ARTIGO

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

Jadete Barbosa Lampert *

INTRODUÇÃO

Ao avaliar as tendências de mudanças na formação dos profissionais médicos[1], no Brasil, se impõe situar-nos no momento histórico, para não perder o trem da história, nos situando no tempo e espaço desta viagem. A contextualização histórica traz a visão de fatos e acontecimentos passados que mostram com mais clareza o desafio institucional contemporâneo das escolas frente às mudanças. O desafio, no âmbito das escolas formadoras de profissionais da saúde, é municiá-los com conhecimentos, habilidades e atitudes para que dêem conta, no âmbito de sua profissão, de atender de forma qualificada e multiprofissional as diversificadas necessidades em saúde da população brasileira.

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

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

CONTEXTO HISTÓRICO

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

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

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

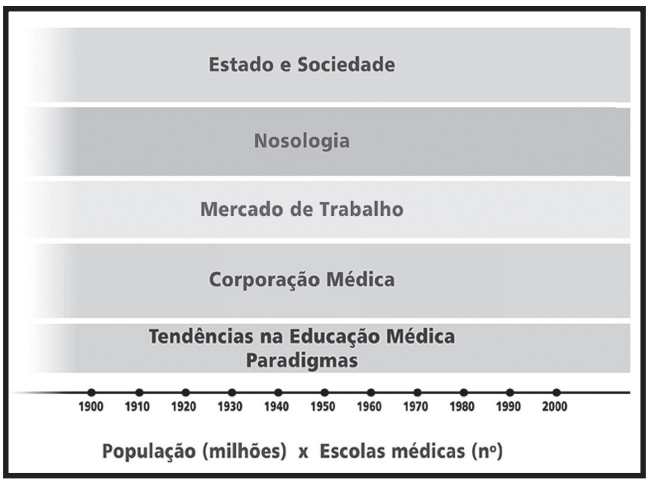
sultas ambulatoriais limitava-se, e alguns casos hoje ainda é critério usado, ao número de consultas tidas como necessárias para o ensino da prática. Ficava, então, o número de consultas, exclusivamente a critério dos professores de cada disciplina, sem compromisso e com pouca percepção das demandas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

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

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

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

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



Estado e Sociedade

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

Nosologia

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

Mercado de Trabalho

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

Corporação Médica

A criação de uma associação profissional nacional faz parte das etapas da profissionalização de uma ocupação, assim como a criação de um sistema de ensino formal (Wilensky, 1970). No Brasil, a organização dos médicos em associação, constituindo suas atividades e serviços dentro das características próprias de uma profissão, inicia no século XIX. Os médicos, no inicio do século XX já dispunham da Academia Nacional de Medicina, fundada em 1829, como Academia Imperial de Medicina, e assim denominada até 1885. Como também da Sociedade de Medicina e Cirurgia, hoje federada da Associação Médica Brasileira, fundada em 1887.

Tendências na formação médica

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

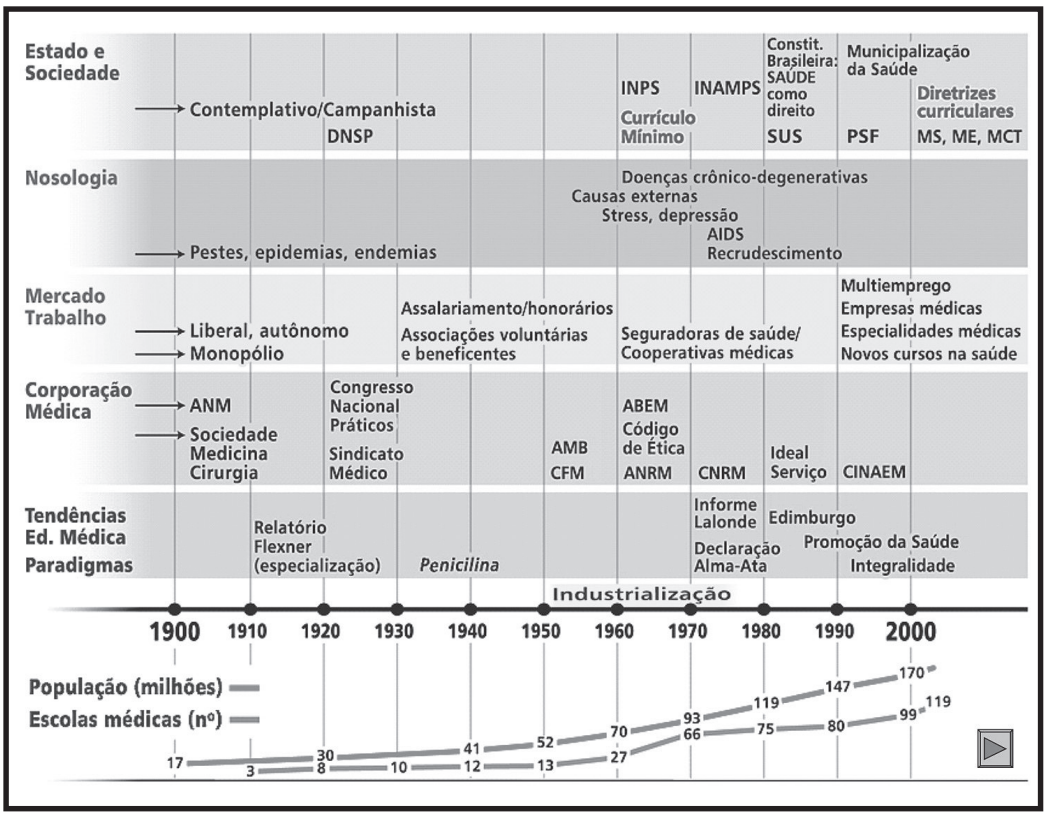
População

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

Escolas Médicas

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

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



Legenda:

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

PSF – Programa Saúde da Família

ANM – Academia Nacional de Medicina

CFM – Conselho Federal de Medicina

AMB – Associação Médica Brasileira

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

ANRM – Associação Nacional de Residência Médica

CNRM – Conselho Nacional de Residência Médica

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas

SUS – Sistema Único de Saúde

1. Estado e Sociedade

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

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

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

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

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

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

2 . Nosologia

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

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

3. Mercado de Trabalho

O mercado de trabalho no início do século facilitava o exercício liberal e autônomo do profissional médico, embora já bem evidente a concorrência com os farmacêuticos práticos, as enfermeiras visitantes, homeopatas, espíritas e curandeiros, bem evidenciada no Congresso Nacional dos Práticos[3], ocorrido no Rio de Janeiro, em 1922. O serviço médico assalariado inicia com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Assim como o estabelecimento de honorários em centenas de associações voluntárias e beneficientes da época. Na segunda metade do século XX, menciona-se o surgimento seqüencial do INPS, INAMPS, SUS, e as cooperativas médicas e seguradoras de saúde no âmbito público e privado, que intermediam a prestação do trabalho médico[4]. Ao chegar ao final do século, vemos o médico no mercado com múltiplos empregos, de dois a cinco (Machado, 1998), a presença de empresas médicas dirigidas por médicos que contratam colegas médicos, a medicina dividida em especialidades - setenta especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) – o aumento dos cursos na área da saúde e o surgimento expressivo das chamadas medicinas alternativas.

4. Corporação Médica

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

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

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

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

5. Modelo de assistência médica

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

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

No Brasil não foi diferente na segunda metade do século XX, o movimento em prol da medicina preventiva começa a se fazer ouvir com a criação de departamentos ou disciplinas nos cursos de graduação de medicina[5] e de algumas residências médicas e pós-graduação[6] em saúde coletiva de forma pontual e isolada.

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

Congressos Mundiais sobre Educação Médica (Edimburgo, 1987 e 1993), Congressos Internacionais de Promoção da Saúde (1986, 1988, 1991 e 1997) e inúmeros estudos[7] contribuem neste contexto para a conformação do novo modelo para a formação do profissional da saúde e para a assistência em saúde.

6. Crescimento da população brasileira

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

7. Crescimento do número das escolas médicas

As escolas eram em número de três, quando inicia o século XX, duas criadas no mesmo ano, 1808, uma em Salvador/BH e outra no Rio de Janeiro/RJ, quando a família real se instala no Brasil, e a terceira, em Porto Alegre/RS, em 1897. Na década de 60, do século XX, no período da industrialização e urbanização, há um *boom* de novas escolas médicas numa tentativa de responder ao aumento das demandas em saúde. Na seqüência, apesar de políticas e movimentos coibirem a criação descontrolada de novas escolas, na década de 90, novamente, há criação rápida de novas escolas. Ainda, sem um estudo prévio sobre as reais necessidades de profissionais da saúde para dar conta de um atendimento universal, integral, igualitário e de qualidade à saúde da população brasileira.

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

AVALIAÇÃO COMO PROCESSO PARA MUDANÇAS HISTÓRICAS

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

1 . Metodologia de avaliação

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

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

2. Os Avanços identificados e possíveis

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

CAPACITAÇÃO PARA A GESTÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTAS

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

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

BIBLIOGRAFIA

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