade dos pacientes, pois na clínica estão presentes várias dimensões de subjetividade: sintomas, reação ao sofrimento e à dor, situação de vida etc. Se o conhecimento científico é essencial à construção de hipóteses, a prática clínica é essencial para exercitar a capacidade de apreensão da realidade. E essa é uma habilidade que se adquire e exercita na prática concreta, no exercício acumulado” (SCHRAIBER,1993) (descrevendo a prática médica no período da medicina liberal).

Já foi apontado neste trabalho o fato de o corpo científico de conhecimentos necessários à construção do saber médico ter sofrido ampliação ininterrupta no processo de desenvolvimento científico e tecnológico. Também já foi indicado o fato de que a reconstrução da autonomia profissional médica baseou-se no acúmulo e intensidade da cientificidade possibilitada pela incorporação de tecnologia. Ora, a utilização progressivamente mais intensa de tecnologia na prática médica torna mais objetiva (e científica) a apreensão da

realidade pelo médico e as suas intervenções sobre ela, **mas não elimina a necessidade de construir um raciocínio clínico, nem de considerar as necessidades subjetivas do paciente. Persiste, portanto, a necessidade do treinamento clínico.**

O treinamento prático dos estudantes de medicina inicia-se, na realidade, no internato, obrigatório nas escolas médicas brasileiras. E é provavelmente durante esse processo que se dá a primeira diferenciação na qualidade básica da preparação dos médicos pelas diferentes escolas. Apesar de poder marcar o perfil e a qualificação do médico recém-formado, o treinamento ao nível de internato não tem sido suficiente para garantir a terminalidade do curso médico. Apontaria como possíveis motivos para a insuficiência da graduação exatamente os processos de especialização e de incorporação tecnológica.

O volume e a profundidade de informações gerados a partir do desenvolvimento das especialidades produz uma fragmentação do conhecimento que prolonga/retarda seu processo de integração pelos estudantes na graduação. Da ação da insulina sobre os receptores celulares ao paciente diabético e da bomba de sódio e potássio ao coma por edema cerebral há uma grande distância. O raciocínio fisiopatológico hoje envolve a utilização de conhecimentos complexos, cuja articulação não é simples, nem automática.

A multiplicação de procedimentos, também trazida pelo processo de especialização e de utilização tecnológica, presentes ao nível da prática no internato, pode comprometer a possibilidade real de adestramento prático do estudante. Multiplicaram-se os procedimentos mínimos indispensáveis e, conseqüentemente, reduziram-se as oportunidades de experimentá-los e executá-los da maneira e na intensidade adequada (ou seja, fazer muitas vezes). Todos os graduados devem saber interpretar um eletrocardiograma? Ou devem

ter que solicitar uma consulta ao cardiologista sempre que precisarem utilizar esse recurso diagnóstico (atualmente disponível em muitas unidades básicas)? A mesma pergunta se aplica ao raio X simples de tórax. Ou esses procedimentos não são necessários na prática clínica desenvolvida na rede de atenção primária?

É preciso considerar a hipótese de que, dado o nível atual de desenvolvimento técnico e científico, a formação geral do médico na graduação não seja capaz de assegurar o nível necessário de treinamento nas atividades práticas de todas as áreas básicas (pelo menos da maneira como a graduação está organizada atualmente). O treinamento através da Residência, dentro já de uma especialidade (o que reduz o escopo da área de aprendizagem), pode ter se transformado em uma das alternativas para viabilizar a incorporação de conhecimentos tão específicos.

Também a existência de um rico arsenal de propedêutica armada reduziu, como já se viu, a oportunidade (e a necessidade aparente) de contato entre o médico (estudante) e os pacientes. A introdução da tecnologia e da propedêutica armada corresponde a um processo de objetivação da apreensão da realidade pelo médico. Mas a perda de qualidade e intensidade da relação entre médico (estudante) e paciente poderia comprometer o “potencial de apreensão” da clínica, do raciocínio clínico e do paciente nos estágios práticos existentes. O estudante necessitaria de mais tempo, de um maior número de contatos para desenvolver e aperfeiçoar seus “mecanismos de apreensão”.

Há alguns dados que ajudam a confirmar a importância do treinamento prático na definição do perfil profissional e da competência do médico recém-formado. O estudo sobre o processo de seleção para Residência Médica no estado de São Paulo realizado pela FUNDAP (FUNDAP, 1996) teve como uma

de suas fases a análise do desempenho dos candidatos na primeira fase desses concursos. Integraram o universo do estudo todas as instituições responsáveis por programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica no Estado de São Paulo: eram 546 programas que ofereciam 2131 vagas. Foram obtidos os dados referentes a 92,49% dos programas e 93,95% das vagas. Inscreveram-se nesses concursos 4945 médicos: 2157 mulheres (43,6%) e 2788 homens (56,4%). Compareceram às provas 4243 candidatos, perfazendo a relação de 2,38 candidatos por vaga em média. Cada candidato realizou em média 4,95 inscrições. A grande maioria dos candidatos eram médicos formados em 1993: os formados em anos anteriores representavam 27,64% dos candidatos. Em 1993 formaram-se 1541 médicos em escolas paulistas e 5365 em outros Estados. Inscreveram-se nos exames de São Paulo 95,78% dos formados em São Paulo e 35,73% dos formados nos demais Estados. Ou seja, 49,13% dos médicos formados em 1993 no Brasil.

Os resultados mostraram uma diferenciação nítida no desempenho de estudantes oriundos de escolas públicas e privadas. Considerando como universo as instituições das quais pelo menos 40% dos estudantes participaram do processo de seleção, o exame da classificação média obtida pelos estudantes de cada escola na primeira fase de todos os concursos revelou que entre o 1o. e o 30o. lugar figuravam quinze escolas públicas (as cinco públicas de São Paulo, nove federais de outros estados e uma estadual de outro estado) e quatro privadas (três de São Paulo e uma de outro estado). A capacidade de converter candidatos em residentes também foi bastante diferente considerando escolas públicas e privadas: públicas 80% e privadas 45%.

É interessante agregar a esta observação os dados obtidos através da primeira avaliação cognitiva dos estudantes promovida pela CINAEM. O teste

de qualificação cognitiva, que é um dos elementos do Estudo de Coorte, é composto por dois momentos de avaliação: um no início e outro no final do internato (PICCINI, 1996).

A prova abrangeu cinco áreas da prática médica (Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia - Obstetrícia e Saúde Pública) e foi elaborada com a colaboração de diversas escolas médicas de todo o país. Constava de 150 questões, selecionadas de acordo com critérios de prevalência, letalidade, potencialidade de prevenção primária, éticos e humanísticos. Foi aplicada em 2214 alunos de 41 escolas. A média de acertos por aluno em toda a prova foi de 59 questões, indo de 48 a 67; mediana de 58. foram construídas 6 categorias a partir da média e dos desvios-padrão da média.

A Figura 5 mostra a distribuição das escolas conforme acertos em todas as áreas:

Figura 5 - Distribuição das escolas médicas conforme % de acertos no teste cognitivo da CINAEM, Brasil, 1996.

Fonte: CINAEM, Relatório parcial - dados preliminares, setembro, 1996.

Como se vê, os resultados revelam um desempenho sofrível dos estudantes de medicina de todo o país. No entanto, os dados também mostram não haver diferenciação possível entre as escolas médicas nessa fase, nem entre públicas ou privadas, nem entre regiões do país, nem através de qualquer outro critério. Essa avaliação, feita exatamente antes de se iniciar a fase de internato, reflete a (má) qualidade e o (mau) aproveitamento dos cursos básico e clínico na maior parte das escolas brasileiras.

Será muito interessante analisar o resultado das duas próximas avaliações, que refletirão o impacto provocado pelo treinamento em regime de internato sobre os estudantes. Já que o processo de formação prévio ao internato não justifica a heterogeneidade observada no desempenho dos

estudantes nos exames para Residência Médica, tudo indica ser essencial o papel do internato na diferenciação de sua qualificação.

É exatamente por dar continuidade a esse processo de formação iniciado no internato, por combinar a aquisição de conhecimentos especializados através de um treinamento prático em serviço, que a Residência Médica adquire relevância na educação dos médicos hoje.

A avaliação subjetiva dos médicos que se submeteram à Residência Médica como processo de treinamento em uma área básica (incluindo-me nesse universo) é de que essa experiência faz toda a diferença em relação à segurança, à capacidade de fazer diagnósticos e tomar condutas, de realizar procedimentos específicos, de experimentar e ter opinião sobre diversas alternativas de terapêutica, de se relacionar com o paciente e sua família, com a morte, a dor, o fracasso e o sucesso.

A diversidade de experiências práticas que a Residência propicia (em relação a casos, cenários, exames, condutas, procedimentos), associada a uma atividade teórica de sistematização e a níveis crescentes de autonomia (sem estar abandonado à própria sorte) parecem compor um estágio eficaz (e insubstituível no momento) do treinamento profissional do médico.

Além disso, é no processo de especialização, no treinamento prático que a Residência propicia, que se dá a verdadeira “iniciação profissional” do médico. Tanto que para a inserção no mercado de trabalho é mais importante e significativa a instituição onde os médicos fizeram seu processo de especialização do que a escola médica de origem. Quem fez Residência no HC-FMUSP ou no Hospital São Paulo passa a ser considerado “da escola”, tal a importância do processo de aprendizado que ocorre nessa fase.

Muito embora seja fenômeno presente desde a graduação, é

principalmente através dos contatos propiciados pela Residência Médica que se compõem as relações profissionais, que surgem as oportunidades para os jovens médicos se integrarem às equipes de profissionais mais experientes e ingressarem efetivamente no mercado. Esse certamente é um dos motivos que têm levado ao prolongamento dos programas de Residência: a inserção progressiva nos grupos, com a assunção também progressiva de responsabilidades e autonomia (dentro e fora do hospital de ensino).

6.2.2 AS RELAÇÕES ENTRE OS SUJEITOS

A segunda questão examinada foi o processo de institucionalização da Residência Médica. Nessa área, o principal estudo realizado nos últimos dez anos foi a já citada dissertação de mestrado de Paulo Elias, apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1987.

A dissertação intitulada “Residência Médica no Brasil - a institucionalização da ambivalência” procurou estudar “as modificações da Residência Médica no Brasil, marcadas pelas transformações da prática médica e da organização dos serviços de saúde, decorrentes do processo de capitalização da medicina.” Pretendeu “analisar as formas de constituição e desenvolvimento da residência no âmbito das instituições e da corporação médica, privilegiando-se os residentes, e suas relações com o processo de penetração das relações capitalistas na área médica” (Elias, 1987).

O autor considera que a Residência Médica adquiriu papel fundamental como instrumento de prestação de serviços de saúde e que os residentes, como profissionais, passaram a ser atores fundamentais no mundo dos serviços de

saúde (públicos e privados - naquele momento grande destaque para estes últimos). Essa teria sido a tônica principal do processo de institucionalização da Residência Médica “no interior das Políticas de Saúde”. A prestação de serviços teria assumido importância tão grande que comprometeria a caracterização da Residência Médica como processo educacional, já que a lógica da organização dos estágios obedeceria muito mais às necessidades dos serviços do que às de aprendizagem.

O autor considera também que ao se articular às transformações ocorridas na prática médica e no mercado de trabalho, a Residência Médica passou a interessar a outros setores sociais que não os médicos. Caracteriza o momento de sua regulamentação como o marco inicial do processo de apropriação do Estado em relação à Residência e aponta a existência de um consenso, no interior do aparelho estatal, na definição da Residência como projeto educacional (a partir do qual buscava-se articulá-la às políticas de saúde). Na operacionalização da regulamentação, no entanto, haveria algumas divergências, que teriam levado, por exemplo, ao abrandamento das relações da Residência Médica com a pós-graduação.

Aponta como elemento de contradição o fato de a regulamentação da Residência Médica, considerada por excelência um processo de especialização, ter estabelecido uma opção preferencial pelas áreas básicas. Esta seria uma evidência da articulação orgânica entre a Residência e as políticas de saúde (na época a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e a edição da Lei 6229 autorizavam a previsão de que seriam necessários médicos para atuar preferencialmente em serviços básicos de saúde).

O tempo permite analisar algumas dessas questões com outros olhos. Qual seria exatamente o terreno em que aconteceu a institucionalização da

Residência Médica? O exame das estratégias de mudança da educação médica e das políticas oficiais nessa área revela que a Residência Médica não chegou a ser alvo das preocupações desses setores. Nem tampouco chegou a ser objeto de formulação dos responsáveis pelas políticas de saúde, apesar do papel relevante que os residentes têm na prestação dos serviços e da importância de se definir uma política para a formação dos recursos humanos da saúde, médicos em particular. Como pudemos verificar, nem mesmo governos e secretarias estaduais que investem recursos e têm poder real para definir políticas em relação à Residência Médica tomaram a iniciativa de utilizar esse poder e interferir no processo.

A Residência Médica no Brasil, portanto, apesar de institucionalizada, potencialmente sob controle dos Ministérios da Educação e da Saúde e de outras autoridades dessas áreas, tem tido seus rumos definidos pelas instituições que mantêm os programas, pelo mercado de trabalho, em uma relação mediatizada pelos interesses da corporação médica: médicos-residentes, sociedades de especialistas e outras entidades. Há várias evidências sobre isso desde a criação da CNRM, que foi, de fato, o único momento em que o Estado interveio claramente no processo.

A CNRM estabeleceu no processo de regulamentação da Residência Médica requisitos e condições mínimas para o processo pedagógico e de trabalho, reconheceu o residente como trabalhador (mas autônomo, sem reconhecimento do vínculo empregatício com a instituição que mantém o programa). Foi determinado um piso salarial, mas na forma de uma bolsa de estudos. Outros direitos trabalhistas, como férias, licença-maternidade, foram também assegurados ao longo do tempo. Como se vê, apesar de a Residência Médica ser regulamentada por uma Comissão abrigada no MEC e reconhecida

formalmente como processo educacional, na prática, a maior parte das reivindicações trabalhistas dos residentes foi atendida. Essa é uma evidência de acordo, de compatibilização de interesses, pois o Estado garantiu os direitos dos residentes - ao contrário do que gostariam as instituições mantenedoras de programas - mas sem o reconhecimento completo da sua condição de trabalhadores.

O certificado conferido através dos programas de Residência Médica foi elevado à categoria de título de especialista, reconhecido pelo MEC, mas não se deixou de reconhecer como válidos os títulos aprovados pelas Sociedades de Especialistas. Esta é uma atitude que novamente evidencia acordo, pois se o governo não abriu mão de sua responsabilidade no processo de titulação - como gostariam as sociedades de especialistas e a AMB - também não excluiu certo grau de autonomia dessas instituições nesse processo - como talvez preferisse o mercado.

A composição da CNRM é marcada pela presença das organizações da corporação médica - o que também evidencia acordo, pois o governo tomou a si a tarefa de regulamentação, mas deixou sua concretização a cargo do pleno da Comissão, composta pelas principais entidades representativas da categoria. E nunca mais o MEC ou o Ministério da Saúde ou qualquer outra autoridade interferiu nos trabalhos da CNRM.

Aparentemente, portanto, apesar de institucionalizada, a Residência Médica não escapou do âmbito da categoria médica do ponto de vista de suas definições. O governo criou a instância para que as negociações entre os vários segmentos médicos ocorresse.

A importância que a Residência Médica tem para a categoria é confirmada por outros dados da realidade. A intensa procura da Residência

pelos médicos recém-formados (os dados já apresentados são eloquentes) e a oferta (sempre crescente) de vagas e programas é um deles. O tipo de articulação que ocorre dentro da CNRM, em suas relações com as diversas entidades de classe da categoria médica e com o Congresso Nacional é outro. Há uma articulação que tem viabilizado decisões curiosas como, por exemplo, a preservação do piso salarial nacional dos residentes. Ou seja, a Residência parece ser um momento tão precioso no processo de formação do profissional médico que o piso nacional resiste a todos os conflitos que potencialmente poderiam ser gerados ao nível da própria categoria (em função das discrepâncias salariais entre residentes e preceptores). E, por outro lado, o tema Residência foi deixado tão exclusivamente ao sabor da categoria que o piso ainda persiste nesta conjuntura fortemente marcada pela desregulamentação.

“A estruturação do mercado de trabalho oferece várias alternativas para se assegurar ao médico um determinado nível de renda, sem que este se veja necessariamente obrigado a adotar formas coletivas de luta. Estratégias individuais de integração no mercado ainda garantem relativo sucesso.” (CAMPOS, 1988). A Residência pode estar cumprindo um papel fundamental, talvez como um instrumento (coletivo) de autodefesa da categoria médica, que detém assim o controle sobre uma etapa fundamental de seu processo de formação.

O perfil do profissional formado através dos programas de Residência Médica é definido, como pudemos verificar, pelas características de cada uma das instituições formadoras, que estão conectadas ao heterogêneo mercado de trabalho real. As tendências do mercado interferem diretamente na demanda maior ou menor dos futuros residentes por esta ou por aquela especialidade (a queda da procura por Medicina Preventiva, Pediatria e Patologia e o

crescimento da procura por programas na área de Radiologia e Métodos Diagnósticos deixam entrever claramente esse fenômeno). Mas a pressão do mercado não tem sido suficiente para vencer algumas barreiras impostas pela corporação: por exemplo, há escassez de médicos nas áreas de Otorrinolaringologia e Oftalmologia em todo o país, e no entanto as vagas destinadas a essas especialidades vem apresentando um crescimento mínimo.

6.2.3. A NATUREZA DA RESIDÊNCIA MÉDICA

Outra questão fundamental é compreender a natureza da Residência Médica, ou seja, qual seria seu aspecto fundamental: o processo educacional ou o processo de trabalho? Em suas considerações finais, Paulo Elias diz que “inúmeros autores, ao tomarem a Residência Médica como objeto de estudo, procedem referenciados numa concepção de Residência Médica como sendo um projeto educacional, destinado à especialização do médico. (..).”

“Ao procederem desse modo, tais autores acabam por limitar as possibilidades de compreensão das questões postas pela Residência, advindas da complexidade que esta adquiriu a partir de sua integração às Políticas de Saúde. Disto provavelmente decorre o alcance restrito das propostas de intervenção objetivando o encaminhamento dos problemas enfrentados pela Residência. Assim, as propostas hoje colocadas para superar-se a subordinação dos aspectos educacionais da Residência aos interesses institucionais na prestação da assistência médica, freqüentemente cingem-se à reformulação do perfil curricular dos Programas. Sem se desconsiderar a necessidade de revisar alguns aspectos destes Programas, ressalta-se que ao se restringirem às questões curriculares, tais propostas, se de um lado representam melhores possibilidades

de desenvolvimento dos programas, por outro, não dão encaminhamento ao problema central que as origina, vale dizer, a importância adquirida pela residência médica no sistema de prestação da assistência médica”.

Adiante, como já foi referido, diz que o estudo das concepções básicas em relação à Residência permitiu identificar duas correntes, denominadas de “pedagógica ”e “trabalhista”. Reconhecia que ambas apresentavam alguns elementos comuns, “destacando-se o caráter prescritivo na abordagem da Residência”. Atribuía esses pontos comuns a um fato comum : “a resistência das duas correntes em aceitar a institucionalização da Residência no interior das Políticas de Saúde”.

“Em relação à caracterização da Residência, desqualificam-se as pretensões das duas correntes. Apesar de poderem-se reconhecer na residência as dimensões educacional e a de trabalho, ela não se reduz ou esgota em nenhuma delas. Assim, a verdadeira característica, assumida pela residência, será dada pela interação dessas duas dimensões em situações institucionais concretas” (ELIAS, 1987).

O olhar dez anos depois permite dizer que houve a correta identificação da complexidade da natureza da Residência Médica, simultaneamente de trabalho e de treinamento. Mas não ficou claro o que seria compreender a Residência em sua dupla dimensão. A caracterização das correntes identificadas como “pedagógica” e “trabalhista” não dá exatamente conta da realidade. Como o próprio autor aponta, as concepções se interpenetravam e variavam ao longo do tempo e ao sabor das situações concretas. O autor, nesse trabalho, não conseguiu formular claramente como a singularidade da Residência Médica poderia se traduzir do ponto de vista da política.

A tradução dessa singularidade poderia ser o reconhecimento e

valorização do papel do trabalho como instrumento fundamental do aprendizado na Residência Médica. Não existe contradição entre trabalho e aprendizado, nem subordinação de um processo ao outro. Um se faz dentro do outro, de maneira indissociável. O tratamento adequado à Residência Médica implicaria em reconhecer que **ela é parte integrante e fundamental do processo de formação dos médicos, porém, intrinsecamente ligada à produção dos serviços de saúde.** A Residência Médica estaria na interface (que é concreta e real) entre as políticas de educação médica e as políticas de saúde.

6.3. A RESIDÊNCIA MÉDICA E AS PROPOSTAS DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO MÉDICA E NA SAÚDE

No que então teria se transformado a Residência Médica? Segundo as reflexões aqui desenvolvidas, num momento privilegiado de treinamento clínico para a maior parte dos médicos no Brasil. Haveria, portanto, elementos para que a Residência passasse a se encarada como parte integrante do processo de formação dos médicos e, por sua relevância no treinamento clínico, teria se convertido em um momento marcante na definição do seu perfil profissional.

No entanto, nenhuma das propostas de mudança na educação médica analisadas até aqui propõe qualquer intervenção no processo de formação ao nível de Residência e é necessário entender por que isso acontece. Para tanto, é útil retomar a discussão sobre a defesa da terminalidade do curso de graduação. Sem dúvida ela foi um ponto fundamental das propostas para a educação médica em nosso país e é possível identificar vários elementos de sua racionalidade.

Num primeiro momento, os países em desenvolvimento contavam com poucos médicos e poucas escolas. Os médicos que estavam sendo formados necessitariam então estar prontos para ingressar imediatamente no mercado, pois havia grandes contingentes populacionais sem assistência. Depois do processo de multiplicação de escolas médicas, já não havia escassez de profissionais, mas o modelo de atenção continuava excludente. Então continuava necessário formar profissionais menos sofisticados, que se prestariam a uma hipotética redistribuição dos médicos, que se disporiam a prestar cuidados à população mais pobre e exigiriam níveis mais baixos de remuneração (já que não teriam investido tantos anos e recursos em seu processo de formação e que, na verdade, estariam prestando serviços simplificados).

Provavelmente (e há, como se viu, declarações explícitas a respeito) essa defesa intransigente da necessidade de terminalidade do curso de graduação foi um elemento decisivo para que o movimento por mudanças na educação médica nunca elaborasse propostas para a formação em nível de pós-graduação. A realidade é que se criou um sistema de formação em nível de Residência Médica capaz de absorver 70% dos médicos que se formam anualmente em nosso país. **Mas como esse seria um investimento “irracional”, não prioritário, ele foi praticamente desconsiderado pelos formuladores de propostas para a educação médica.** As únicas tentativas de interferir no processo de formação na Residência foram os programas de Medicina Preventiva e Medicina Geral Comunitária, que não foram resposta suficiente às necessidades colocadas pela Reforma Sanitária em relação à formação de profissionais de saúde.

A defesa da terminalidade e a avaliação de que o processo de

especialização profissional seria uma alternativa incorreta para nosso sistema de saúde teriam se constituído em um dos motivos para que a Residência Médica não fosse objeto da formulação de propostas ao nível das estratégias de mudança na educação médica. Mas há ainda outros elementos nesse processo.

Recentemente, o Ministério da Saúde vem investindo maciçamente no Programa de Saúde da Família. Certas correntes consideram que a saúde da família pode se constituir em um dos eixos da mudança de paradigma na saúde (MENDES, 1996). Nesse processo, está surgindo novamente a idéia de criar programas de Residência Médica em Saúde da Família como alternativa para formar “os profissionais necessários”, que serão um dos instrumentos de transformação do sistema de saúde.

Novamente (assim como na época da preventiva), apresenta-se como alternativa ao modelo atual de formação dos médicos uma proposta que atinge somente uma parcela pequena dos recém-formados. Como se não fosse necessário trabalhar com a maior parte desse contingente de jovens médicos no sistema de saúde real. E como se fosse possível promover mudanças estruturais na saúde sem envolver a categoria médica.

Por trás desta omissão e da insistência em estratégias restritivas do ponto de vista da formação dos médicos (quer dizer, que atingem potencialmente uma parcela muito pequena dos recém-formados) **poderia estar a dificuldade de relacionamento com a categoria médica tanto nos processos de mudanças na educação, como na implantação de reformas no sistema de saúde.**

Muitas das correntes propositoras de mudanças na educação médica subestimaram o potencial de reconstrução da autonomia e da prática liberal. Desde o início dos anos 70 identificaram o processo crescente de

assalariamento do médico e daí tiraram algumas conclusões. A primeira é que seria “a-histórica” a defesa da autonomia e, em consequência, politicamente insustentável ao longo do tempo. A segunda é que imaginavam que o processo de assalariamento estabeleceria uma relação de identidade (automática) entre médicos assalariados e trabalhadores e, conseqüentemente, entre médicos e população nas questões de organização do sistema de saúde e da educação médica, por exemplo (e então os médicos passariam a ser favoráveis à formação daquele generalista destinado a trabalhar na atenção primária).

Ou então, considerando a “diversidade da inserção dos médicos assalariados e dos demais trabalhadores tanto ao nível da estrutura produtiva, como também da diferente função social de suas práticas” se fazia a crítica a essas correntes que tentavam estabelecer relações de identidade automática entre essas categorias. Considerou-se então provável “que a intervenção dos médicos na política de saúde” se desse “principalmente objetivando a manutenção e a ampliação do exercício autônomo da profissão” (CAMPOS, 1988).

A realidade revelou-se mais complexa e o comportamento político dos médicos também. Reconhecem a dupla natureza de sua inserção no mercado de trabalho: participam de movimentos por melhores salários, defendem a possibilidade de participarem do processo de capitalização da saúde como autônomos ou através de cooperativas, defendem a saúde como um direito, o papel do Estado na garantia da prestação de serviços às camadas desprivilegiadas da população, o dever dos seguros-saúde de dar cobertura a todos os tipos de doenças etc.

A corrente política que conquistou a hegemonia nos movimentos médicos a partir da metade dos anos 80 foi a que se revelou “capaz de

representar de forma eficaz os diferentes interesses de várias frações da categoria, diversidade esta produto da heterogeneidade com que se estrutura o mercado de trabalho dos médicos” (CAMPOS, 1988).

Tanto ao nível das propostas de mudança na educação médica como das políticas de saúde existiu uma subestimação da importância e das possibilidades de intervenção do fator humano na produção de mudanças na saúde. Os homens, atores reais do processo, estavam esmagados sob o peso de muitas determinações estruturais: o complexo médico-industrial, o aparelho estatal, a instituição médica, o peso determinante do Estado e da infra-estrutura econômica na conformação das políticas sociais, a ordem médica, a estruturação do saber clínico (CAMPOS, 1994).

Essa postura teórica, que influenciou grande parte do movimento pela Reforma Sanitária, certamente contribuiu para o fato de até recentemente os reformadores da saúde no Brasil não terem se proposto a intervir na orientação do processo de educação dos profissionais de saúde (nem na graduação, nem na pós-graduação). O grau máximo de intervenção no processo de educação médica ficou reduzido ao veto do Conselho Nacional de Saúde à abertura de novas escolas.

Essas concepções teóricas também contribuíram para que houvesse pouca preocupação com a construção de uma nova prática sanitária e uma subestimação/negação da importância da prática clínica. A expropriação da saúde, a medicalização (entre outros) são processos reais, mas não podem levar à negação da existência da doença e do doente como problemas reais e da clínica como um instrumento concreto de abordar a dor e o sofrimento individual. “Muitos, a partir desses referenciais, passaram a repudiar a clínica em sua essência, propondo sua substituição por inúmeros programas inspirados

na Saúde Pública e na Epidemiologia” (CAMPOS, 1994) .

Por todas essas razões, a Residência Médica, como palco privilegiado do treinamento clínico, não poderia mesmo ter sido alvo da preocupação e da elaboração dessas correntes ao nível das políticas educacionais ou da formação de recursos humanos para a saúde.

6.3.1. O DESAFIO ATUAL

É interessante examinar o perfil atual do processo de formação propiciado pela Residência Médica para identificar quais seriam os elementos de uma proposta de transformação na área.

Alguns estudos (ELIAS, 1987) apontam a Residência Médica como uma opção para o treinamento profissional dos médicos que teria se fortalecido a partir a concepção flexneriana de educação médica. Por esse motivo a Residência teria o hospital como local privilegiado para o treinamento prático dos médicos. No entanto, ao contrário do que Flexner defendia, são utilizados como campo de treinamento não somente os hospitais-escola, os hospitais universitários, mas também os hospitais da rede de serviços.

Hoje a Residência Médica produz médicos aptos para atuar fundamentalmente ao nível hospitalar: unidades de internação, UTI e urgência/emergência. A atividade ambulatorial já teve seu espaço ampliado em muitos programas, mas o que predomina ainda são os estágios em enfermarias, com o agravante de que o congestionamento dos serviços de apoio diagnóstico dos hospitais de ensino faz com que persista a deplorável categoria da “internação para investigação” (FEUERWERKER, 1996b).

Os hospitais onde ocorrem os programas de Residência, mesmo os que pertencem à rede pública de serviços, não se integraram de fato ao sistema de

saúde. Existem evidências desse fato:

- as prioridades de ação, as especialidades que existem em cada um deles e as relações que estabelecem com a população de sua área de abrangência são definidos internamente, sem levar em conta os demais recursos existentes, a situação epidemiológica e as prioridades de intervenção definidas pela autoridades regionais de saúde
- apesar de prestarem serviços ao SUS, não há relações sistemáticas entre os hospitais e as demais unidades de saúde, levando a que os mecanismos de referência e contra-referência não funcionem.

O processo de treinamento ao nível da Residência Médica, como já se viu, tem tido seus rumos definidos num processo relativamente independente do que está ocorrendo no terreno da educação médica e também das políticas de saúde. São as necessidades das instituições que mantêm os programas e os interesses da corporação médica os principais elementos definidores de suas características.

Os residentes têm poucas oportunidades de atuar com outros elementos das equipes de saúde, desconhecem o que seja a rede de serviços, seus recursos e as atividades ali desenvolvidas. Vigilância epidemiológica, territorialização, planejamento local, trabalho com grupos, programas de promoção e prevenção são temas praticamente desconhecidos para eles. Os médicos que desenvolvem as atividades de preceptoria em muitos dos hospitais da rede de serviços não recebem qualquer aporte especial em seu processo de atualização, em sua capacitação pedagógica e tampouco estão familiarizados com a dinâmica das unidades não hospitalares.

Ora, o conteúdo da formação, da prática profissional e os cenários utilizados para treinamento durante a Residência Médica não podem ser

indiferentes para os que tentam reorganizar as práticas sanitárias, nem para os que tentam implementar mudanças na graduação médica.

Pensar a Residência Médica como parte do processo de formação dos médicos pode ser um passo essencial para interferir de fato na definição do perfil dos profissionais médicos.

Como já foi dito, um elemento central da atual crise da saúde é a necessidade de transformar as relações entre os médicos e os demais profissionais da saúde, entre os profissionais da saúde e a população, entre a população e sua própria saúde. A mudança dessas relações envolve transferência de poderes e a redefinição da autonomia de todos esses sujeitos no processo da saúde e da doença.

A compreensão do processo saúde-doença como construção social redefine o terreno de ação e a inserção dos serviços e dos profissionais de saúde. Como já foi dito, a ação intersetorial e social ganham papel preponderante nessa construção. Aí se dá a redefinição das relações dos sujeitos sociais com a saúde.

Mas, como já foi também discutido, essa revalorização da saúde não implica na negação da doença e da necessidade de se intervir sobre ela. Por isso há que redefinir também o espaço da doença, redefinir as relações dos sujeitos com seu processo de adoecer, sofrer e morrer. E é também necessário redefinir o papel da clínica e da ação específica não somente dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde nesse campo.

Como momento privilegiado do treinamento clínico dos médicos e em função de sua interface com a prestação de serviços de saúde, a Residência Médica pode cumprir um papel importante nessa redefinição. Pode servir como cenário favorável à reorientação da interação/integração entre

universidade e serviços e como palco da construção de novas práticas sanitárias.

Não se pretende com essa sugestão diminuir a importância das estratégias de promover mudanças na graduação: elas são fundamentais. O problema é que o resultado das mudanças pode ser muito enfraquecido se não se considerar também a Residência Médica como palco necessário de transformações. Se a Residência tem hoje de fato um papel definidor em relação ao perfil do profissional formado, ela pode enfraquecer muito o impacto que as mudanças da graduação são capazes de produzir. E, ao contrário, o processo de mudanças na graduação pode ser potencializado ao se investir em mudanças na Residência Médica.

Há elementos de contexto propícios para uma intervenção sobre a Residência Médica. Em primeiro lugar pelo fato de que boa parte do financiamento das bolsas para Residência está sob o controle de Secretarias Estaduais de Saúde. Outro importante financiador de bolsas, como se viu, é o próprio Ministério da Educação. Ou seja, existe um grande poder de direcionamento sobre esse processo de formação concentrado nas mãos do poder público.

O segundo elemento que facilita uma intervenção é o fato de, apesar de todas as pressões em contrário, existir uma importante concentração das vagas e dos programas de Residência nas áreas básicas. Desde o credenciamento da Residência Médica, metade dos especialistas formados pertencem às áreas básicas. No Brasil 32% dos programas e em São Paulo quase metade das vagas de Residência são destinados a essas áreas.

A Residência básica é a que mais facilmente poderia ser envolvida em um programa de integração com a rede de serviços e em um processo de

transformação dos conteúdos oferecidos aos médicos-residentes. Existe uma estrutura montada para efetivar essa formação, ela é uma interface real entre educação e serviços e deveria ser utilizada para modificar o perfil dos profissionais que estão sendo formados, de maneira articulada à organização do sistema de atenção à saúde.

Como se poderia favorecer essa mudança? Uma proposta de parceria poderia ser interessante. Parceria que envolveria secretarias (municipais e estaduais) de saúde, universidades, a rede de serviços e os conselhos de saúde.

Em primeiro lugar viria a definição do perfil da oferta de bolsas em relação às diversas especialidades e do perfil dos programas em cada área. Como proceder a essa definição? Reunindo os principais municípios empregadores, seus respectivos conselhos de saúde, a secretaria estadual da saúde e as instituições que oferecem programas de Residência Médica. Perfil epidemiológico, modelo de atenção adotado nos vários municípios, recursos de saúde existentes e os planejados – todos são elementos a ser considerados nessa definição.

No estado de São Paulo, por exemplo, 50% dos empregos médicos estão concentrados em 10 municípios e são 34 os municípios que concentram 75% dos empregos. Não seria difícil reuni-los para participar do processo aqui proposto (FUNDAP, 1997).

Além disso os municípios, através de suas secretarias, deveriam colaborar ativamente na integração de uma ampla gama de serviços ao processo de treinamento prático dos residentes.

A Universidade, que necessita dos recursos das bolsas para sustentar seus programas, seria convidada a ter um papel efetivo na educação permanente e na reciclagem dos profissionais das unidades de saúde envolvidos na

Residência Médica – e quem sabe até no processo de educação permanente de um conjunto maior de profissionais da rede de serviços.

As demais instituições responsáveis pelos programas também necessitam das bolsas oferecidas e como contrapartida deveriam buscar uma verdadeira integração com as demais unidades da rede de serviços. Além disso, todas deveriam adaptar o desenho curricular, os cenários utilizados e as práticas desenvolvidas para o treinamento às novas definições em relação ao perfil profissional desejado. Os médicos-residentes deveriam participar de uma ampla gama de atividades nas Unidades Básicas de Saúde: participar da assistência, das atividades educativas junto à população, do trabalho de vigilância epidemiológica, de intervenções e discussões multiprofissionais, dos trabalhos de planejamento local etc.

Os profissionais da rede de hospitais e serviços em geral deveriam ter a oportunidade de conhecer e de incorporar metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que poderiam ser úteis também em seus trabalhos junto à população.

Profissionais dos serviços e médicos-residentes poderiam participar juntos do processo de produção de novas práticas em saúde. Novas relações dos médicos com os demais profissionais de saúde, redesenhando o papel de cada qual. Novas relações, mais democráticas, com a população, permitindo que esta tenha um papel mais ativo na produção de sua própria saúde e no cuidado de sua doença.

Médicos-residentes das áreas básicas que tivessem possibilidade de participar de um processo de treinamento com essas características, certamente poderiam desempenhar um papel muito mais positivo no processo de construção do SUS do que são capazes de fazer na estrutura atual. E certamente

também teriam melhor possibilidade de inserção no novo mercado que se desenha, onde os sub-especialistas perdem espaço.

Enfim, há muitas possibilidades. Neste momento de crise da saúde, a categoria médica encontra-se profundamente tensionada. Seu lugar social está ameaçado. A reconstrução da relação médico-paciente e saúde-coletividade estão no centro da crise atual. Por isso a categoria provavelmente esteja mais aberta à reflexão e a proposições de mudança. Talvez esta seja uma oportunidade para que se produzam novos compromissos e novas relações.

Mas para isso é preciso interferir no processo. É preciso que todos os atores sejam considerados (o que não significa que todos os interesses possam ser conciliados) e que os problemas relacionados com a profissão médica sejam examinados em toda a sua complexidade, incluindo seu processo global de formação. Não se pode deixar esse terreno de ação somente para os setores interessados em rever o paradigma da saúde nos marcos da viabilização da acumulação capitalista no setor. É preciso romper os limites históricos e criar áreas de interação e possibilidades de diálogo com a categoria médica.

Considerando que este momento de crise da saúde configura uma oportunidade particularmente favorável para a intervenção de forças interessadas em produzir mudanças no setor, este estudo tentou identificar e compreender alguns dos elementos que seriam chave para a viabilização de uma transformação e encerra um convite aos pensadores e formuladores na área da educação médica e das políticas de saúde a que passem a entender a Residência Médica como um dos momentos estratégicos de sua intervenção transformadora.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi identificar os principais movimentos e tendências da educação médica no Brasil nos últimos trinta anos e nesse marco entender o processo de construção social da Residência Médica e seu potencial de articulação com as propostas de mudança na área.

Foram apresentados elementos que sugerem a existência de uma crise estrutural do modelo de atenção à saúde engendrado pelo capitalismo. É exatamente essa conjuntura específica de crise estrutural, paradigmática, que renova as possibilidades de desenvolvimento/ construção de alternativas com chances reais de se tornarem realidade, tanto em relação às maneiras de organizar a atenção à saúde, como em relação ao processo de formação dos profissionais de saúde, particularmente os médicos. Se interessa à humanidade reconstruir as práticas sanitárias de forma a aumentar sua capacidade de defender a vida dos indivíduos, está colocada a necessidade de as pessoas e os Estados buscarem recuperar seu controle sobre a saúde .

A partir de uma reconstituição histórica das propostas de mudança na educação médica no Brasil, procurou-se identificar problemas conceituais que podem ter contribuído para o seu fracasso e apontar elementos significativos para o sucesso de propostas em construção.

Um primeiro problema das propostas de mudança até o final da década de 80 teria sido sua dificuldade em traduzir para o campo da educação médica as insuficiências e dificuldades da prática médica e da organização dos serviços de saúde (diagnosticadas de maneira parcial e incipiente). Como traduzir em novos conteúdos de ensino-aprendizagem, em novas maneiras de pensar e organizar os currículos a possibilidade de organizar serviços de saúde mais

acessíveis e eficientes, mais humanos e democráticos?

Outro ponto importante foi o fato de durante um longo período não se ter conseguido estabelecer a distinção entre a importância da formação geral de um médico na graduação (independentemente de sua inserção futura no mercado de trabalho) e a formação do médico geral, generalista etc. Toda a análise crítica a respeito do impacto negativo da introdução de especialidades já na graduação em função da fragmentação excessiva do conhecimento ficou perdida em meio a uma discussão ideologizada a respeito do médico a ser formado (na verdade, um debate sobre qual deveria ser o papel social do médico).

Um terceiro problema foi a subestimação da importância de trabalhar por transformações dentro das escolas médicas motivada pela convicção de que era preferível agir no outro prato da balança, a organização dos serviços de saúde e a prática assistencial, já que um teria maior poder de determinação sobre o outro.

As práticas sanitárias e a organização do sistema de saúde e o mercado de trabalho exercem influência decisiva sobre o perfil e o conteúdo da formação dos médicos. Mas é preciso buscar influir nesse processo de formação durante todo o tempo e em todas as oportunidades: é necessário criar pontos de contato, elementos de identificação, possibilidades de discussão com o maior número possível de médicos. É preciso criar uma massa crítica que possa atuar nos dois terrenos: o da educação e o da prática e, sobretudo, não parece possível promover mudanças em qualquer desses terrenos prescindindo da participação de parte significativa da categoria médica.

Outro problema relevante foi a insuficiência da abordagem dos problemas propriamente pedagógicos da educação médica. As estratégias de mudança, apesar de partirem da identificação correta de problemas nessa área,

não foram capazes de produzir/reunir conhecimento consistente que de fato contribuísse para a superação das dificuldades apontadas.

A dificuldade em articular as disciplinas básicas e a clínica, a distinção do processo de capacitação em metodologia científica e no raciocínio clínico poderiam corresponder a uma questão epistemológica, não claramente respondida e que seria outro problema conceitual significativo das estratégias de mudança na educação médica.

O sétimo problema considerado relevante na formulação das estratégias foi imaginar que a simples mudança de cenário de aprendizagem fosse suficiente para interferir e transformar os conteúdos ensinados e aprendidos: não bastou ao estudante ser exposto à realidade, à miséria e à maneira de operar dos serviços para que se conseguisse interferir de fato na essência de seu processo de formação.

A introdução de novos cenários de ensino pode desempenhar um papel fundamental na mudança do perfil dos profissionais formados. Ela pode contribuir para concretizar esse conceito mais amplo de saúde, **desde que venha acompanhada de mudanças nas práticas de saúde.**

Existe uma nova dimensão de atuação profissional dada pela possibilidade de se construir saúde de uma outra maneira, de se estabelecerem outras/novas relações entre as diferentes profissões da saúde e entre os profissionais e a comunidade. Em verdade, há novas práticas a construir dentro mesmo de cada um dos níveis de atenção, desde que se considere/admita que todos os profissionais têm uma contribuição significativa a dar e que a população/os pacientes podem e devem ter um papel ativo nesse processo.

Outro obstáculo enfrentado nos processos de mudança foi imaginar ser possível produzir mudanças na escola médica a partir de um ou alguns

departamentos isolados (as Preventivas, Pediatrias e raramente as Ginecologia-Obstetrícias). Essa dificuldade foi ainda agravada pelo fato de existir uma fratura entre os departamentos de Medicina Preventiva, Medicina Social e depois Saúde Coletiva em relação aos demais departamentos e em relação à categoria médica de modo geral.

Esse hiato foi criado em decorrência da desqualificação da prática clínica e do trabalho médico em geral em que muitas vezes se incorreu quando da crítica à abordagem biologicista e centrada na doença da medicina flexneriana.

A tentativa de incorporar ao trabalho médico a formação para a saúde (que costuma ser identificada com as atividades de prevenção e promoção) muitas vezes levou à desqualificação da prática clínica, por ela ser centrada na abordagem ao paciente através da doença. Como atualmente as bases do conhecimento e dos métodos de trabalho do médico repousam sobre o raciocínio clínico, que tem a doença como objeto, esse tipo de questionamento envolve a necessidade de reformulação das bases desse conhecimento. E essa certamente não é uma discussão já suficientemente desenvolvida.

Também a crítica ao atendimento individual levou frequentemente à desqualificação da prática clínica. Por mais que as condições de vida e a inserção do indivíduo na sociedade sejam fundamentais na determinação do processo saúde-doença, quando o indivíduo adoece, sua dor e seu sofrimento são de ordem privada. Ver a doença como fenômeno social possibilita ações sobre o coletivo, mas atender a um doente também exige ações individuais. Como abordar o doente e qual o papel do médico no domínio do combate social à doença não são tampouco questões esgotadas.

A insuficiência da abordagem crítica à medicina científica em responder

a essas questões provocou uma quase impossibilidade de diálogo entre os representantes da saúde coletiva e o restante da categoria médica, inviabilizando qualquer iniciativa de mudança que partisse desses departamentos ou correntes.

Outro elemento significativo foi a insuficiência das propostas de integração docente-assistencial na valoração da necessidade da mudança de práticas, das relações entre profissionais de saúde, das relações entre médicos e pacientes. Essa, além de ser uma questão fundamental na construção de um novo modelo assistencial, é também ponto crucial no desenvolvimento de novos conteúdos e novas experiências de ensino-aprendizagem durante o processo de formação e definição do perfil dos profissionais de saúde.

Outro problema apontado foi a reduzida capacidade de influência sobre o ensino médico que a introdução de disciplinas como a sociologia, as chamadas ciências do comportamento e outras demonstrou ter. Uma primeira razão foi a perspectiva com que essas disciplinas foram introduzidas. Assim como ocorre em outras especialidades, não se procurou identificar quais conteúdos dessas disciplinas seriam essenciais e úteis à formação dos médicos.

Um outro equívoco foi imaginar que a incorporação de um conceito mais complexo de saúde e de elementos do instrumental sociológico à construção do raciocínio clínico e à prática médica pudesse corresponder a uma mudança do eixo epistemológico da medicina (a sociologia passaria a ser um de seus eixos constitutivos). A compreensão da causalidade social da doença implica abordar a saúde dentro do contexto social, implica buscar ações intersetoriais, implica construir saúde socialmente, mas não implica negar a necessidade de curar doenças. Compreender a causalidade social da doença deve auxiliar o médico a construir seu raciocínio e até a aumentar a eficiência

de suas propostas terapêuticas, mas não o transforma em um sociólogo.

Considera-se que o perfil da atividade médica vai mudar ao se transformarem suas relações com os pacientes e com os demais profissionais da saúde. Ou seja, o médico deve ter em sua formação elementos indispensáveis para que compreenda a complexidade de certos problemas e seja capaz de reconhecer a necessidade de trabalhar em equipe, mas não deixará de ser médico, nem se transformará em um super-profissional.

Os limites das propostas para mudanças na educação médica até o final da década de 80 estão demonstrados concretamente por sua incapacidade de produzir mudanças reais. O discurso é recorrente, algumas vezes reelaborado, mas impotente.

A partir dessa época, as iniciativas de propor mudanças na educação médica multiplicaram-se e ganharam força. A crise da saúde e a crise de identidade da corporação médica produzidas pela capitalização do setor saúde contribuíram decisivamente para a intensificação desse processo.

No Brasil, o SUS está sendo construído no interior, e a partir, de um sistema de saúde regido por lógicas muito distintas das propostas de universalidade, equidade e integralidade da assistência. A necessidade de superar certas limitações e problemas existentes em suas formulações, assim como de reconstituir a base de sustentação da reforma sanitária começou a ser apontada por diferentes autores (e sujeitos).

É certo que não se pode supor que a solução para essa crise paradigmática da saúde vá surgir a partir de projetos de mudança na educação médica. Ou que os problemas enfrentados na implantação do SUS possam encontrar sua solução na discussão sobre a formação de recursos humanos. Nos dois casos, a solução depende de haver uma mudança na maneira como a

sociedade enfrenta a construção da saúde. Mas o processo de produção de alternativas ocorrerá nos dois campos: educação e prática. E os processos de mudança deverão ter um grau de simultaneidade. É parte da dialética das transformações.

Uma dessas alternativas (em processo de construção) é a que propõe a introdução do paradigma da saúde em contraposição ao paradigma da doença. Segundo essa proposição, o processo de construção social da saúde, baseado na ação intersectorial e na crescente autonomia das populações em relação à saúde, é que deveria passar a ser central, reorientando as relações entre profissionais de saúde e comunidade e redefinindo o peso e o papel do setor de prestação de serviços de saúde nesse processo.

Algumas das propostas mais recentes de mudança na educação médica, ainda em processo de construção na prática concreta, revisitando criticamente as experiências anteriores, podem estar desenhando caminhos de superação do modelo vigente. Essas estratégias trabalham a maior parte das questões já discutidas de maneira mais ou menos elaborada. Foram destacados apenas alguns elementos considerados mais significativos por abordar temas essenciais ao processo de mudança e distintivos em relação às propostas anteriores.

Em primeiro lugar, algumas das estratégias dirigem-se não somente à educação médica, mas sim ao conjunto das profissões da saúde (importante, porque a crise é da saúde e não simplesmente da medicina e envolve necessariamente a redefinição das relações e papéis das distintas profissões) . Em segundo lugar, aponta-se a necessidade imperiosa de um compromisso institucional com o processo de mudança (refletindo a preocupação de criar alternativas que tenham possibilidade real de ser implantadas, que se traduzam em ação potente e que envolvam a maior parte das disciplinas).

A articulação com os serviços de saúde não é vista como circunstancial. Ela é essencial e a percepção de problemas e a construção de soluções se daria simultaneamente, numa relação dialética, num processo interpenetrado (os serviços de saúde são o local onde se desenvolvem as práticas de saúde, alvo estratégico de mudanças capazes de transformar a lógica de um sistema). Pela primeira vez também as estratégias apontam a necessidade de que a comunidade/pacientes participem desse processo como atores essenciais (já que necessariamente terá que existir uma redefinição dos papéis dos diferentes atores no processo de construção da saúde).

Uma das principais qualidades dessas propostas mais recentes é conectar a mudança na educação médica com movimentos sociais de transformação. Esse é o elemento que pode torná-las potentes. A proposta UNI é a que utiliza essa estratégia de maneira mais clara: a parceria entre universidade, serviços de saúde e comunidade conecta os movimentos pela construção de um novo sistema de saúde e pela democratização da participação popular com as mudanças na formação profissional.

É nesse contexto que se deve procurar entender a Residência Médica e o papel que cumpre atualmente na formação dos médicos e que pode cumprir no processo de transformação da saúde.

A partir de uma reconstituição de sua trajetória foi possível verificar que a Residência Médica vem ganhando importância dentro do processo de formação profissional dos médicos em nosso país. Atualmente cerca de 70% dos formandos têm acesso a essa modalidade de especialização. No entanto, há pouca reflexão sobre o tema.

Nesse cenário de intensa movimentação por mudanças na educação médica e na organização dos serviços de saúde, a Residência Médica não

chegou a ser alvo das estratégias de mudança da educação médica e das políticas oficiais nessa área. Nem tampouco chegou a ser preocupação dos setores que formulam as políticas de saúde, apesar do papel relevante que os residentes têm na prestação dos serviços.

Alguns problemas conceituais dificultaram o reconhecimento da Residência Médica como momento significativo do processo de formação profissional, que merecesse, por isso, ser alvo de políticas transformadoras na área da saúde. Alguns desses problemas teriam sido a dificuldade de enxergar a realidade do processo de formação médica em função de uma defesa intransigente da terminalidade da graduação; a desqualificação da prática clínica por parte de segmentos significativos do movimento pela Reforma Sanitária e as dificuldades de relacionamento com a categoria médica por parte das correntes reformadoras da educação médica e da saúde.

São fartos os depoimentos, análises e colocações atribuindo à Residência Médica um duplo papel na formação dos médicos em nosso país. Complementar o processo de graduação, tendo em vista as deficiências amplamente reconhecidas desse processo. E também oferecer a especialização como uma possibilidade de melhor inserção no mercado de trabalho, constituindo uma forma específica de ingresso no mercado.

Neste trabalho foi levantada a hipótese de a importância da Residência no processo de formação dos médicos ser maior e distinta. A Residência Médica parece ter se convertido no momento que mais fortemente marca o perfil profissional dos jovens médicos.

A capacidade da Residência funcionar como facilitador de uma inserção privilegiada no mercado foi relativizada. Esse fenômeno é em parte verdadeiro, principalmente para os médicos que conseguem freqüentar um programa de

Residência em instituições de renome, principalmente as universitárias de maior tradição. Não se pode dizer o mesmo a respeito dos demais, os que freqüentam os programas mantidos pela maior parte das instituições de serviço.

Grande parte dos egressos dos programas de Residência exercem atividades profissionais em outras áreas que não a de sua especialização (o que é esperado, considerando que não estão operando mecanismos eficientes de concatenação entre a formação de especialistas e as necessidades do mercado público e privado), mas o que desqualifica em parte essa “inserção privilegiada” no mercado.

O processo de deterioração salarial dos médicos em nosso país é patente e causador da multiplicidade de empregos simultâneos desses profissionais. São esses mesmos médicos especialistas que se submetem ao aviltamento salarial (já que quase 60% dos médicos brasileiros declararam ter título de especialista, como já visto na pesquisa sobre o perfil do médico). Este é mais um elemento de desqualificação dessa “inserção privilegiada” no mercado.

A Residência Médica como forma específica de ingresso no mercado também merece melhor discussão. Considerando o nível de deterioração do mercado de trabalho médico, seria de se esperar que não houvesse vagas ociosas ao nível da Residência. Não é o que acontece. Muito embora haja casos de residentes que ingressam em programas de baixa procura exatamente para garantir um período de dois anos de remuneração segura, de modo geral não é esse o comportamento dos recém-formados.

A ociosidade de vagas é função das especialidades e também das instituições. Existem dados mostrando que em São Paulo a taxa de preenchimento das vagas de R1 nas áreas básicas é de 71,1% e oscila de 77 a 85 % nas especialidades clínicas, cirúrgicas e nos métodos diagnósticos.

Também em São Paulo, as universidades estaduais e alguns hospitais de maior prestígio têm taxas de preenchimento variando entre 85 e 95%, enquanto os hospitais da rede de pior prestígio apresentam taxas entre 53 e 60%. Ou seja, os recém-formados não utilizam a residência como possibilidade de ocupação a qualquer preço.

A necessidade de complementação da formação de graduação surge como alternativa importante para a procura dos médicos recém-formados pela Residência.

A prática profissional médica historicamente tem sido transmitida através de treinamento em serviço. É através da prática que se constrói a experiência clínica e é através do aprendizado em serviço que o futuro profissional constrói também a ética de suas relações com os pacientes, baseada no exemplo e na experimentação.

O corpo científico de conhecimentos necessários à construção do saber médico sofreu ampliação ininterrupta no processo de desenvolvimento científico e tecnológico. O acúmulo e intensidade da cientificidade possibilitada pela incorporação de tecnologia é a base da reconstrução da autonomia profissional médica nos anos recentes. Ora, a utilização progressivamente mais intensa de tecnologia na prática médica torna mais objetiva (e científica) a apreensão da realidade pelo médico e as suas intervenções sobre ela, **mas não elimina a necessidade de construir um raciocínio clínico, nem de considerar as necessidades subjetivas do paciente. Persiste, portanto, a necessidade do treinamento clínico.**

Segundo as reflexões desenvolvidas neste trabalho, em decorrência do processo intenso de produção de conhecimento/especialização na área médica e da perda de qualidade da relação médico-paciente haveria a necessidade de

um período mais prolongado de treinamento prático dos estudantes de medicina.

Haveria elementos para que a Residência passasse a ser encarada como parte integrante do processo de formação dos médicos e, por sua relevância no treinamento clínico, teria se convertido em um momento marcante na definição do seu perfil profissional.

É importante reconhecer a complexidade da natureza da Residência Médica, simultaneamente de trabalho e de treinamento e encontrar maneiras adequadas de abordá-la. Uma possibilidade seria reconhecer e valorizar o papel do trabalho como instrumento fundamental do aprendizado a esse nível. Não existe contradição entre trabalho e aprendizado, nem subordinação de um processo ao outro, já que um se faz dentro do outro, de maneira indissociável. A Residência seria parte integrante e fundamental do processo de formação dos médicos, porém, intrinsecamente ligada à produção dos serviços de saúde, estaria na interface (que é concreta e real) entre as políticas de educação médica e as políticas de saúde.

Pensar a Residência Médica como parte do processo de formação dos médicos pode ser um passo essencial para interferir de fato na definição do perfil dos profissionais médicos.

Um elemento central da atual crise da saúde é a necessidade de transformar as relações entre os médicos e os demais profissionais da saúde, entre os profissionais da saúde e a população, entre a população e sua própria saúde. A mudança dessas relações envolve transferência de poderes e a redefinição da autonomia de todos esses sujeitos no processo da saúde e da doença.

A compreensão do processo saúde-doença como construção social

redefine o terreno de ação e a inserção dos serviços e dos profissionais de saúde. A ação intersetorial e social ganham papel preponderante nessa construção. Aí se dá a redefinição das relações dos sujeitos sociais com a saúde.

Mas essa revalorização da saúde não implica na negação da doença e da necessidade de se intervir sobre ela. Por isso há que redefinir também o espaço da doença, redefinir as relações dos sujeitos com seu processo de adoecer, sofrer e morrer. E é também necessário redefinir o papel da clínica e da ação específica não somente dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde nesse campo.

Como momento privilegiado do treinamento clínico dos médicos e em função de sua interface com a prestação de serviços de saúde, a Residência Médica pode cumprir um papel importante nessa redefinição. Pode servir como cenário favorável à reorientação da interação/integração entre universidade e serviços e como palco da construção de novas práticas sanitárias.

Há elementos de contexto propícios para uma intervenção sobre a Residência Médica. Em primeiro lugar pelo fato de que existe um grande poder de direcionamento sobre esse processo de formação concentrado nas mãos do poder público. O segundo elemento é o fato de existir uma importante concentração das vagas e dos programas de Residência nas áreas básicas. Desde o credenciamento da Residência Médica, metade dos especialistas formados pertencem às áreas básicas. No Brasil 32% dos programas e em São Paulo quase metade das vagas de Residência são destinados a essas áreas.

A Residência básica é a que mais facilmente poderia ser envolvida em um programa de integração com a rede de serviços e em um processo de transformação dos conteúdos oferecidos aos médicos-residentes. Existe uma

estrutura montada para efetivar essa formação, ela é uma interface real entre educação e serviços e deveria ser utilizada para modificar o perfil dos profissionais que estão sendo formados, de maneira articulada à organização do sistema de atenção à saúde.

Como se poderia favorecer essa mudança? Uma proposta de parceria poderia ser interessante. Parceria que envolveria secretarias (municipais e estaduais) de saúde, universidades, a rede de serviços e os conselhos de saúde.

Em primeiro lugar viria a definição do perfil da oferta de bolsas em relação às diversas especialidades e do perfil dos programas em cada área. Como proceder a essa definição? Reunindo os principais municípios empregadores, seus respectivos conselhos de saúde, a secretaria estadual da saúde e as instituições que oferecem programas de Residência Médica. Perfil epidemiológico, modelo de atenção adotado nos vários municípios, recursos de saúde existentes e os planejados – todos são elementos a ser considerados nessa definição.

Além disso os municípios, através de suas secretarias, deveriam colaborar ativamente na integração de uma ampla gama de serviços ao processo de treinamento prático dos residentes.

A Universidade seria convidada a ter um papel efetivo na educação permanente e na reciclagem dos profissionais das unidades de saúde envolvidos na Residência Médica – e quem sabe até no processo de educação permanente de um conjunto maior de profissionais da rede de serviços. As demais instituições responsáveis pelos programas deveriam buscar uma verdadeira integração com as demais unidades da rede de serviços.

Além disso, todas deveriam adaptar o desenho curricular, os cenários utilizados e as práticas desenvolvidas para o treinamento às novas definições

em relação ao perfil profissional desejado. Os médicos-residentes deveriam participar de uma ampla gama de atividades nas Unidades Básicas de Saúde: participar da assistência, das atividades educativas junto à população, do trabalho de vigilância epidemiológica, de intervenções e discussões multiprofissionais, dos trabalhos de planejamento local etc.

Profissionais dos serviços e médicos-residentes poderiam participar juntos do processo de produção de novas práticas em saúde. Novas relações dos médicos com os demais profissionais de saúde, redesenhando o papel de cada qual. Novas relações, mais democráticas, com a população, permitindo que esta tenha um papel mais ativo na produção de sua própria saúde e no cuidado de sua doença.

Neste momento de crise da saúde, a categoria médica encontra-se profundamente tensionada. Seu lugar social está ameaçado. A reconstrução da relação médico-paciente e saúde-coletividade estão no centro da crise atual. Por isso a categoria provavelmente esteja mais aberta à reflexão e a proposições de mudança. Talvez esta seja uma oportunidade para que se produzam novos compromissos e novas relações.

Mas para isso é preciso interferir no processo. É preciso que todos os atores sejam considerados (o que não significa que todos os interesses possam ser conciliados) e que os problemas relacionados com a profissão médica sejam examinados em toda a sua complexidade, incluindo seu processo global de formação. Este estudo considera que não se pode deixar esse terreno de ação somente para os setores interessados em rever o paradigma da saúde nos marcos da viabilização da acumulação capitalista no setor. É preciso romper os limites históricos e criar áreas de interação e possibilidades de diálogo com a categoria médica.

Considerando que este momento de crise da saúde configura uma oportunidade particularmente favorável para a intervenção de forças interessadas em produzir mudanças no setor, este estudo tentou identificar e compreender alguns dos elementos que seriam chave para a viabilização de uma transformação e encerra um convite aos pensadores e formuladores na área da educação médica e das políticas de saúde a que passem a entender a Residência Médica como um dos momentos estratégicos de sua intervenção transformadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABATH, G.M. Medicina Geral e Comunitária no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 8 (3), pág.166-176, 1984.

AGUIAR, M.J.B. Residência Médica e graduação. **Fórum sobre Residência Médica**. Anais. Comissão Nacional de Residência Médica, pág. 65-74. Brasília, 1980.

ALMEIDA, M. J. O médico recém-formado e o sistema de saúde. **Anais da XII Reunião Anual da ABEM**, 1974.

ALMEIDA, M. J. Residência Médica: um impasse diante das distorções do ensino médico e do sistema de saúde. **Anais da XIII Reunião Anual da ABEM**, Bahia, 1975.

ANDRADE, J. Marco conceptual de la educación médica en la América Latina. **Educación Médica y Salud**, vol. 12 (1) p.1-19, (2) p. 149-166, (3) p.223-252, (4) p.1-33, 1978.

AROUCA, A.S.S. **O Dilema Preventivista**. Tese de Doutorado, Unicamp, 1975.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica. **Formação do Médico de Família**. Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, 1973.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica. Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, n.11, **Preparação do Médico Geral**. 1986a.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica. **A Formação do Médico Generalista**. Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, 1978.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica. Conferência Mundial de Educação Médica: 6 Temas principais para as reuniões nacionais. **Revista**

Brasileira de Educação Médica, 10 (3), 157-169, 1986b.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica. **Anais do XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica**, 1978.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica. III Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico. In: **Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Educação Médica**, 1993.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica. IV Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico. In: **Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Educação Médica**, 1994.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica.. **Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Educação Médica**, 1994b.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica. V Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico. In: **Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica**, 1995.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica . **Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica**, 1995b.

BACHA, H.A.. Residência Médica: Análise e proposições. **Anais da XIII Reunião Anual da ABEM**, Bahia, 1975.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el desarrollo mundial, 1993: invertir en salud**. Washington, D.C., 1993.

BARBOSA, F.S. Explicando a IDA no contexto das mudanças da educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.9 (2), p. 105-111, 1985a.

BARBOSA, F.S. Integração Docente-Assistencial: problemas relativos às instituições de ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.9 (1), p. 66-70, 1985.

Brasileira de Educação Médica, 10 (3), 157-169, 1986b.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica. **Anais do XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica**, 1978.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica. III Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico. In: **Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Educação Médica**, 1993.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica. IV Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico. In: **Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Educação Médica**, 1994.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica.. **Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Educação Médica**, 1994b.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica. V Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico. In: **Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica**, 1995.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica . **Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica**, 1995b.

BACHA, H.A.. Residência Médica: Análise e proposições. **Anais da XIII Reunião Anual da ABEM**, Bahia, 1975.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el desarrollo mundial, 1993: invertir en salud**. Washington, D.C., 1993.

BARBOSA, F.S. Explicando a IDA no contexto das mudanças da educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.9 (2), p. 105-111, 1985a.

BARBOSA, F.S. Integração Docente-Assistencial: problemas relativos às instituições de ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.9 (1), p. 66-70, 1985.

BARBOSA, F.S. et al. Atenção à saúde e educação médica: uma experiência e uma proposta. **Educación Médica y Salud**, vol. 11 (1), p. 26-40, 1985b.

BARROS FILHO, A.A. ET AL. Uma experiência de reciclagem em Pediatria. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.10 (2), p. 107-109, 1986.

BELINGUER, G. **Ética da Saúde**. São Paulo, p.33, Ed. Hucitec, 1996.

BLANK, C. VICTORA, C. A influência da escola médica sobre a opção profissional de seus alunos: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.3 (1), p.19-30, 1979.

BRAGA, J.C.S & GOES de Paula, S. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Capítulo II da Ordem Social, Seção II, artigos 196 a 200, Governo do Brasil, 1988.

BRASIL. Decreto 80281/77. **Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica**, 1977.

BRASIL. Lei 6932. **Regulamentação da Residência Médica**, 1981.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Documento no.1 (1972). In: **Documentos do Ensino Médico** , 1989a.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Documento no.2 (1974). In: **Documentos do Ensino Médico** , 1989b.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Documento no.3 (1976). In: **Documentos do Ensino Médico** , 1989c.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Residência Médica**, vol. 6, 1984.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W.S. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo, Editora

HUCITEC, 1988.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro, p.183-185, 3a. edição, Ed. Forense Universitária, 1990.

CARVALHAES, C.C.J., Plano Nacional de Residência Médica. In: **Anais da IX Reunião Anual da ABEM**, 1971.

CHAVES, M. & ROSA, A.R. **Educação Médica nas Américas - o desafio dos anos 90**. São Paulo, Cortez Editora, 1990.

CINTRA, A.B.U. A Formação do Médico de Ontem e de Hoje - O Anunciado Declínio no Preparo Ético, Humanístico e Técnico do Médico - Realidade ou Falsa Impressão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. II (3), p.57-61, 1978 .

COHN, A. **Previdência Social e processo político no Brasil**. São Paulo, Editora Moderna, 1980.

COMISSÃO Nacional de Residência Médica. **Critério para a definição de especialidades**. Mimeo. Brasília, 1996.

DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975.

ELIAS, P.E.M. **Residência Médica no Brasil - a institucionalização da ambivalência**. São Paulo, 1987.155p. Tese (mestrado) - Departamento de Medicina Preventiva/ USP.

FERREIRA, J.R. A Educação Médica na América Latina 20 anos após o estudo de Juan Cesar Garcia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 16 (1), p.11-15, 1992.

FEUERWERKER, L.C.M. & MARSIGLIA, R.G. Estratégias para mudança na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. **Divulgação para Saúde em Debate**, n.12, p.24-28, 1996a.

- FEUERWERKER, L.C.M. Avaliação da residência Médica em São Paulo. In: **Qualidade em Saúde**, Cadernos FUNDAP N.19, p. 153-169, 1996b.
- FIGUEIREDO, J.F.C. & RODRIGUES, C.R.C. Estratégias para reformulação curricular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto na última década e estágio atual do processo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.14 (1), p. 1-32, 1990.
- FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. p. 53 a 55, 576 Fifth Avenue, New York City, 1910.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro, p.229, Ed. Forense Universitária, 1994.
- FRAGA FILHO, C. & ROSA, A.R. Reformas Curriculares. **Educación Médica y Salud**, vol 14 (2), p. 174-183, 1980.
- FUNDAP. **Análise do Processo de Seleção dos Médicos-Residentes do Estado de São Paulo**, 1996.
- FUNDAP. **Distribuição da Força de Trabalho de Nível Superior na Área da Saúde no Estado de São Paulo em 1992**. Documento de Trabalho, janeiro de 1997.
- GALLO, E. Inovação, planejamento estratégico e gestão de qualidade nas escolas médicas brasileiras. In: **Qualidade em Saúde**, Cadernos FUNDAP N.19, p. 131-152, 1996.
- GARCIA, J.C. **Características Generales de la Educación Médica en la América Latina**. Washington, OPS/OMS, 1970 (Série Desarrollo de Recursos Humanos, n. 7)
- GARCIA, J.C. **La Educación Médica en la América Latina**. Washington, OPS, 1972. (Publ . Cient. 255)

IBAÑEZ, N. et al. Sistema de Residência Médica - Estudo Crítico. **Anais da XII Reunião Anual da ABEM**, 1974.

KISIL, M. **A comparative assesment of the ATS Projects in Latin America and their impact on the health sector**. Washington, 1985. Tese (doutorado) apresentada a George Washington University School of Government and Business Administration.

KISIL, M. & CHAVES, M. **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de Saúde**, Battle Creek,: Fundação W. K. Kellogg, 1994.

KNOPLICH, J. Novas especialidades médicas? **Consultório Médico**. Revista da Associação Paulista de Medicina, n. 20, 1994.

KUHN, T.S. **A estrutura das Revoluções Científicas**. São Paulo, Editora Perspectiva, 3^a ed., 1995.

MACHADO, M.H. et al. Perfil dos Médicos. In: **Dados**, n.19, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

MACHADO, M.H.. Especialidades Médicas no Brasil. In: **Dados**, n. 17, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 1995b.

MACHADO, M.H. Sociologia das Profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: **Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1995a.

MAGRO FILHO, J.B. IDA: a experiência da Faculdade de Medicina da UFMG. In: **Anais do XVII Congresso Brasileiro de Educação Médica**, p.93-117, 1979.

MARCONDES, E. O curso Experimental de Medicina da Universidade de São Paulo. **Educación Médica y Salud**. Vol 9 (2), p.172-195, 1975.

MARSIGLIA, R.G. **Relação Ensino/Serviços : dez anos de integração**

docente-assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo, Ed. Hucitec, 1995.

MATTOS, F.W. & MOURA, M. R. Pós-graduação : Residência Médica brasileira. Situação atual e objetivos da ANMR. In: **Anais da XI Reunião Anual da ABEM**, 1973.

MÉDICI, A.C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização.** São Paulo, p. 71-113 e 179-192, AdSaúde - Série Temática, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

MEIRA, D. A.. A Formação do Médico de Ontem e de Hoje - o Anunciado Declínio no Preparo Ético, Humano e Técnico do Médico. Realidade ou Falsa Impressão? **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. II (3), p. 63-70, 1978.

MELLO, C.G.A medicina previdenciária e o ensino médico. **Educación Médica y Salud**, vol.13 (3), p.232-242 , 1978.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo, p.15-56 e 233-300, Ed. Hucitec, 1996.

MENDES, R. & FAVERO, M. Programa Integrado de medicina do trabalho: uma proposta para as escolas de medicina do Brasil. **Educación Médica y Salud**, vol.19 (4), p.369-385, 1985.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento.** São Paulo - Rio de Janeiro, p.12, Ed. Hucitec-ABRASCO, 1992.

MONTELLI, A.C. & MAGALDI, C. Curso de graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu , características e aspectos evolutivos: 1963-1988. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.13 (1), p. 1-36, 1989.

MONTELLI, A.C. et al. Diagnóstico da situação e perspectivas do ensino médico na Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP,1978). **Revista**

Brasileira de Educação Médica, vol.14 (3), p. 53-62, 1980.

NUNES, E.D. A organização curricular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP - análise histórica: 1965-1982. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.8 (2), p.95-103, 1984.

NUNES, E.D. (org) Juan Cesar Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina, pág.169-234, Cortez - ABRASCO, 1989.

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud, Principios Básicos para o Desenvolvimento da Educação Médica na América Latina e no Caribe. **Educación Médica y Salud**, vol. 10 (2), p.109-139, 1976.

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. **Sobre la teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas** . Washington, OPS, 1993 (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, no. 98).

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. **La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washington, OPS, 1992. (Publ. Cient. 540).

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. As recomendações da II Conferência Mundial de Educação Médica. In: **Contribuições sobre a gestão de qualidade em Educação Médica**. p. 17-32, Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, no. 7, 1994b.

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. As transformações da Profissão Médica e a Sua Influência sobre a Educação Médica. In: **Contribuições sobre a gestão de qualidade em Educação Médica**. p. 1-15, Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, no. 7, 1994a.

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. Relatório do Encontro Continental de educação Médica. Mimeo. 1994c.

PAIM, J.S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e**

desafios agudos, AdSaúde, Série Temática 1, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994.

PAIM, J. S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. **Anais do XXXIII. Congresso Brasileiro de Educação Médica**, 1995.

PICCINI, R. X. et al. **Projeto de Avaliação das Escolas Médicas do Brasil**. Relatório Parcial - Dados Preliminares. Pelotas, 1996.

PORTO, J. A Residência como Ensino de Pós-graduação de especialização. **Anais da XI Reunião Anual da ABEM**, 1973.

PORTO, J. Residência: Análise e Proposições. **Anais da XIII Reunião Anual da ABEM**, Bahia, 1975.

QUEIROZ, A. C. & TERRINI, T. L. Impressões sobre a Residência Médica no sul do Brasil. **Anais da XII Reunião Anual da ABEM**, 1974.

QUIVY, R. & Campenhoudt, L.V. **Manual de Investigações em Ciências Sociais**, Coleção Trajectos, Gradiva Publicações Ltda., 1992.

RAMOS, O. L. Missão das Escolas Médicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. II (3), p. 71-74, 1978.

REGO, S. O processo de socialização profissional na medicina. In: **Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1995.

RIGATTO, M. Harmonização da Residência Médica com o Mestrado e o Doutorado. **Anais da XIII Reunião Anual da ABEM**, Bahia, 1975.

ROCHA, J.S.Y. A crise da terminalidade da educação médica no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 7 (1), p. 36-41, 1983.

RODRIGUEZ, M.I. El estudiante de Medicina - Su distribución en las Américas, 1971-1972. **Educación Médica y Salud**, vol 8(4), p. 360-389, 1974.

ROSA, A.R. & JOUVAL Jr, H.E. Organização curricular dos cursos de graduação de escolas médicas do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 5(2), p. 83-130, 1981.

ROSA, A. R O componente acadêmico dos Projetos (UNI). In: **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de Saúde**, Battle Creek, Fundação W. K. Kellogg, 1994.

SAEZ, D. **Classe Média e Sistema Político no Brasil**. São Paulo, p.150-155, T. A. Queiroz Editor Ltda., 1985.

SAMPAIO, Silvia A. P. Residência Médica no H.C.: 40 anos de história. In: **Estudos FUNDAP - Residência Médica**, São Paulo, 1984.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. Edições Afrontamento, Porto, 1996, 8a. edição.

SCHRAIBER, Lilia B. **O médico e o seu trabalho**. São Paulo, Ed. Hucitec-ABRASCO, 1993.

SCHRAIBER, Lilia B. **Educação Médica e Capitalismo**. Ed. Hucitec-ABRASCO, São Paulo, R. Janeiro, 1989.

SIQUEIRA, Benedictus P. Experiência curricular de formação de médicos: uma análise do processo de desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina da UFMG. In: **Anais do XVII Congresso Brasileiro de Educação Médica**, p.19-28, 1979.

SOBRAL, D.T Três casos de inovação curricular no panorama recente (1964-1988) da educação médica brasileira: subsídios de um retrospecto baseado na revisão de documentos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.15 (1), p. 1-32, 1991.

SOBRAL, D.T. Formação do médico geral: o ambiente de ensino influencia? **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.3 (1), p. 5-11, 1979.

- SOUZA, Evandro G. Residência Médica no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 9 (2), p. 112-114, 1985.
- TOLOSA, E. A Residência Médica no Ensino Médico Brasileiro. **Anais da XI Reunião Anual da ABEM**, 1973.
- UNICAMP. Seminário sobre Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.5 (1), p. 42-52, 1988.
- VERAS, R.P. et al. Notas sobre a evolução da escola médica no Brasil. **Educación Médica y Salud**, vol 17(4), p. 398-413, 1983.
- VIEIRA, M.P.A , PEIXOTO & M.R.C., KHOY, Y.M.A. **A Pesquisa em História**. São Paulo, p.12-64, Editora Ática, 1991.
- WORLD Federation for Medical Education. **World Conference on Medical education - Report** . Edinburgh, 1988.
- WORLD Health Organization. **Changing Medical Education and Practice: an agenda for action**. Genebra, 1991. (WHO/EDUC/91.200).