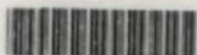


CIBEC/INEP

018E




B0008014

TEMAS DE EDUCAÇÃO MÉDICA

CLEMENTINO FRAGA FILHO

ALICE REIS ROSA

 **MEC**
SECRETARIA DE
ENSINO SUPERIOR

SÉRIE DE MONOGRAFIAS DE ENSINO SUPERIOR.

VOLUME 1.

Ministro da Educação e Cultura

Eduardo de Mattos Portella

Secretário de Ensino Superior

Tarcísio Guido Della Senta

TEMAS DE EDUCAÇÃO MÉDICA

CLEMENTINO FRAGA FILHO

Professor Titular da Faculdade de Medicina e Diretor do Hospital Universitário da U.F.R.J.

ALICE REIS ROSA

Diretor Adjunto de Ensino de Graduação da Faculdade de Medicina e Coordenadora de Atividades Educacionais do Hospital Universitário da U.F.R.J.

Série de Monografias de Ensino Superior — Volume I
MEC
Secretaria de Ensino Superior

INDICE

Apresentação _____	3
Prefácio _____	7
0 Ensino Médico no Brasil _____	13
Novos Rumos da Educação Médica _____	31
Estrutura Departamental _____	43
Interrelações dos Ciclos Básico e Profissional _____	53
Formação e Treinamento do Médico Geral _____	63
Reformas Curriculares _____	81
Revalorização da Medicina Interna _____ -----	93
Internistas e Especialistas _____	105
Hospital Universitário: Conceito e Perspectivas para a Educação e a Saúde _____	115
A Universidade e os Hospitais _____	127
Ensino Médico e Previdência Social _____	137
Preparo Didático-pedagógico do Docente de Medicina _____	149
Os Concursos para a Carreira Acadêmica _____	157
Novo Currículo para o Curso Médico da Universidade Federal do Rio de Janeiro _____	169

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura vem-se empenhando, sob variadas formas, na abertura de caminhos para o debate amplo e objetivo da vasta problemática da educação de 3P grau.

Essa disposição decorre do pressuposto elementar de **que** é pelo debate que as idéias se aprimoram, adquirem força operativa, consensualidade e, conseqüentemente, aceitação.

Não é por outra razão que a SESu resolveu promover a divulgação de textos, sob forma monográfica, de autoria e responsabilidade de especialistas das diversas áreas, versando sobre problemas e aspectos específicos da educação.

A complexa e controversa temática da educação médica inaugura esta "Série de Monografias de Ensino Superior", através da qual se espera oferecer à comunidade acadêmica os lineamentos doutrinários e situacionais para a discussão mais aprofundada de aspectos fundamentais da problemática de cada uma das áreas de educação superior.

Por fundamentais aqui se entendem aqueles aspectos mais diretamente relacionados com a dimensão qualitativa dos cursos, programas e serviços em que se desdobra a atividade acadêmica, da pesquisa à formação profissional.

A "pedagogia da qualidade" pressupõe uma mística de renovação metodológica do trabalho acadêmico que não se viabiliza senão pela difusão de idéias novas ou pela rediscussão de temas de permanente atualidade.

A Secretaria de Ensino Superior do MEC espera que sua iniciativa contribua, efetivamente, para essa indispensável consciência de mudança.

Tarcísio Guido Della Senta
Secretário de Ensino Superior

PREFACIO

PREFÁCIO

Em artigo sobre as crises que abalam as universidades, James Perkins relacionou, entre as mais importantes, a dos números, a de financiamento e a de pertinência dos currículos. Essas idéias podem ser aplicadas ao ensino médico, que nos últimos vinte anos vem sendo objeto de renovado interesse em todo o mundo, inclusive no Brasil. De 1966 a 1971, criaram-se, em nosso País, 37 escolas de Medicina, e aumentou, quase duas vezes e meia, o número de matrículas iniciais, o que resultou em sérias conseqüências para a qualidade do ensino e para o mercado de trabalho médico. A crise financeira é permanente, quer para as faculdades oficiais, quer para as particulares, uma vez que são limitados os recursos disponíveis, sempre em descompasso com o ritmo da inflação. A questão da relevância dos currículos envolve a importância de seu ajustamento às necessidades sociais, tanto mais significativas quanto maiores o número de estudantes e a procedência de grupos não privilegiados da sociedade, que procuram na educação uma aplicabilidade imediata a sua família e a seu meio.

Na área médica universitária, a preocupação tem sido a busca de novos modelos de formação profissional, em consonância com a prática de saúde, visando à melhoria dos padrões de atendimento. Assuntos como estrutura acadêmica, formação de professores, carreira do magistério, reformas curriculares, relações entre ensino médico e instituições de saúde, internato e residência têm motivado numerosos encontros e publicações. Cabe assinalar, pela repercussão que tiveram, os três documentos produzidos pela Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura, de 1972 a 1975, e o trabalho desenvolvido pela Associação Brasileira de Educação Médica, em dezessete anos de ininterrupta e profícua atividade.

O exercício de cargos de direção na Faculdade de Medicina da UFRJ, no quadriênio de 1974-78, fez crescer o interesse dos autores por esses temas e estimulou o propósito de aprofundar seu estudo, à luz de novos conceitos e da experiência adquirida.

Os trabalhos incluídos neste volume já foram, na maioria, publicados sob a assinatura de um, ou dos dois autores, que, agora, os reúnem, após revisão, em busca da unidade e da coerência do conjunto, na intenção de servir ao ensino médico. Foi acrescentado, por sua oportunidade, um capítulo dedicado à proposição de novo currículo para o curso médico, elaborado por um grupo de que fazem parte, além dos autores, os Professores Paulo de Góes, Domingos de Paola, Luiz Carlos Lobo e Carlos Eduardo da Rocha Miranda, aos quais se consigna o agradecimento por permitirem sua inclusão.

Acima de tudo, esta divulgação representa um compromisso com a instituição a que pertencem, tão empenhada em honrar suas tradições quanto em manter-se na vanguarda dos movimentos de reforma do ensino médico em nosso País. No princípio da década de 1960, a então Faculdade Nacional de Medicina participou da organização da Conferência brasileira sobre ensino de Clínica Médica, que representou um marco na educação médica em nosso meio. No começo dos anos 70, sendo diretor J.P.Lopes Pontes, tiveram início os cursos de preparação pedagógica do pessoal docente, sob a orientação de Agnello Collet. Desde então, não mais se deteve o processo de estudos que, a partir de 1972, passou a contar com a valiosa colaboração do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, dirigido por Luiz Carlos Lobo. Cursos, seminários, conferências sucederam-se, discutindo questões como o ensino por objetivos, avaliação, currículo, elaboração de programas. Durante a fase final de implantação do Hospital Universitário, de 1974 a 1978, tornou-se mais evidente a necessidade de programar o ensino médico em função das atividades práticas de saúde e de ajustá-lo às condições de estrutura e funcionamento hospitalares. Quatro volumes de documentos foram

publicados e sete seminários foram realizados com os docentes, para discussão das novas perspectivas do ensino, em face da abertura do Hospital.

Paralelamente, a Congregação da Faculdade de Medicina tomou a deliberação de reduzir, progressivamente, o número de novas matrículas no curso de graduação, que passou, no quadriênio citado, de 320 para 240. Já no corrente ano, com a aprovação do Conselho Federal de Educação, esse número desceu para 160. Abrem-se, assim, melhores perspectivas para o ensino de graduação, ao mesmo tempo em que se reforçam, na Faculdade, as disponibilidades para seus compromissos com o ensino pós-graduado.

Pretendemos que este seja o primeiro volume de ensaios sobre educação médica, que deverá ser completado com outro, já em preparo. Ficamos a dever à Fundação CESGRANRIO, na pessoa do Dr. Michel Jourdan, amigo muito estimado e companheiro leal, o interesse e a diligência na sua impressão. Ao Prof. Guilherme de La Penha, ex-Secretário de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura, deve-se o patrocínio desta edição, referendado por seu sucessor no cargo, o Prof. Tarcisio Delia Senta. A Daisy Figueiredo, agradecemos o zelo e a paciência na datilografia dos originais.

Clementino Fraga Filho
Alice Reis Rosa

O ENSINO MÉDICO NO BRASIL

O ENSINO MÉDICO NO BRASIL

Em 1808, tão logo aportou à Bahia, D. João VI, alertado para a precariedade da situação sanitária, e sob a influência do fidalgo de sua Casa e cirurgião-mor do Reino, José Corrêa Picanço, expediu, a 18 de fevereiro daquele ano, uma Carta Regia, criando o primeiro curso médico-cirúrgico. Meses mais tarde, a 5 de novembro, o monarca mandou estabelecer no Rio de Janeiro, no Hospital Real Militar, uma escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina.

Bahia e Rio de Janeiro foram, assim, não só o berço do ensino médico no País, mas de todo o ensino profissionalizante, uma vez que, somente muito depois, no mesmo século, foram criadas escolas de Belas-Artes, Direito e Politécnica e, em 1898, uma nova escola médica, a de Porto Alegre.

O ritmo de expansão foi lento até 1960, quando existiam 28 escolas, 15 das quais fundadas na década de 1950. Por essa época, o fenômeno social da pressão por mais educação, ao lado do progresso acelerado da ciência e da técnica, exigindo mão de obra especializada de alto nível, reforçou o movimento de opinião, em torno da escassez de médicos para a população brasileira. Já então, esta deficiência era agravada pela concentração dos médicos nas capitais, em consequência de fatores econômico-sociais e de uma política assistencial que apenas contemplava os grandes centros urbanos. Não era difícil obter, por força de influências pessoais, lugares de médico nas instituições assistenciais, ao passo que, na maior parte do interior, prevalecia a falta de condições para um exercício compensador da profissão.

De 1961 a 1965, foram criadas mais 9 escolas médicas. Foi, entretanto, a partir de 1966, até 1971, que se acelerou a expansão da rede escolar, fundando-se nada menos de 36 faculda-

des, de modo a perfazer o total de 73. Só em 1968 fundaram-se 13 novas faculdades!

Crescia o número de instituições, e aumentava também o de matrículas nas existentes. Em consequência do movimento dos "excedentes", viram-se as escolas antigas obrigadas a receber número de alunos além de sua capacidade didática, enquanto as novas já começavam a enfrentar o mesmo problema, ultrapassando, às vezes de muito, suas limitadas disponibilidades.

A essa altura, fazia-se ouvir mais alto o coro das faculdades antigas, da Associação Médica Brasileira e de vozes responsáveis, advertindo contra a deterioração da qualidade do ensino médico, sacrificado pela massificação. O fenômeno da crise numérica não é peculiar à medicina, nem à universidade brasileira. É a primeira crise das universidades, em geral, a que se segue uma outra — financeira, uma vez que os recursos disponíveis não crescem na mesma proporção. No particular do ensino médico, a situação se agrava pelas condições peculiares ao treinamento prático, exigindo leitos hospitalares, laboratórios e pessoal docente numeroso e bem qualificado.

As advertências encontraram ressonância junto a autoridades superiores, tendo o Ministro Jarbas Passarinho decidido criar uma Comissão de Ensino Médico, constituída de professores de várias regiões, e que se instalou a 10 de julho de 1971 *Seu primeiro objetivo era "proceder à avaliação da situação do ensino médico no País, suas características e perspectivas, seus aspectos positivos e negativos, a fim de propor medidas para elevar-lhe o padrão e corrigir distorções". Ao instalar-se, a Comissão solicitou

* Compunham a Comissão, inicialmente, os Professores Roberto Santos, seu coordenador, Horacio K. de Melo, Oscar Versiani Caldeira, Eduardo Z. Faraco, Alberto Gentile, João Bosco Salomão, João Paulo Mendes e Dementino Fraga Filho. Mais tarde, o Prof. Versiani Caldeira foi substituído pelo Prof. José Pinto Machado, e designados os Professores Aloisio de Sales Fonseca e Michel Curí, este representando o Ministério da Saúde.

ao Ministro que, de imediato, sustasse o processo de criação de novas escolas.

A Comissão começou o trabalho pela elaboração de um questionário, enviado a todas as escolas, com o propósito de informar-se sobre as condições reais de funcionamento de cada uma. Em seguida, foram elas visitadas, para verificação **in loco** dessas condições. Um ano depois, em agosto de 1972, foi entregue ao Ministro um relatório, intitulado "O Ensino Médico no Brasil. Documento nº 1 — A expansão da rede escolar", depois aprovado pelo Conselho Federal de Educação.¹

Pôde a Comissão concluir que não seria prudente recomendar, simplesmente, o fechamento de algumas escolas, em virtude das conseqüências sociais de um ato dessa natureza. Aconselhou a suspensão dos concursos vestibulares, naquelas em condições mais precárias, até que nova verificação comprovasse sua melhoria. Outras recomendações foram formuladas no sentido de estimular a recuperação das escolas carentes, e de melhor estruturar seus quadros docentes. Investigações subseqüentes verificaram, em muitos casos, a eficiência das medidas aconselhadas.

Salientou-se a necessidade de disciplinar o processo de formação de médicos, contendo a expansão desordenada da rede escolar e procurando estimar, em bases mais realistas, o número de vagas oferecidas pelas diversas faculdades. Reconheceu-se que o número de escolas era muito reduzido para as exigências do País, no início da década de 1960, mas que o crescimento fora demasiado rápido e descontrolado. Muitas vezes, não houve estudos prévios para a localização de novas escolas, nem previsão de recursos didáticos, sobretudo quanto ao corpo docente.

As recomendações da Comissão foram rigorosamente cumpridas pelos Ministros de Estado de Educação, até que, em 1976, o Conselho Federal de Educação veio a autorizar o funcionamento de mais duas escolas, perfazendo o total atual de 75. O quadro 1 mostra sua distribuição geográfica. Verifica-se que na região Sudes-

te encontram-se nada menos de 42 escolas.

Quadro 1 : ESCOLAS MÉDICAS: Distribuição por Regiões

NORTE	3	SUDESTE.....	4?
1. Rondônia		1. Minas Gerais	9 2
2. Acre	1 2	2. Espírito Santo.....	13
3. Amazonas.....	13	3. Rio de Janeiro	18
4. Roraima.....	1 1	4. Sao Paulo.....	14
5. Pará	1 1	SUL.....	4
6. Amapá.....	2 2	2. Santa Catarina	1 9
NORDESTE	2 1	3. Rio Grande do Sul	3
1. Maranhão	?	CENTRO-OESTE	1
2. Piauí.....		1. Mato Grosso	1 1
3. Ceará		2. Goiás.....	75
4. Rio Grande do Norte.		3. Distrito Federal	
5. Paraíba		BRASIL.....	
6. Pernambuco.....			
7. Alagoas.....			
8. Sergipe.....			
9. Bahia			

(Reproduzido de Jair X. Guimarães²)

Nos anos próximos a 1970, formavam-se, anualmente, cerca de 3.000 médicos. A partir de 1975, esse número atingiu, aproximadamente, 8.500 por ano, podendo-se estimar uma queda para 8.000 de 1980 até 1982 (gráfico 1). O gráfico 2 e o quadro 2 mostram a produção anual de médicos, de 1940 a 1980. Segundo estimativa de Jair Guimarães, em 1950 existiam em atividade no Brasil cerca de 22 mil médicos. Em 1979, são cerca de 95.000².

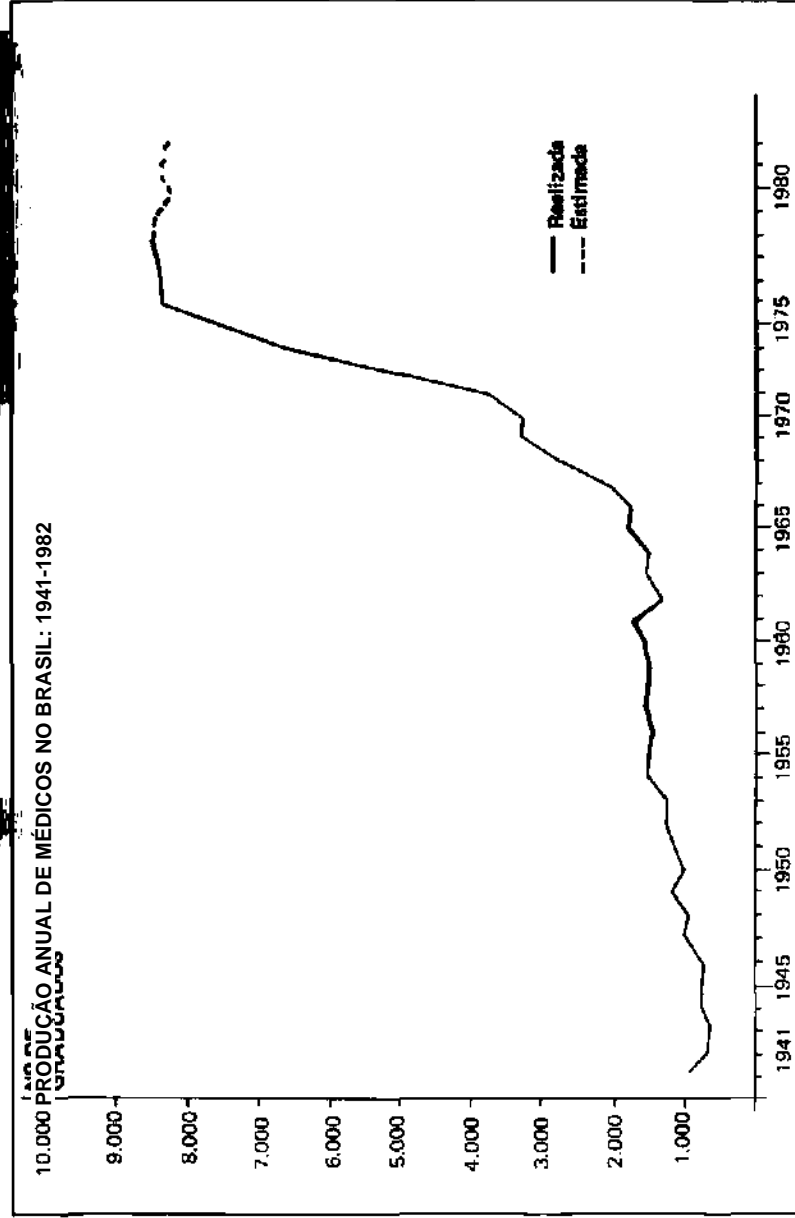


GRÁFICO 1 - Reproduzido de MENDES, J.P.⁵

EVOLUÇÃO ANUAL DAS MATRICULAS INICIAIS (IP ANO). DO NP DE FORMADOS E DE MATRICULA TOTAL NAS 75 ESCOLAS MÉDICAS

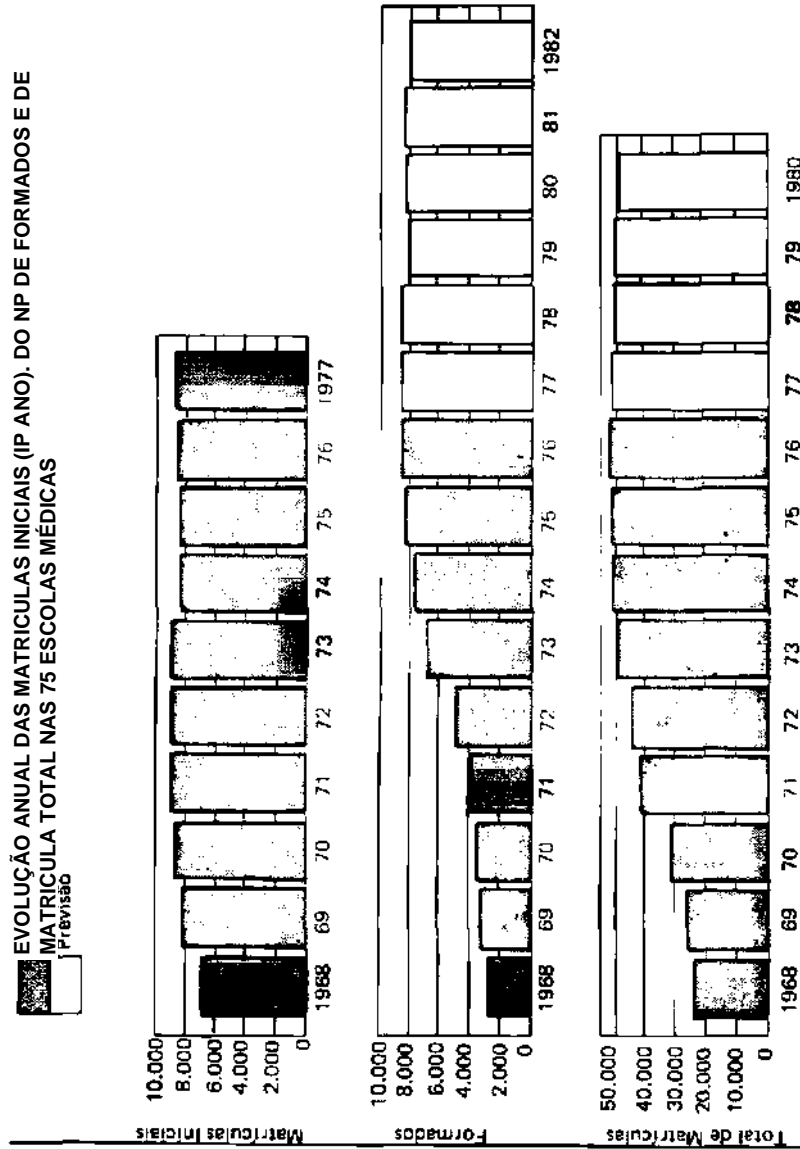


GRÁFICO 2 — Reproduzido de MARCÍLIO DE SOUZA, C.⁴

Quadro 2: Matrículas iniciais, Evasão (1968 a 1977) e Graduação (1973 a 1982)

TABELA II

MATRICULAS 1º ANO		EVASÃO 1º ao 6º ANO		MÉDICOS FORMADOS	
ANO	NÚMERO	NÚMERO	%	ANO	NÚMERO
1968	6.885	177	2,57	1973	6.708
1969	8.132	431	6,04	1974	7.641
1970	8.792	415	4,39	1975	8.337
1971	9.008	472	5,24	1976	8.377
1972	9.007	411	4,56	1977	8.596
1973	9.007	411	4,56	1978	8.596
1974	8.363	382*	4,56*	1979	7.881*
1975	8.345	381*	4,56*	1980	7.964*
1976	8.486	387*	4,56	1981	8.099*
1977	8.220	374*	4,56*	1982	7.845*

* : Dados projetados tomando-se como base a evasão observada entre 1968 e 1974. FONTE: CODEAC/GSS/DAU/MEC (Reproduzido de João Paulo Mendes⁵)

A proporção médico-habitante terá atingido, no fim desta década, um índice satisfatório, em torno de 1/1.200. Porém, a distribuição dos médicos pelo território brasileiro mostra extremas variações, com o grande predomínio nas capitais, onde se encontram cerca de 70%, e com mais de 1.500 municípios sem médico. Rio e São Paulo, onde se congregam cerca de 13% da população, têm quase 50% dos médicos. Quanto aos municípios sem médicos, há que reconhecer a influência dos fatores sócio-econômicos, como tem insistido Gentile de Melo, além dos demográficos* uma vez que neles não se abrigam mais do que 15% do total da população³.

*Os dados demográficos carecem de atualização, que virá no próximo censo.

Quanto à dependência administrativa, 41 escolas (55%) estão ligadas a universidades (25 federais, 8 estaduais e 8 privadas), enquanto 34 (45%) são estabelecimentos isolados (2 federais, 2 estaduais, 1 municipal e 29 particulares).

Assinala Marcílio de Souza que a expansão da formação de médicos processou-se, predominantemente, pela criação de novas escolas, embora tenha sido também significativo o crescimento de matrículas por instituição⁴. Acredita que isso possa tornar mais fácil a aplicação de medidas visando ao aprimoramento da educação médica, sem a necessidade de sustar, abruptamente, a demanda de ingresso na carreira.

Vale notar que algumas faculdades obtiveram do Conselho Federal de Educação, nos últimos anos, a redução de matrículas. Entre elas, a Faculdade de Medicina da UFRJ, que, progressivamente, as reduziu de 320 para 280, 240 e, para 1980, 160 matrículas. Paralelamente, foram estas oferecidas em maior número em outros cursos como os de Enfermagem, Nutrição e Biologia.

Há que ponderar a necessidade de melhor balanço na formação dos profissionais de saúde. Preocupa, sobretudo, a carência de enfermeiros, cujo número atual e produção ainda estão muito aquém do indispensável, apesar dos esforços desenvolvidos para seu aumento. Sentem-se efeitos dessa carência no funcionamento de nossas instituições de saúde, o que recomenda um verdadeiro programa de aceleração da formação dessa classe de profissionais.

Em trabalho recente, João Paulo Mendes procura situar a expansão do ensino médico dentro do contexto do ensino superior no País⁵. O crescimento da educação universitária decorreu de uma pressão da demanda, que começou nos primeiros graus de ensino e repercutiu no mais avançado. Em 1980, deveremos ter mais de 100 alunos no grau superior para cada 1.000 no grau elementar. Em 1960, a proporção era de 12,5 para 1.000, e em 1970 de 40,9 alunos no superior para 1.000 no elementar. Acrescenta, no entanto, outros fatores para a expansão do ensino supe-

rior, especialmente na área médica: "a fé na educação como instrumento capaz de proporcionar ao homem sua plena realização e o fascínio que a profissão médica ainda exerce".

Disponibilidades docentes e hospitalares

Dois problemas mais sérios emergem da análise das condições de funcionamento das escolas médicas: o do corpo docente e o das disponibilidades hospitalares. É evidente que a expansão docente não pode acompanhar a rapidez de crescimento do número de alunos.com a proliferação das escolas. Na maioria das recém-criadas não havia, nas cidades em que se sediavam, elementos credenciados para assumir os encargos do magistério. Daí a necessidade de recrutá-los em centros universitários mais ou menos próximos, criando-se a figura do professor itinerante (com designações por vezes pejorativas), que passava um ou dois dias por semana em cada escola. O levantamento feito mostrou numerosos professores lecionando em três, ou quatro faculdades, em alguns casos até em seis. Mal remunerado, sobretudo o docente de ciências básicas, encontrava nessa atividade desgastante um meio de melhorar os seus proventos, embora com sacrifício de sua comodidade e das vantagens do trabalho concentrado em um só local.

Não existem dados atualizados e confiáveis em relação ao corpo docente das escolas médicas. Contudo, pode-se dizer que melhorou a relação aluno/docente, graças a vários fatores, entre os quais a ampliação dos quadros, os programas de pós-graduação, o maior número de docentes em tempo integral. Sem dúvida, a valorização do magistério superior, através de medidas como a reestruturação da carreira acadêmica, o reajustamento salarial, a criação de melhores condições de trabalho, virá concorrer para a melhoria daquela relação. Não bastará, porém, atentar para o aspecto quantitativo, senão que será mister cuidar do aprimoramento dos docentes, a partir de seleção mais apurada e de critérios mais idôneos de ascensão na carreira.

A deficiência de leitos hospitalares foi uma das falhas flagrantes observadas pela Comissão de Ensino Médico, que estimou as necessidades para o ensino na proporção de um leito de hospital geral para dois alunos. Muitas escolas se distanciavam dessa recomendação. No entanto, segundo o depoimento de Marcílio de Souza, aumentou substancialmente o número de leitos hospitalares à disposição do ensino, atingindo a cerca de 30 mil. O cálculo que arbitra a necessidade de, no mínimo, 1 leito para 2 alunos não passa de um índice relativo, uma vez que se devem levar em conta outros fatores como a rotatividade desses leitos, a utilização de ambulatórios e de outros serviços hospitalares para o ensino.

O que cabe assinalar é a necessidade de entendimento entre as escolas médicas e as instituições hospitalares, públicas, ou privadas, no caso das escolas não possuírem hospital próprio. Por vezes, essas instituições consideram inconveniente a presença de estudantes, ou mais onerosos os serviços, em decorrência das atividades de ensino.

A propósito, vale a pena transcrever o pronunciamento da Comissão de Ensino Médico, no seu Documento nº 2, intitulado "Ensino Médico e Instituições de Saúde": "As responsabilidades didáticas e atividades de pesquisa podem, aparentemente, conflitar com os objetivos meramente assistenciais. Mas, há evidente interesse em buscar o equilíbrio adequado. Se é óbvio que o primeiro dever do hospital é servir ao doente, não é menos certo que a mais alta qualidade de cuidado médico é atingida em ambiente de constante efervescência intelectual e de contínua indagação. Assistência, ensino e pesquisa não devem ser consideradas atividades antitéticas e sim complementares"⁶. Será, aqui, o caso de citar uma das maiores figuras da Medicina Clínica de todos os tempos, Sir William Osier que, já em 1900, escrevia: "Na mente dos responsáveis por certos hospitais prevalece a noção estulta e errônea de que a presença de estudantes é prejudicial aos interesses do paciente. É exatamente o contrário. Eu iria mais longe e diria que nenhum hospital pode desempenhar completamente sua missão se não for

um centro de instrução de estudantes e médicos".

É necessário, pois, que os responsáveis pelas organizações hospitalares se capacitem de seu dever e de sua conveniência, colaborando com o ensino médico, porque, afinal, estarão ajudando a formar os profissionais cujos prestimos vão utilizar. A expansão das escolas médicas, criando a necessidade de maior número de leitos hospitalares, fez com que numerosas instituições, publicase privadas, colocassem suas disponibilidades a serviço do ensino. É claro que, em contrapartida, é dever dos responsáveis pelo ensino colocar no mais alto nível a preocupação com esses serviços, fiéis ao princípio de que "em qualquer tipo de unidades de saúde, desde os hospitais universitários mais altamente diferenciados e melhor equipados, até as mais modestas unidades sanitárias, o foco de atenção de todos os que participam na prestação de serviços de assistência médica deve ser, invariavelmente, o paciente"⁷.

Sentido Atual da Formação Médica

Tradicionalmente, uma escola de Medicina propõe-se a formar profissionais mais capazes de diagnosticar e tratar as doenças, dispondo, para seu treinamento, de laboratórios de ciências básicas e de centros hospitalares mais ou menos aparelhados. A inclinação vocacional do estudante de Medicina, em geral, era, e ainda é, a de fazer-se doutor, para cuidar de indivíduos doentes. Os profissionais da Saúde Pública, raros e dotados de vocação para o sacrifício, eram formados nas poucas escolas especiais existentes. com o tempo, não aumentaram, significativamente, em número, por falta de apoio e de incentivos. Mas o conceito de saúde mudou, deixando de ser apenas a ausência de doença, para se conceituar como o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social. Por fantasiosa que seja a definição nas condições vigentes na maior parte do mundo, fixou-se de qualquer forma a meta a ser atingida. Em

decorrência disso, impõe-se uma reformulação dos objetivos das faculdades de Medicina, que devem dar prioridade aos problemas da saúde comunitária. O ensino médico passa a objetivar não somente o diagnóstico e tratamento das doenças, mas os meios de evitá-las e de manter a saúde.

Segundo Fliedner, os objetivos de uma política de saúde desviam-se da "expectativa cronológica de vida" para a "expectativa de vida produtiva". "Add life to years and not years to life" pode ser apenas um "slogan", mas resume um desafio a ser enfrentado, conjuntamente, pelas autoridades educacionais e pelos que dirigem os sistemas assistenciais.⁸

uma série de medidas pode ser recomendada para alcançar esse objetivo: modificação dos currículos; nova orientação e estrutura dos hospitais universitários; desenvolvimento de programas interdisciplinares e interprofissionais; formação das equipes de saúde; participação dos estudantes nas unidades sanitárias de diversos níveis; fortalecimento do ensino da Medicina Comunitária etc. O essencial, entretanto, é a mudança de atitude dos corpos docente e discente, tornando-se permeáveis às novas idéias e conjugando seus esforços para o aperfeiçoamento do processo ensino-aprendizagem.

Fala-se muito em interiorização dos médicos, como medida indispensável para melhor assistência às regiões carentes. O fato é que esta providência deverá ser enquadrada num programa que leve em conta a realidade sócio-econômica e do qual participem outros integrantes da equipe de saúde. O médico não se sente atraído a trabalhar em local onde não há recursos para a prática satisfatória e onde a retribuição material não é compensadora. Acresce que sua formação, nos moldes em que é feita atualmente, de modo geral, não o prepara convenientemente para o exercício da Medicina no interior, o que lhe acarreta uma sensação de insegurança e de inaptidão. É essencial, pois, que as escolas médicas definam melhor os seus objetivos, sem dúvida diferentes nas mui-

tas que se espalham por diversas regiões do País e armadas de recursos muito desiguais. Considerando, entretanto, essa flexibilidade, todas as escolas deverão estar capacitadas para preparar profissionais aptos ao desempenho dos cuidados médicos primários e secundários, acessíveis nas unidades sanitárias mais elementares e nos hospitais comunitários. Já os cuidados terciários, que exigem recursos técnicos sofisticados e especialização, serão prestados nos hospitais mais diferenciados.

Perspectivas

As projeções feitas em relação ao final desta década, em estudos datados de 1971-72, como os de Mário Chaves e da Comissão de Ensino Médico, estão plenamente confirmadas, como seria de esperar, em face dos dados disponíveis na época e das decisões então vigentes.⁹ Estamos formando cerca de 8.600 médicos por ano, e em 1980 deveremos atingir o total de 100.000 médicos em atividade, o que dará uma proporção aproximada de 1 para 1.200 habitantes.

Considerando-se a redução do número total de matrículas iniciais oferecidas nos dois ou três últimos anos, poder-se-á admitir **que**, na década de 1980, haverá um declínio progressivo até 7.800 a 7.600 médicos anuais, mantidas as taxas de oferta e de evasão, esta um pouco menor que 5% por ano. Admitindo que, em 1990, a população estará perto de 164 milhões (ap. Mário Chaves) e que a perda anual no estoque de médicos é em torno de 2,5%, a produção por ano deverá ser mantida, se quisermos guardar a mesma relação médico/habitante atual. É evidente que o problema não se coloca apenas em termos quantitativos, quer de relação médico/habitante, **quer** de distribuição regional dos médicos. Em artigo recente. Bloom e Petersonn mostram a significação relativa desses parâmetros, que podem levar a uma política expansionista e de

mais altos custos, se outros fatores relevantes não forem considerados, entre eles a prevalência de doenças e as condições de tratamento, a proporção entre internistas e especialistas, a carga de trabalho de vários especialistas¹⁰. Fundamentalmente, é preciso ter em mira: a necessidade de assegurar às populações os cuidados primários e os tipos de médicos mais ajustados a prestá-los; as distorções na pirâmide da equipe de saúde; as relações entre custos e benefícios do sistema. Em síntese, é indispensável, na formulação de uma política de recursos humanos, o ajustamento do aparelho formador ao utilizador. um sistema de vigilância e de informações, em face de mudanças eventuais da situação, deverá orientar as decisões a serem tomadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL, Ministério da Educação e Cultura - Comissão de Ensino Médico — Documento nº 1. O Ensino Médico no Brasil. A expansão da Rede Escolar, 1972.
2. GUIMARÃES, J.X. Criação de Escolas Médicas no Brasil. População Médica Brasileira e sua Distribuição. Perspectivas futuras. IX Congresso da Associação Médica Brasileira e XVII Congresso da Associação Médica Fluminense. Niterói, 1979.
3. GENTI LE DE MELO, C. Saúde e Assistência Médica no Brasil. Ed. Cebes-Hucitee. São Paulo, 1977.
4. MARCHIO DE SOUZA, C. Aspectos atuais do Ensino Médico no Brasil — in "Documentos do Ensino Médico". Ministério da Educação e Cultura. 1978.
5. MENDES, J.P. Expansão do Ensino Médico no Brasil e suas Repercussões. Seminário sobre Ensino Médico. Academia Nacional de Medicina, Rio de Janeiro, junho, 1979.
6. BRASIL, Ministério da Educação e Cultura, Comissão de Ensino Médico — Documento nº 2. Ensino Médico e Instituições de Saúde. 1974.
7. BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Comissão de Ensino Médico, idem.
8. FLIEDNER, T.M. Perspectives of Medical Education in relation to the development of the Health Care Systems, in "Medical Care and Society". Ninth Council for International Organization of Medical Sciences. Round Table Conference. Rio de Janeiro, 1974.
9. CHAVES, M.M. Análise do crescimento provável do número de médicos no Brasil: opções necessárias. Anais do IX Congresso da ABEM, 1971.
10. BLOOM, B.S. e PETERSONN, O.L. Physician Manpower Expansionism: a Policy Review. Ann. Int. Med. 90(2):249-256, fevereiro, 1979.

NOVOS RUMOS DA EDUCAÇÃO MÉDICA

NOVOS RUMOS DA EDUCAÇÃO MÉDICA

*"A arte da Educação é como a da Medicina:
uma arte que não pode ser praticada sem dons especiais,
mas que pressupõe conhecimentos exatos e experimentais
relativos aos seres humanos sobre os quais é exercida. "*

Jean Piaget¹

A análise da evolução do ensino médico neste século permitirá assinalar três grandes marcos, que devem ser entendidos como complementares, imprimindo-lhe uma concepção global, mais ajustada à importância de seus objetivos.

O primeiro é o marco científico, que se vinha antecipando desde o século XIX, quando os progressos da ciência e da técnica começaram a transformar, progressivamente, a teoria e a prática da medicina. O relatório Flexner concorreu, de modo decisivo, para assentar a base científica do ensino e para iniciar a época de prestígio da medicina norte-americana, mais depressa sensibilizada por suas críticas e recomendações. Desde então, a ciência médica cresceu demasiadamente. Jean Bernard assim a contempla, num exercício de imaginação: um médico que tivesse adormecido em 1900, e acordado em 1930, certamente, se surpreenderia com as transformações do mundo, porém, não tanto com as mudanças da Medicina. O mesmo não aconteceria com outro, que tivesse adormecido em 1930, para acordar em 1960. Este ficaria estarecido com sua própria ignorância ante o progresso da ciência médica.²

O ensino médico ficou definitivamente lastreado pela metodologia científica, permitindo o melhor preparo do estudante para a resolução de problemas. Este deverá ser o primeiro objetivo educacional, de vez que será impossível, e mesmo indesejável, transmitir todo o conhecimento acumulado e, incessantemente, renovado. como disse De Witt Stetten Jr., "a vida do médico prático é feita de uma série de pequenos e grandes problemas de

pesquisa. Cada paciente com um problema de diagnóstico, ou de tratamento, deve ser estudado da mesma maneira que o é um problema de investigação em laboratório, pelo bioquímico. É claro que existem diferenças importantes, mas os processos intelectuais usados não diferem muito"³.

O segundo marco é o que diz respeito à aplicação das modernas noções de pedagogia ao ensino médico. Foi na década de 1950 que alguns pioneiros, pertencentes a escolas norte-americanas, se aproximaram de seus colegas da área de educação, e concluíram pelos benefícios da utilização dos princípios pedagógicos na sua tarefa de ensinar Medicina.⁴ Essa linha reforçou-se nos anos 60, sobretudo graças à ação das associações de escolas médicas nas Américas. Um daqueles pioneiros, George Miller, mais recentemente, recomendou "ensinar professores de medicina a ensinar", como um instrumento tão valioso para o futuro da educação quanto o poder, o dinheiro, as condições políticas e sociais.⁵

O terceiro marco, ainda mais recente, reflete a preocupação com os aspectos sociais. Em verdade, formado de acordo com os figurinos da ciência e da técnica, treinado para atender aos doentes, o médico se mostra despreocupado com os problemas de saúde da comunidade. Foi preciso que as transformações sócio-econômicas do pós-guerra e a tomada de consciência do valor da própria saúde por parte das populações estimulassem o interesse pela saúde comunitária. Caracteriza-se, assim, uma responsabilidade social do médico, que as instituições formadoras vão captando e procurando desenvolver, ainda que com a lentidão decorrente da influência da tradição da medicina individualista, da resistência da prática educacional e das distorções da estrutura social. As escolas médicas procuram redefinir o tipo de profissional que devem formar. Por toda parte, proclama-se a necessidade da formação de "generalistas", procura-se reabilitar a figura lendária do "médico de família". Pretende-se, em suma, que o médico tenha uma consciência social, embora se reconheça que ele não representa senão

parte mínima na transformação das perspectivas de saúde da coletividade, que depende de uma série de outros fatores, sobretudo, de ordem sócio-econômica.

Ensino Médico e Assistência à Saúde

Moshe Prywes, numa visão prospectiva, disse: "analisar a educação médica como um esforço social, no sentido de atender às crescentes necessidades nacionais de saúde, é o primeiro desafio previsível a ser enfrentado. Em conseqüência, a educação médica estará, inevitavelmente, comprometida a melhorar os cuidados de saúde para todos"⁶.

De modo geral, é reconhecido o fato de que os esquemas tradicionais de ensino médico não têm levado em conta que enormes parcelas das populações recebem cuidados de saúde inadequados, ou, simplesmente, não os recebem. O planejamento da formação de médicos deve ser influenciado, obrigatoriamente, por fatores tais como o crescimento demográfico, os índices de morbidade e de mortalidade, o aumento da demanda de serviços, os progressos científicos nos métodos de promoção, proteção e recuperação da saúde e a contribuição das ciências sociais ao estudo dos problemas sanitários.

O pólo de orientação tem sido o atendimento aos doentes e o campo de treinamento, predominantemente, o hospital. Os programas de ensino refletem a patologia das enfermarias e o interesse dos docentes. As doenças e distúrbios mais comuns, como as neuroses, as manifestações psicossomáticas, as carências alimentares, as parasitoses endêmicas não são expostas, amplamente, aos estudantes, que pouco freqüentam os ambulatórios, onde se tratam esses problemas. Pequena atenção tem sido dada às repercussões sociais do alcoolismo, do uso de tóxicos, dos defeitos genéticos, da doença mental, da velhice e da poluição ambiental. Em excelente estudo, intitulado "The Need for University Involve-

ment in Medical Education , diz Howard Hiatt: "(...) quantos estudantes de medicina estudaram, seriamente, os aspectos legais e éticos da amniocentese e do aborto, as disponibilidades comunitárias para o cuidado de mongolóides, ou o impacto econômico e outros efeitos provocados por essas crianças em seus familiares e na sociedade? "⁷

De outra parte, o ensino da chamada medicina preventiva só agora começa a receber maior atenção, mas, ainda é limitado a um departamento especial, quando deveria ser uma atitude desenvolvida em todos os departamentos.

Essas considerações levam ao enunciado da primeira, e talvez mais importante, tendência da educação médica atual: a integração ensino-serviço, que exige a articulação entre os sistemas da educação e da saúde. Em consequência dessa falta de coordenação, o subsistema de formação de recursos humanos, que deve estabelecer o elo entre os dois sistemas maiores, age sem objetivos definidos. Ele deve ser ajustado para produzir, em quantidade e qualidade, as diversas categorias de profissionais indispensáveis para a prestação de serviços de saúde. Não é possível planejar, isoladamente, a formação de médicos, devendo-se cuidar, em conjunto, da preparação das equipes de saúde. Dessa forma, poderão ser corrigidas distorções atuais, como, por exemplo, a discrepância entre o número de médicos e o de enfermeiros, e o problema de regiões carentes de cuidados de saúde, que poderiam lucrar com a redistribuição de tarefas entre os vários elementos da equipe.

Em nosso País, esses conceitos foram amplamente desenvolvidos no documento nº 2 da Comissão de Ensino Médico do MEC. Nele, se diz, textualmente: "a formação do médico deve incluir, obrigatoriamente, a participação nos trabalhos de unidades de saúde de vários tipos, com desempenho, pelo estudante, de tarefas de crescente complexidade, sempre na dependência da aptidão correspondente a cada qual das fases sucessivas da aprendizagem." A base legal dos novos conceitos surgiu com a Lei 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de

Saúde, organizando e disciplinando o complexo de serviços "voltados para ações de interesse da saúde".

O meio idôneo para conseguir-se a integração ensino-serviço é a regionalização docente-assistencial, entendida como uma rede sistemática e racionalizada das unidades de saúde, que, conservando suas atribuições, se coordenam em torno de objetivos assistenciais e de ensino. O hospital universitário, por força de sua diferenciação, é a base dessa rede, para o qual serão referidos os pacientes com patologias mais complexas, e de onde deve irradiar influência sobre todas as demais unidades. Quando a rede regional não estiver bem organizada, o hospital deverá dar cobertura de saúde, em todos os níveis, para diversificar o campo de treinamento dos estudantes, assegurando-lhes formação adequada.

Para ajudar na compreensão dos problemas de saúde da sociedade contemporânea, tem-se sublinhado a necessidade do preparo do médico em ciências sociais. Howard Hiatt chama a atenção para as limitações de uma educação, que despreza conhecimentos essenciais de história, estatística, ciências sociais e econômicas: "como resultado, a maior parte dos médicos recém-graduados conhece muito pouco acerca dos efeitos da falta de saúde nas comunidades nas quais vão praticar, da influência das mudanças sociais na saúde, dos extraordinários benefícios econômicos da medicina preventiva, dos métodos de avaliação das práticas de saúde, dos aspectos legais e éticos da prática médica, e da natureza do nosso e de outros sistemas de prestação de serviços de saúde".⁸

Ensino Médico e Interdisciplinaridade

"A medicina contemporânea tornou-se, por excelência, o reduto privilegiado dos "especialistas", cuja competência se exerce sobre um território cada vez mais reduzido. O homem doente é um homem cortado em pedaços; (...) cada especialista aplica sua

terapêutica própria, sem pensar nas possíveis repercussões sobre órgãos vizinhos, nem nas reações do moral sobre o físico. O inconveniente dessa medicina fragmentária surge com toda evidência nos países ditos avançados, que chegam a reclamar a instituição de uma nova categoria de especialistas, os "clínicos gerais", que seriam os especialistas da não especialidade..." São palavras de Georges Gusdorf no prefácio do livro "Interdisciplinaridade e Patologia do Saber".⁹

Numa época de triunfo da especialização, surge um novo modo de pensar, que busca a integração dos conhecimentos e métodos de disciplinas diferentes, num campo maior, de natureza interdisciplinar. A interdisciplinaridade tem sido apontada como solução para os problemas da educação superior, por suas repercussões no ensino, na pesquisa e na administração.

A base disciplinar da atual organização dos currículos limita a visão das interrelações das disciplinas, dando origem à apresentação repetida e fragmentária de determinados assuntos, ao longo do curso. As reivindicações estudantis costumam incidir nessa divisão acadêmica, artificial, do conhecimento, porque não corresponde à realidade da prática profissional. A interdisciplinaridade dá coerência ao que aparece como uma sucessão entre fenômenos aparentemente isolados. Por outro lado, permite a incorporação dos conhecimentos novos ao currículo que, não devendo crescer pelo simples acréscimo de disciplinas, exige uma reorganização desses conhecimentos, dentro e através das disciplinas existentes. É uma forma econômica de trabalho, que reduz a carga horária e utiliza, racionalmente, os recursos humanos e materiais, beneficiando-se os docentes da intercomunicação contínua de idéias, conceitos, métodos e procedimentos. Desestimula o trabalho isolado, a tendência ao conhecimento especializado, superficial, constituindo-se em aprendizagem para a realização de objetivos comuns, a partir de perspectivas diferentes.

O enfoque interdisciplinar se complementa com as idéias

de Bruner, para quem "todo conhecimento tem uma estrutura que é núcleo de máxima generalização, e que é mais fácil aprender a estrutura, que explica os fatos, do que aprender os fatos isoladamente".¹⁰

Na organização do currículo, o essencial é dar ao aluno a compreensão da estrutura fundamental da matéria, ou seja, de como os fatos se relacionam entre si. Esse tipo de aprendizagem é necessária, porque os conhecimentos envelhecem, subsistindo, entretanto, seu núcleo estrutural e suas interrelações.

A formação do médico implica, obrigatoriamente, um currículo centrado no trabalho interdisciplinar, que permita a reintegração do conhecimento e a percepção do homem como unidade biopsicológica.

Ensino Médico e Educação Permanente

"O grau universitário é apenas o fim do começo e não significa mais do que tornar um homem apto a aprender seu ofício, através de mais experiência e educação"¹¹ !. Este é outro desafio ao ensino de graduação: assentar as bases da educação permanente.

O estudante deverá ser estimulado a adquirir os hábitos e métodos essenciais para desenvolver o apego ao estudo e o interesse de renovar-se, e para prosseguir numa espécie de autodidatismo por toda a vida. Dizia, no princípio do século, um dos maiores de nossa arte, Sir William Osler: "o que a escola pode fazer é ensinar, aos estudantes, princípios baseados na ciência, e dar-lhes bons métodos de trabalho. Isso, simplesmente, abre-lhes o rumo; tornar-se bons médicos será problema deles." Transposto para o plano da ficção, na visão genial de Guimarães Rosa, é o que exprime uma personagem do "Grande Sertão": "o que se aprende mais, é só fazer outras maiores perguntas".

Não existe mais um tempo de aprender, outro de fazer. O conhecimento científico renova-se incessantemente e os métodos de prestação de serviços de saúde passam por freqüentes modificações. Assim, a educação médica continuada não visa, apenas, a aperfeiçoar o profissional, mas, sobretudo, a assegurar os níveis de competência adequados à assistência à saúde comunitária, ou individual.

Por fim, numa época em que a Medicina é tão criticada por seus desacertos e descaminhos, muitas vezes sem que se indaguem as causas mais profundas e se lembrem seus benefícios e conquistas, será necessário que ao ensino não falte, jamais, a impregnação pelas normas éticas, que conferem, à profissão, dignidade e grandeza, e, ao médico, o respeito de si próprio e da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- I. 1. PIAGET, J. **Para onde vai a Educação?** Rio de Janeiro, Livraria José Olímpio Editora, 1973.
2. BERNARD, J. **Grandeur et tentations de la Médecine.** Paris, Éditions Buchet/Chastel, 1973.
3. STETTEN, D. W. "Research as a teaching tool". **Reform of Medical Education: The Role of Research in Medical Education.** National Institutes of Health, Maryland, 1970.
4. MILLER, G.E. et alii. **Teaching and Learning in Medical School.** Cambridge Harvard University Press, 1961.
5. MILLER, G.E. **Teaching the Teacher to Teach. Educating Tomorrow Doctors.** Fourth World Conference on Medical Education, Copenhagen, 1972. Copyright 1972.
6. PRYWES, M. **A look to the future. Fourth World Conference on Medical Education. Educating Tomorrow Doctors.** Copenhagen, 1972. Copyright 1973.
7. HIATT, H. **The need for University Involvement in Medical Education. American Higher Education: Toward an Uncertain Future (Volume II), Daedalus,** 1975.
8. HIATT, H. *idem.*
9. JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber.** Rio de Janeiro, Imago Editora, 1976.
10. BRUNER, J. S. **O Processo da Educação.** São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1972.
- II. PICKERING, G. **Medicine an Society: Past, Present, and Future. British Medical Journal,** 1 (5742) :191-199, 1971.

ESTRUTURA DEPARTAMENTAL

ESTRUTURA DEPARTAMENTAL

A estrutura departamental, consagrada na atual legislação brasileira sobre ensino superior, resultou do imperativo de atender a conveniências de ordem científica, didática, financeira e administrativa.

O sistema tradicional de cátedras, autônomas e supostamente auto-suficientes, não poderia atender às exigências criadas pelo progresso científico acelerado, nem correspondia aos objetivos e processos do ensino moderno. Justo será reconhecer que servido, não raro, por personalidades vigorosas, dotadas de prestígio e espírito de iniciativa, ele não impediu razoáveis progressos no campo didático, nem meritorias realizações no terreno da investigação.

Não seria possível, entretanto, o sistema, quando a educação médica, gradualmente, saiu do empirismo para uma definição conceitual, que leva em conta objetivos, planejamento e avaliação. **Por** outro lado, cresceram as áreas de conhecimento, multiplicaram-se as especializações, impondo a necessidade do trabalho em grupo e de equipamento muito diferenciado e oneroso. Tornou-se inadmissível o desperdício de recursos humanos e materiais, consequência do individualismo e da duplicação de meios para obter fins idênticos.

Ante tais razões, surgiu a estrutura departamental, influenciada pelo modelo norte-americano, por sua vez inspirado nas observações de Flexner. Anote-se, a propósito, o passo lento com que chegaram até nós as idéias alienígenas.

Foi no primeiro Estatuto da Universidade do Brasil, autônoma, em 1946, que apareceu o Departamento em nossa legislação universitária. A 30 de outubro do mesmo ano, reunia-se, pela primeira vez, na Faculdade Nacional de Medicina, o Conselho De-

parlamentar, que substituíra o antigo Conselho Técnico e Administrativo.

A verdade é que, expresso nas letras dos estatutos e regimentos, o novo sistema, na prática, após um quarto de século decorrido, mal chegou a ser implantado. A força da tradição, o afastamento geográfico dos serviços hospitalares universitários, a autonomia das cátedras, a ausência de dispositivos regimentais complementares, tudo concorreu para que a representação departamental não passasse de um conselho consultivo, atuando à maneira de assessoria da administração da Faculdade. E, ainda, ocorreu o crescimento desigual dos departamentos, alguns hipertrofiados até às dimensões de unidades universitárias. De qualquer forma, nenhum equilíbrio, ausência de planos conjuntos e de trabalho coordenado. Na ordem didática, a organização e a execução do ensino eram muito diversificadas, assim como os critérios de avaliação de seu rendimento. Somente nos últimos anos, o esforço de unificação se revigorou, especialmente em alguns departamentos, através de reuniões conjuntas, de planejamento didático global, de programação única e paralela do ensino, vencendo a dispersão dos serviços clínicos e outras dificuldades ocasionais.

A estrutura departamental foi imposta pelo Decreto-Lei nº 252, de 28 de fevereiro de 1967, que, no artigo 29 § 1º, declara: "O departamento será a menor fração da estrutura universitária para todos os efeitos de organização administrativa, didático-científica e de distribuição do pessoal." A Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, no § 3º do artigo 12 repetiu o mesmo texto, acrescentando: "e compreenderá disciplinas afins". A mesma Lei, no artigo 33, § 3º, estatuiu "fica extinta a cátedra ou cadeira na organização do ensino superior do País".

Vantagens e inconvenientes

Em relação ao ciclo profissional, a estrutura departamental adotada é a clássica, de departamentos multidisciplinares, reunin-

do disciplinas afins. De referência ao ciclo básico ou pré-clínico, criou-se outro modelo, de departamentos temáticos, interescolares, com fundamentos comuns a cada área e servindo a diversas carreiras profissionais, preservada a individualidade de cada um dos cursos e das respectivas escolas.

Este último tipo aproxima-se do recomendado por José Roberto Ferreira para a área das ciências da saúde, baseado na observação de que "o departamento convencional tende a ser auto-suficiente e funciona fechado em si mesmo"¹.

Tem prevalecido, em nossa Faculdade, a estruturação em grandes departamentos, ainda que variando, nos sucessivos regimentos, a composição, pela reunião das antigas cátedras, ou atuais disciplinas. Em verdade, o que importa é a flexibilidade da estrutura, permitindo que se criem, transformem, ou suprimam disciplinas, de par com coordenação mais perfeita entre as mesmas.

Não têm faltado, em estudos acerca da educação médica, críticas ao sistema departamental, considerado, por vezes, inoperante e prejudicial ao ensino. De fato, Henry Miller, em artigo intitulado "Fifty years after Flexner", condena o que chamou "o pesadelo departamental", mas reconhece que esse pesadelo recai muito menos sobre o lado clínico do que sobre o paraclínico e, especialmente, o pré-clínico. Critica a "hierarquia piramidal" do departamento, duvidando que ela possa ser favorável a qualquer espécie de empreendimento intelectual. E comenta as eventuais dificuldades de ascensão de elementos jovens, na dependência total do "mandarim no topo da pirâmide"².

O libelo refere-se, essencialmente, aos departamentos pre-clínicos na universidade inglesa, reconhecendo o autor as vantagens do modelo americano, mais democrático. De fato, existem meios para tornar o sistema mais aberto e dinâmico. O poder pessoal ficará limitado pela existência de vários professores titulares no mesmo departamento, pelo rodízio na chefia e pela partici-

pação, com direito a voto, de professores de outros níveis. Asseguram-se, assim, um mecanismo competitivo salutar e a organização mais liberal, que são formas de garantir o melhor rendimento.

Outra crítica é a falta de articulação entre os departamentos, a tendência a seu isolamento, prolongando os defeitos tradicionais e as conseqüências nocivas para o ensino e a pesquisa. Realmente, se, até agora, não tem existido unidade dentro de um mesmo departamento, não se poderia esperar coordenação entre os diversos existentes. Os programas das disciplinas são, em geral, independentes, não faltando omissões, repetições e defasagens. O esforço no propósito de corrigir essas falhas começa a dar resultados.

Não podemos prescindir da referência ao que constitui, certamente, um dos defeitos maiores do ensino, ou seja, a falta de articulação do ciclo básico com o profissional. As ciências básicas são ensinadas, não raro, por grandes professores e investigadores, nem sempre preocupados com sua aplicação clínica.

E não se suponha que esta falha seja somente nossa. Uma das grandes autoridades em educação médica, Hilliard Jason, aponta com rigor. Lembra Jason que "o padrão da separação pré-clínica e clínica é tão enraizado que os esforços correntes são triviais, em confronto com a extensão das necessidades"³. A aquisição de sólidas bases de conhecimento pré-clínico deve ser complementada pela correlação clínica, de maneira sistemática e regular, desde os primeiros dias do curso médico. Insiste Jason em que não é válido, nem racional que o estudante espere até o 3º ano para ter contato com os problemas clínicos. Isso resulta de uma separação artificial, decorrente de erros de concepção e de planejamento cometidos há muitos anos. Nesse sentido, valerá a experiência de algumas escolas, adotando o currículo integrado, e antecipando a clínica para os primeiros anos do curso.

Tais críticas são formuladas por quantos se interessam por

educação médica, em qualquer país. Entre nós, Luiz Carlos Lobo e José Roberto Ferreira, apresentando o curso médico na Universidade de Brasília, fazem observações semelhantes⁴. De tais comentários, resulta a vantagem do ensino integrado e coordenado das ciências básicas, com ampla correlação clínica, com co-participação de pessoal docente de ambas as áreas, a pré-clínica e a clínica. um especialista clínico deve participar do curso na fase básica, motivando melhor o ensino da fisiologia e da bioquímica, da mesma forma que se requer a presença de fisiologistas e de bioquímicos nos centros de cirurgia cardíaca, ou neurológica, de transplante de órgãos, de estudos metabólicos.

Departamento e Currículo

Do ponto-de-vista didático, como já referimos, as críticas ao sistema departamental põem em relevo as dificuldades de coordenação entre os departamentos, quer entre os básicos e os profissionais, quer entre os integrantes de cada um desses ciclos.

Para corrigir os erros, não bastará definir as atribuições e revigorar o Conselho Departamental, na forma prescrita pelos estatutos e regimentos. Será preciso criar órgãos especificamente voltados para os aspectos técnicos da educação, em níveis de graduação e de pós-graduação.

As tarefas de planejamento curricular e de coordenação de programas e planos de ensino não devem partir do Conselho Departamental. Este deverá apreciá-las, aprová-las e supervisioná-las, mas elas constituem encargos específicos, que exigem a participação de elementos não apenas interessados no ensino, mas dos mais dedicados à educação médica. Cada departamento determinará seus objetivos, fará seu programa e executará a parte que lhe cabe no plano total, mas a integração e a coordenação são funções de um órgão especial.

Humberto de Novaes, relatando suas observações sobre algumas das mais importantes escolas médicas norte-americanas, conclue assinalando a tendência geral para a constituição de "comissões de ensino", com poderes decisivos sobre o planejamento curricular e atribuições conexas.⁵

O Regimento da Faculdade de Medicina da UFRJ, de 1972, criou uma Comissão de Coordenação Didática e uma Comissão Geral de Pós-Graduação, com a finalidade de auxiliar a Direção e o Conselho Departamental no planejamento e na coordenação de todas as atividades didáticas.

Consagra-se, assim, uma idéia difundida fora do nosso meio e já experimentada, com bom êxito, entre nós. De fato, admite-se que a "rigidez departamental" deixa de propiciar as melhores condições para o ensino em nível de graduação. O departamento é necessário, do ponto-de-vista administrativo, para congregar recursos humanos, técnicos e materiais de uma determinada área. Poderá servir com vantagem ao ensino de pós-graduação, em face das matérias integrantes da área de concentração. Mas, a tendência do departamento é hipertrofiar-se, multiplicar suas disciplinas, o que é importante para seu desenvolvimento, mas pode prejudicar o planejamento integral. Dai' a necessidade daquelas comissões mencionadas. Foi o que, de alguma forma, se antecipou em nossa Faculdade, há quase vinte anos, com a criação de uma Comissão de Ensino, responsável pelas primeiras reformulações do ensino clínico, mais tarde substituída por uma Comissão de Currículo e, atualmente, pela de Coordenação Didática.

O mesmo princípio prevalece no plano mais geral, de coordenação do curso médico, com a criação do colegiado de curso, ou Conselho de Coordenação do Curso, na forma do Regimento Geral da Universidade, sendo mister que, por igual, esse Conselho seja integrado por elementos mais interessados em educação médica.

Departamento e Pesquisa

Considerada a indissociabilidade do ensino e da pesquisa na educação médica, é essencial que a estrutura departamental venha a constituir instrumento eficiente para a investigação científica. A concentração de elementos humanos e materiais disponíveis em cada setor de conhecimento permite potencializar os recursos necessários nesse sentido. É certo que o desenvolvimento da ciência e da tecnologia rompeu os limites dos campos especializados, de maneira a produzir uma grande justaposição, entre os diversos departamentos. "Não existe estrutura bastante forte para impedir que uma investigação seja realizada num determinado setor pelo fato de os métodos a empregar, ou de seu objetivo pertencerem a outro setor"⁶.

Não há que contestar tais conceitos, mas, a verdade é que aqui, como no ensino, uma das maiores limitações à pesquisa clínica é exatamente a dificuldade de articulação com a área pré-clínica. Mais uma vez se afirma a necessidade de correlação vertical, conjugando esforços, coordenando planos de trabalhos e promovendo a interpenetração dos elementos pertencentes às duas áreas.

Em conclusão: o departamento deve ser uma estrutura flexível, dinâmica e democrática, chefiado de preferência, embora não obrigatoriamente, por um professor titular, em regime de rodízio. De suas deliberações devem participar, com direito a voto, não só professores titulares e adjuntos como representantes de professores assistentes, auxiliares de ensino e corpo discente.

É essencial que a coordenação das atividades do departamento não se restrinja a seu âmbito, mas se estenda ao plano interdepartamental e, ainda, numa correlação vertical, aos departamentos do ciclo básico.

Finalmente, o sistema departamental deve ajustar-se à definição dos objetivos dos cursos, à proposição do currículo adequado, ao planejamento integral e coordenação de programas, à avaliação dos métodos de ensino e do rendimento deste.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FERREIRA, J.R., Concepción actual del Departamento en la programática de un Centro de Ciencias de la Salud, 1971.
2. MILLER, H., Fifty years after **Flexner**, The Lancet, 2:647, 1966.
3. JASON, H., The relevance of Medical Education to Medical Practice, JAMA, 212:2092, 1970.
4. LOBO, L.C., FERREIRA, J.R., La carrera médica en la Universidad de Brasília. Educación médica y salud, 4:310, 1970.
5. NOVAES, H.M., A formação do médico nos Estados Unidos, O Estado de Sao Paulo, 1º de agosto, 1971.
6. LOBO, L.C., FERREIRA, J.R., op. cit.

**INTERRELAÇÕES DOS CICLOS
BASICO E PROFISSIONAL**

INTERRELAÇÕES DOS CICLOS BÁSICO E PROFISSIONAL

*"Repetidamente adiamos, e mesmo evitamos,
qualquer esforço regular para amalgamar ensinamentos
pré-clínicos com sua aplicação clínica "*

Jason '

As escolas de Medicina, preocupadas com a influência dos fatores externos — política de saúde, assistência médica e prática profissional — na formação dos médicos, parecem esquecidas do exercício da necessária autocrítica. O currículo do curso médico e o corpo docente são agentes igualmente modeladores dessa formação. E os trabalhos de revisão institucional mostram que há estruturas acadêmicas inoperantes face às exigências atuais da preparação de pessoal para a saúde.

Em mais de 10 anos de atividade de coordenação de ensino, distinguimos, pela constância, a crítica, de professores e alunos, à desarticulação dos ciclos básico e profissional. Em 1972, o "Grupo de Trabalho para Estudos sobre o Currículo Médico", da Faculdade de Medicina da UFRJ, apontava essa desarticulação. Sete anos decorridos, um outro grupo, com finalidade idêntica, sublinha o mesmo inconveniente. A discussão do tema em reuniões da ABEM mostra a generalização do problema.

Em 1976, documento do MEC/DAU sobre recursos humanos na área da saúde continha a recomendação seguinte: "proceder a estudos visando a eliminar os limites tradicionais entre o primeiro ciclo e o profissional, de forma que o curso de medicina seja considerado como um todo contínuo, desenvolvido de modo a antecipar o treinamento profissional".²

Coordenação do Curso Médico

A reforma universitária, conforme dispõe o parágrafo 2º



do Art. 13 da Lei Nº 5540, estabeleceu que a coordenação didática de cada curso é da competência de um colegiado constituído de representantes das unidades que participam do respectivo curso. Entretanto, texto legal anterior (Art. 8º do Decreto-Lei Nº 252 de 18.02.67) vinculava esses representantes aos departamentos que participam do curso.

Foi com base nesse dispositivo que a Faculdade de Medicina da UFRJ, de acordo com o Regimento em vigor, aprovado em 1971, criou o Conselho de Coordenação do Curso. Assim, estese compõe dos 21 chefes dos departamentos comprometidos com o curso médico e tem atribuições de harmonizar os programas das diversas disciplinas e apreciar os planos de atividades didáticas dos departamentos. Esse mecanismo tem-se mostrado ineficiente por várias razões: número excessivo e diversidade de formação dos participantes (*); desinteresse de alguns por assuntos que não dizem respeito diretamente a seu departamento; desmotivação de outros pela natureza das tarefas; pequeno número de reuniões anuais. Vale acrescentar o que escreveu Edson Machado acerca do assunto: "(...) a coordenação de curso deve ser representativa, mas a experiência aconselha evitar que seja numerosa demais. (...) daí a necessidade de escolher para esse colegiado representantes de fato identificados com suas funções docentes na Universidade".³

É importante assinalar que, num dado momento, por força da divisão da responsabilidade do curso médico pelos diversos departamentos, pertencentes a unidades distintas, nenhum professor era capaz de descrever a organização curricular do curso.

Considerando a experiência, ao elaborar-se o anteprojeto do novo Regimento da Faculdade de Medicina da UFRJ, redefiniram-se as atribuições desse colegiado, estabelecendo que a ele compete:

(*) Os docentes pertencem a cinco unidades diferentes: Faculdade de Medicina e Institutos de Biofísica, Biologia, Ciências Biomédicas e Microbiologia.

- preservar a unidade do curso médico, harmonizando o ensino dos ciclos básico e profissional;
- manter atualizado o currículo, adaptando-o às tendências da educação médica;
- apreciar o plano de organização curricular para cada período letivo.

Suprimiram-se, assim, as atividades rotineiras de coordenação didática, dando-lhe a incumbência da crítica permanente da carreira médica. uma vez que não se modificou a composição desse colegiado, conforme permite a Lei Nº 5540, para corrigir os demais inconvenientes apontados, criou-se a Comissão Permanente de Assessoramento do Conselho de Coordenação do Curso, integrada, apenas, por sete docentes, escolhidos pelo Coordenador: três do ciclo básico, três do ciclo profissional e um do NUTES/CLATES. Reúne-se, semanalmente, para analisar os problemas curriculares, e buscar soluções, orientando seus trabalhos por três diretrizes fundamentais: manutenção da unidade do curso médico, adequação do currículo à prática profissional, e estímulo à interdisciplinaridade.

Coordenação do Curso X Departamento

uma impropriedade que se vem tornando cada vez mais nítida, e que dificulta a ação de comissões de ensino, é a superposição da organização departamental, necessariamente rígida e permanente, à organização curricular, necessariamente flexível e reajustável.

Diz a lei que o departamento é a menor fração da estrutura universitária para "os efeitos de organização didático-científica", e isto parece estar sendo confundido com "autonomia didático-científica". Os colegiados encarregados da coordenação de ensino, ainda que estabelecidos na mesma lei e representativos dos departamentos, não têm suficiente força para promover as reformas

necessárias. Já não é mais admissível, por exemplo, que o currículo se organize por numerosas disciplinas isoladas, correspondentes, por vezes, a subespecialidades clínicas, ou cirúrgicas. Toda a proposta, porém, que implique o desaparecimento de uma disciplina, por força de sua inclusão num planeamento integrado, encontra resistência, porque parece ameaçar o poder do departamento. As disciplinas costumam dar a medida de sua importância que deveria, entretanto, ser avaliada pela quantidade e qualidade da produção científica e das ações de ensino e serviço de seus membros.

São de Carlos Chagas as afirmações seguintes:

"(. . .) qual será a participação dos departamentos no ensino? O ensino atualmente deve ser objeto de pesquisa e renovação, do mesmo modo que o próprio "saber". Terá por isso que ser de caráter experimental e flexível dentro de um princípio fundamental: que o seu caráter informativo de hoje seja substituído pela formação, caracterizada pela capacidade de pensar e resolver situações reais. O método científico torna-se, portanto, significativo em qualquer tipo de ensino. Isto implica que a programação do mesmo deve-se fazer por comitês especiais relativos a cada conjunto de conhecimento, estabelecendo-se através deste sistema a participação qualitativa e quantitativa dos vários departamentos no ensino de determinada matéria".⁴

É preciso entender que planeamento curricular sobrepõe-se à estrutura departamental. E nem terá sido outra a intenção do legislador, quando no mesmo texto legal, cria o departamento e o colegiado para a coordenação didática. "A percepção fragmentada do Chefe do Departamento, que não tem obrigação de abranger necessariamente o curso inteiro, completa-se com a visão concatenada e direcionada da coordenação do curso".⁵ Os departamentos, todavia, insistem em assegurar o registro de disciplinas só a eles vinculadas e em manter a autonomia das decisões relativas a suas disciplinas. Esses fatos têm origem, sobretudo, em três distor-

ções: 1º) a disciplina (e não o conjunto das ações de ensino de um departamento no curso de graduação) regula a contratação e o regime de trabalho de professores; 2º) a disciplina (e não o setor de conhecimentos) possibilita a realização de concursos e, conseqüentemente, progressão na carreira; 3º) a disciplina (contrariamente às unidades didáticas de um curso, que dão, apenas, responsabilidade) confere poder, algumas vezes até na estrutura de serviços da unidade hospitalar correspondente à Faculdade. É necessário desfazer essas "finalidades" das disciplinas do curso de graduação, que não devem ser entendidas senão como formas adequadas de organização da matéria, necessária à formação do médico. As disciplinas não podem representar estruturas de poder, ou liderança. Não se trata, aqui, de combater a estrutura departamental, e sim de estimular a revisão crítica das funções e do desempenho dos departamentos.

Ciclo Básico X Ciclo Profissional

Curiosamente o antagonismo é colocado entre os dois ciclos — básico x profissional — buscando-se mecanismos para aproximá-los. Assim posto, parecem resolvidos os problemas de coordenação em cada ciclo isolado. Será que a Ginecologia, a Obstetrícia e a Puericultura estão suficientemente aproximadas? A Clínica Médica, a Clínica Cirúrgica, a Medicina Preventiva, a Patologia, a Radiologia estão convenientemente interligadas? As ciências fisiológicas estão reunidas? E as ciências morfológicas?

Os limites que separam os ciclos não diferem dos que separam os departamentos, ou as disciplinas. Não foi a reforma universitária, com a criação de unidades para concentração do ensino e pesquisa básicos, que afastou as matérias pré-clínicas e clínicas. Ambas, entre si mesmas, repelem-se. "O desenvolvimento de uma estrutura interdisciplinar depende muito da boa vontade e da capacidade dos docentes de saírem de suas órbitas e trabalharem inti-

mámente com colegas de outras áreas".⁶ Durmeval Trigueiro Mendes, em seminário realizado pelo NUTES/CLATES, sobre planejamento curricular, disse: "Ainda não amadurecemos para o método interdisciplinar, que continua sendo, entre nós, quase sempre uma aspiração frustrada".

As interrelações dos ciclos básico e profissional surgirão naturalmente, à medida em que se aproximarem os departamentos.

Articulação dos dois ciclos

As recomendações seguintes são necessárias para promover a coordenação do ensino dos dois ciclos e em cada um deles:

- 1º) planejamento e avaliação curriculares centralizados por um grupo de docentes das áreas básica e profissional, em número limitado, selecionados por critérios de competência, motivação e disponibilidade de tempo;
- 2º) extinção da obrigatoriedade de ligação das disciplinas a um departamento, admitindo-se a vinculação a coordenações interdepartamentais;(*)
- 3º) estímulo à substituição de disciplinas restritas, isoladas, independentes, por outras mais abrangentes, integradoras, resultantes da convergência de atividades de disciplinas diversas. Por exemplo: "Mecanismos Básicos de Saúde e Doença", como resultado do trabalho associativo da Patologia, Microbiologia, Parasitologia, Genética, Medicina Preventiva e Psicologia Médica. É imperativo o combate à fragmentação das disciplinas, porque: contraria a noção de multicausalidade das doenças; exerce forte

(*) Este ano, pela primeira vez, o Conselho de Ensino de Graduação da UFRJ admitiu o registro de disciplinas sem a caracterização da responsabilidade de um único departamento, elaborando "normas para organização de programas curriculares interdepartamentais".

pressão no sentido da especialização precoce; desintegra a percepção do indivíduo como um todo; impede a aprendizagem baseada em resolução de problemas;

4P) planejamento e execução das atividades didáticas de uma disciplina abrangente a cargo de coordenações interdepartamentais compostas por docentes das áreas comprometidas no desenvolvimento da mesma. Por exemplo: uma disciplina intitulada "Medicina Geral" deveria ficar a cargo de um grupo de professores dos Departamentos de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Medicina Preventiva, Patologia e Radiologia. "É o grupamento interdepartamental, e não o departamento horizontal, que será capaz de executar com eficiência o ensino (de graduação e pós-graduação) e a pesquisa e, desta maneira, produzir para a comunidade mais saúde e maior bem estar".⁷

5P) participação obrigatória de docentes do ciclo profissional nas coordenações interdepartamentais de disciplinas do curso básico. Em relação a esse ponto, deve-se adotar posição pragmática, claramente exposta por Jason: "a razão primária para a aprendizagem das ciências pré-clínicas é sua aplicação à solução de problemas na área clínica."⁸

Todos os mecanismos permanecerão, entretanto, estéreis se não houver um trabalho das instituições no sentido da preparação do corpo docente para o trabalho em equipe, a conjugação de esforços, a busca de uma linguagem comum e a extinção dos preconceitos existentes entre professores das áreas básica e profissio-I.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. JASON, Hilliard. The relevance of medical education to medical practice. **JAMA**, 212:2092 - 2095, 1970.
2. BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Departamento de Assuntos Universitários. Estudo sobre a formação e utilização dos recursos humanos na área da Saúde. Departamento de Documentação e Divulgação, Brasília, 1976.
3. MACHADO, Edson. A qualidade do ensino superior. *Forum Educacional*, 2(1): 6 - 19, Rio de Janeiro, 1978.
4. CHAGAS FILHO, Carlos. Departamento. Simpósio sobre Ensino das Ciências Biomédicas, Instituto de Biofísica da UFRJ, Rio de Janeiro, 1971.
5. MACHADO, Edson. op. cit., p. 10.
6. SWORA, Tamara; MORRISON, James L. Interdisciplinarity and Higher Education. *The Journal of General Education*, Pennsylvania, XXVI (1):45—51, 1974.
7. CARVALHO, Antônio Paes de. Pós-graduação Médica e Ciências Básicas; possíveis bases de um entrosamento real na área da Saúde. Simpósio sobre Ensino das Ciências Biomédicas, Instituto de Biofísica da UFRJ, Rio de Janeiro, 1971.
8. JASON, Hilliard. op. cit.

**FORMAÇÃO E TREINAMENTO
DO MÉDICO GERAL**

FORMAÇÃO E TREINAMENTO DO MÉDICO GERAL

"Nada mais oportuno do que a volta do clínico geral, desejada no mundo inteiro. Tantos males se acumularam sobre o homem de hoje, que este também se tornou um paciente geral".

Carlos Drummond de Andrade

O movimento no sentido da formação de médicos capazes de uma atuação, ao mesmo tempo, mais simples e mais ampla, é universal. Representa uma reação à tendência para a especialização excessiva, iniciada na década de 20 e acentuada após a Segunda Guerra Mundial. De 1931 para 1974, nos Estados Unidos, o número dos chamados "General practitioners" caiu de 83% para 18%, com aumento concomitante do número de especialistas¹. Mesmo nos países desenvolvidos, observa-se a preocupação em reverter essa tendência, na convicção do papel desempenhado pelo médico geral, como fator de melhoria da qualidade da assistência, com redução apreciável de seus custos. Explica-se, pois, que nos países em desenvolvimento, muitas vezes sem uma política de saúde bem definida e sem um sistema de saúde bem estruturado, venha-se fortalecendo, nos últimos anos, uma posição em favor da formação de médicos com características muito diferentes dos especialistas e subespecialistas. Não se trata de retorno ao velho tipo de "médico de família", carregado de virtudes, mas, não raro, pobre de ciência. Trata-se de um novo tipo de médico, que acrescenta, às qualidades humanas tradicionais daquele, a base sólida das ciências biológicas e das ciências do comportamento e o conhecimento dos problemas da comunidade.

Os modelos observados nos Estados Unidos e em outras nações desenvolvidas podem gerar lições e influências, não sendo, no entanto, aconselhável, ou possível, reproduzi-los na América Latina. Cada país terá que organizar seu programa, de acordo com

os recursos disponíveis e com as características demográficas, sociais e econômicas. Dentro de um mesmo país, haverá necessidade de modelos diferentes, em face da diversidade de condições regionais.

Situação atual no Brasil

No Brasil não existe, atualmente, um só programa organizado e sistemático de formação do médico geral. O problema, no entanto, vem despertando grande interesse, nos últimos cinco anos, cabendo mencionar os seminários realizados pela Associação Brasileira de Educação Médica em 1973 e 1978, respectivamente, em Petrópolis e Campinas, e as recomendações do Documento Nº 2 da Comissão de Ensino Médico, do Ministério da Educação e Cultura, em 1974. Na prática, observaram-se algumas modificações curriculares, ainda um tanto tímidas, e alterações na estrutura de serviços hospitalares, com a valorização de ambulatórios de atendimento geral e as tentativas de evitar a fragmentação de serviços gerais de Clínica e de Cirurgia, mantendo-lhes a unidade.

As condições brasileiras, nesse particular, estão a impor uma mudança de rumos. Entre 1966 e 1971, houve grande expansão do ensino médico, existindo, atualmente, 75 Faculdades de Medicina, que estão diplomando cerca de 8.600 profissionais por ano. Aproximamo-nos da proporção de 1 médico para 1.200 habitantes, mas a distorção é grande, porque a imensa maioria dos profissionais se concentra nas capitais e nos grandes centros urbanos, escasseando no interior.

como país em que as condições de saúde são ainda precárias, com uma rede de escolas médicas distribuídas por todo o território, com as populações atendidas por um sistema de assistência dependente direta, ou indiretamente do Estado, o Brasil tem que se enfileirar entre as nações que mais necessitam da modificação de seus padrões de médico. As escolas de Medicina não

estão alcançando esse objetivo, embora quase todas o reconheçam como essencial. É certo que no interior encontram-se médicos **que**, além de exercerem a clínica geral, são capazes de realizar algumas intervenções cirúrgicas e determinados atendimentos especializados. Dados estatísticos indicam a proporção de 32% de clínicos gerais, o que não corresponde ao médico geral ou de família. Muitos desses clínicos exercem, também, alguma especialidade.²

Por outro lado, vem-se observando, paralelamente, uma rápida expansão da instituição estatal de assistência e previdência social, **que** já se aproxima da cobertura de 90% da população, constituindo poderoso mecanismo regulador do tipo de profissional utilizado. Até há pouco tempo, ele favorecia a formação de especialistas. Ultimamente, anuncia-se decidida inclinação pelo aproveitamento de "médicos gerais".

Só quando se alcançarem a articulação e o equilíbrio entre os subsistemas de formação e de utilização de recursos humanos para a saúde é que se poderá atingir a meta da produção de médicos de acordo com as necessidades do país, quer do ponto de vista de número, quer do de sua qualidade.

Identificação do médico geral

Para definir como deve ser formado o médico geral, será preciso, antes, identificar seu papel na prestação de cuidados de saúde. Talvez fosse conveniente, também, chegar a um acordo sobre a questão de terminologia, uma vez que, nos diversos países, usam-se nomes diferentes para o mesmo tipo de profissional, **ou o** mesmo nome para tipos diversos. Nos Estados Unidos, a preferência é pela designação "Family Physician" tendo, mesmo, a antiga "American Academy of General Practice" passado a chamar-se "American Academy of Family Physicians". Segundo essa associ-

ação, "o médico de família é educado e treinado para desenvolver e utilizar em sua prática atitudes e habilidades que o tornem capaz de prover cuidados médicos e manter completo e contínuo atendimento de saúde à família, como um todo, independentemente de sexo, idade, ou tipo de problema, seja biológico, social, ou de conduta. Esse médico serve como um advogado para a família e para o paciente, em todas as matérias relacionadas com a saúde, inclusive a utilização adequada de consultores e de recursos da comunidade".³

Na verdade, nem sempre o atendimento tem base na unidade familiar, e esta, muitas vezes, não existe, em face da dispersão de seus membros. De outra parte, como observou Aloysio de Paula, sobre o exemplo brasileiro: "não existe uma família brasileira, mas várias, que se distinguem na escalada social e às quais a diferenciação econômica acaba impondo peculiaridades".⁴

A tentativa de caracterização do médico geral com base no perfil ocupacional tem levado a identificá-lo com o médico apto a prestar os chamados cuidados primários. São coerentes e bem conhecidas as definições desses cuidados. Todas tendem a salientar as condições de acessibilidade, primeiro contato, responsabilidade contínua pelo paciente, abrangência, promoção e manutenção da saúde, orientação e coordenação das providências relativas a ela.

A importância desse conceito é tanto maior, porque ele se pode aplicar a todas as nações, qualquer que seja seu estágio de desenvolvimento, guardadas as diferenças de estrutura e processos, sob a influência de fatores nacionais e locais.⁵

É essencial não desvalorizar os cuidados primários. Eles abrangem as condições mais comuns, o que não quer dizer que sejam, também, as mais simples. Muitas vezes são complexos os problemas de diagnóstico e de orientação que suscitam, envolvendo a necessidade de profundos conhecimentos e ampla experiência do médico.

Os cuidados primários não são da competência exclusiva



do médico geral. Podem ser compartilhados por clínicos gerais ou internistas, cuja faixa de atribuições, em parte, se superpõe à dos médicos gerais. As definições nem sempre são esclarecedoras. Para Laguna Garcia, médico geral é "el profesional de la salud que, sin recurrir al auxilio de recursos especializados, puede atender a los aspectos preventivos, diagnósticos, curativos y rehabilitatorios de problemas biológicos, psicológicos y sociales que afectan a los individuos, familias y comunidades".⁶ Já o internista, conforme Spaulding, tem como funções essenciais as da avaliação clínica inicial, orientação continuada, manutenção da saúde e as de consultor, para qualquer paciente adulto.⁷

Concluimos que o médico geral tem as funções comuns aos internistas, acrescidas de conhecimentos e habilidades em outras áreas, como a pediatria, a tocoginecologia, a pequena cirurgia, a medicina comunitária. Por tais razões, é ele o mais habilitado a prestar e a ensinar os cuidados primários.

Formação em Graduação e em Pós-graduação

Discute-se se o médico geral deverá ser formado já no curso de graduação, ou em programas para graduados. Não se pode equiparar o que se passa por exemplo, nos Estados Unidos com o que se observa na maioria dos países latino-americanos. Nos Estados Unidos, em 1978, eram oferecidos 342 programas de residência para médico de família. Este é considerado um especialista.

Nos países em desenvolvimento, com graves e peculiares problemas de saúde, não será conveniente prolongar o período de formação, parecendo evidente que o curso de graduação deve preparar médicos capazes de atuar, de imediato, na prestação de cuidados de primeira linha. Foi esta uma das conclusões a que chegou a maioria dos participantes do seminário realizado em Campinas.

Deve-se reconhecer, aliás, que cada etapa do processo educacional, embora este seja contínuo, tem um fim em si mesma, podendo o aluno deter-se em qualquer delas, conforme as circunstâncias e as suas aspirações. Assim, nas nações latino-americanas, o médico geral não deve ser um especialista; será, antes, o próprio médico.

Isso não significa que não se devam oferecer programas de especialização em Medicina Geral. Através desses programas, seriam desenvolvidas as aptidões nesse campo, nele formar-se-iam especialistas, capazes, inclusive, de ajudarem na preparação do novo tipo de médico que se recomenda. Por outro lado, ganhariam esses profissionais o "status" e o maior prestígio de que, geralmente, desfruta o especialista. Já há quarenta anos, ante o crescimento acelerado da especialização, dizia Clementino Fraga que, em breve, seria preciso diplomar o "especialista em Medicina Geral".

Qual deve ser a preparação do médico geral durante o curso de graduação? Devem existir, entre os países latino-americanos, e dentro de um mesmo país, várias possibilidades. Não se pode imaginar que se produza o mesmo tipo de médico numa faculdade de grande centro urbano e noutra do interior. Devem-se oferecer opções, uma vez estabelecidas qualificações mínimas a serem adquiridas. No Brasil, a maioria das escolas médicas não tem condições atuais para dar aos alunos oportunidade para desenvolver habilidades cirúrgicas durante o curso de graduação. Isso tornou-se difícil, em face do grande número de alunos nos cursos de graduação e do número elevado de pós-graduados em treinamento cirúrgico.

A preparação mínima necessária para formar o médico geral na graduação deverá torná-lo apto a prestar cuidados de primeira linha, em clínica de adultos e de crianças, reconhecendo e tratando as doenças mais comuns; a aconselhar em matéria de ações preventivas e de promoção de saúde; a dar apoio ao doente, em seus problemas psicológicos e sociais; a orientar o paciente

para o especialista, continuando a agir como coordenador dos planos de diagnóstico e tratamento.

Nos programas de pós-graduação seriam reforçados todos os aspectos já mencionados, especialmente o treinamento cirúrgico, para capacitar o profissional a realizar intervenções de pequeno vulto e de emergência. O especialista em Medicina Geral poderá ser formado em programas de residência de 2 a 3 anos de duração, durante os quais aprofundará não somente seus conhecimentos científicos, mas, sobretudo, sua capacidade de lidar com os problemas do doente, e suas repercussões sobre a família, como também com as influências desta sobre o paciente e sua doença. Não é demais insistir na conveniência da flexibilidade dos programas, em função das condições do meio e dos objetivos a serem atingidos.

Segundo Lewy, três aspectos essenciais distinguem o programa da prática familiar dos programas das demais especialidades: uma unidade modelo de prática, que serve de base maior para o aprendizado do residente, com ênfase em pacientes de ambulatório, doenças de alta incidência, doenças crônicas, manutenção e reabilitação da saúde; medicina comunitária, com base em epidemiologia, bioestatística e saúde ambiente, para dar ao residente a compreensão dos problemas de saúde da população; ciências sociais e do comportamento, incluindo sociologia, antropologia e psicologia, a fim de integrar os elementos culturais, sociais e psicológicos que se relacionam com a saúde e a doença.⁸

A educação do médico geral, como a de qualquer médico, prolonga-se por toda a sua vida ativa, como fator essencial para manter a competência. O programa de Mc Master University salienta a importância da auto-aprendizagem, cujo hábito deve ser adquirido desde a pré-graduação e reforçado durante o período de residência.⁹

Os programas de medicina de família criaram uma inovação na educação continuada nos Estados Unidos. O Board of Family Practice exige 300 horas de ensino e um exame a cada seis

anos para renovação do certificado.

Reformulações curriculares

No seminário de Campinas, conclui-se que "a aquisição de conhecimentos, o aprendizado de técnicas e o desenvolvimento de atitudes necessárias para a formação do profissional em foco só poderão ser obtidos, no tempo atualmente disponível para o curso de graduação, se houver um melhor aproveitamento deste e uma reestruturação dos currículos, desde suas primeiras fases, no sentido do objetivo em vista".

A propósito, convém lembrar que o curso de graduação na maioria das escolas médicas latino-americanas é de seis anos, dos quais os dois primeiros consagrados às ciências básicas e o último ao internato.

Para alcançar o objetivo da formação do médico geral será recomendável observar as seguintes diretrizes:

1 — imprimir ao ensino o caráter de **relevância para** o exercício profissional, considerada a relevância em termos de frequência, gravidade, prevenção e emergência das condições patológicas;

2 — compactar o ensino, valorizando a noção de **interdisciplinaridade**, que é a única maneira de racionalizá-lo e de atender ao crescimento exponencial dos conhecimentos científicos a serem transmitidos. A interdisciplinaridade dá coerência ao ensino, corrigindo os inconvenientes da multiplicação de disciplinas, em cursos isolados, que não permitam ao estudante alcançar o sentido integral da Medicina. Ela não prejudica o conhecimento especializado, porque, como disse Piaget, "todo aprofundamento especializado leva ao encontro de múltiplas interconexões"¹ °;

3 — centrar o ensino na **estrutura da matéria**, que é núcleo

de generalização e que dá explicação para os fatos. Disse certa vez, o grande patologista Paul Klemperer: "os fatos se aprendem; é preciso ensinar a interpretá-los, a conhecer porque eles ocorrem". Daí a importância da compreensão dos fatores de agressão e mecanismos de defesa, das correlações orgânicas, das bases fisiopatológicas;

4 — O enfoque global do curso e de cada matéria deverá ter em vista, sempre, a preocupação com a pessoa, a personalidade biopsíquica, apreciando o indivíduo na doença, e o doente em seu meio familiar e social;

5 — considerando que a prestação de assistência ao doente é resultado do trabalho multiprofissional, o currículo deve objetivar a integração do estudante de Medicina com os das demais profissões de saúde. Foi nesse sentido a recomendação da Organização Mundial de Saúde, em relatório sobre a Formação do Médico de Família, de 1963: "em todos os estágios de formação do médico de família, é necessário desenvolver cada vez mais nos interessados as aptidões que lhes permitam tirar o maior partido do pessoal auxiliar e paramédico".¹¹

Além dessas diretrizes, algumas recomendações podem ser formuladas:

— o ensino das clínicas gerais deve ser integrado e não fragmentado em especialidades. Investigação recente, realizada por Beviláqua, mostrou que dentre 54 escolas brasileiras, em 34(63%) o ensino da Clínica Médica ainda é disperso pelas várias especialidades;^{1 2}

— o ensino das especialidades cirúrgicas, tais como otorrinolaringologia, oftalmologia, traumatologia deverá ser limitado ao reconhecimento e à orientação terapêutica das situações de emergência e ao conhecimento das correlações entre essas especialidades e a medicina interna;

— o período de internato deverá ser ampliado para um ano e meio a dois anos e tornado, obrigatoriamente, rotatório nas duas

grandes áreas — clínica e cirúrgica. Os programas deverão incluir, sempre, atendimento materno-infantil e ginecologia. O desenvolvimento da parte cirúrgica ficará na dependência das disponibilidades das escolas e inclinações dos alunos.

Problemas acadêmicos

Estão intimamente relacionados com a formação do médico geral alguns problemas de natureza acadêmica, como a preparação de professores, a criação de departamentos próprios e a pesquisa.

A carreira acadêmica tem sido dominada pelos estímulos à especialização. Critérios de seleção, oportunidades de trabalho e de pesquisa a têm favorecido, do que resulta um quadro docente com predominância de especialistas. Em tais circunstâncias, esses, muitas vezes, não se acham motivados, nem capacitados para a preparação de médicos gerais e hesitam em participar desse processo, quer nas atividades didáticas, quer nas assistenciais. Há sempre notórias dificuldades de compor as escalas dos ambulatórios gerais e de pronto atendimento, onde devem estagiar os estudantes. Daí reconhecer-se a necessidade de produzir professores com a nova mentalidade, ou de um trabalho de reciclagem dos atuais professores, em que lhes fossem transmitidas as novas tendências da educação médica e os conhecimentos sobre a organização dos serviços de saúde.

Paralelamente, há que criar incentivos, que possam constituir atração para esses professores e para os profissionais que devem ajudar a formar. Entre esses incentivos, contam-se: perspectivas de progressão na carreira, semelhantes às que beneficiam os especialistas; possibilidades de aperfeiçoamento, através de programas de pós-graduação, especializada e acadêmica, e de educação continuada; valorização da imagem desse tipo de médico; criação

de maiores oportunidades de emprego; fundação de associações profissionais que congreguem os médicos gerais.

Já se indagou se a Medicina Geral deve constituir disciplina autônoma, com campo próprio de conhecimentos. Isso não parece razoável. O essencial é que o objetivo terminal do curso seja a preparação geral do médico e que o ensino seja interdisciplinar, harmonizando os programas das várias disciplinas e convergindo para esse objetivo.

A criação de um Departamento de Medicina Geral ou de Família poderia representar um estímulo para a formação desse tipo de profissional. De 119 escolas médicas norte-americanas, 93 têm Departamentos ou Divisões de "Medicina da Família", e mais 7 têm algum programa no mesmo sentido.¹ Reconhece Pellegrino que esse Departamento é o mais adequado para ensinar a prestação de cuidados primários, mas adverte para o risco de duas tendências: a de se comprometer com modelos mais sofisticados de medicina de família integral e a de se envolver, predominantemente, com pacientes internados nos hospitais de ensino.¹³

Na situação atual da maioria das escolas médicas brasileiras não vemos vantagens na criação imediata de um Departamento independente. Não existem recursos humanos e condições estruturais para isso, o que, no entanto, poderá tornar-se recomendável no futuro, quando estiverem implantados os programas de pós-graduação em Medicina Geral.

Por outro lado, torna-se necessário estimular e apoiar planos de pesquisa clínica, epidemiológica e operacional em relação à prestação de cuidados primários. Como reconheceu Mario Chaves, essas pesquisas são necessárias para o desenvolvimento da Medicina Geral, não só como incentivo aos que a ela se dedicarem, mas pelo seu valor prático para a implantação do Sistema Nacional de Saúde¹⁴.

Treinamento do médico geral

O Documento Nº 2 da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura acentuava que a formação do médico deveria ser feita "não apenas nos hospitais universitários, ou nos de ensino, senão, também, em outras unidades do sistema de saúde, como os hospitais comunitários, os serviços de emergência, os hospitais especializados, as unidades sanitárias".

O Plano A 36 da Faculdade de Medicina da Universidade Nacional Autônoma do México assinala que "para desarrollar las capacidades propias de un médico general es preciso que el estudiante tenga oportunidad de practicar en forma repetida las conductas que implican esas capacidades. La practica de estas conductas depende del sitio en donde se desarrolla el aprendizaje".¹⁵

Apesar do acordo em relação a esses conceitos, atualmente, na maioria das escolas médicas, o ensino é feito em enfermarias de serviços hospitalares, onde há grande predominância de patologia secundária e terciária. Os alunos quase não têm oportunidade de acompanhar a prestação de cuidados primários, nem de contato com a população sadia, nos centros de saúde encarregados de programas de prevenção de doenças e de diagnóstico precoce. Isso ocorre somente em algumas escolas e em alguns programas de medicina comunitária.

Essa situação decorre de dois fatores:

1º — a massificação do ensino, dificultando sua programação, em face do grande número de alunos por turma;

2º — a falta de articulação formal e efetiva entre os aparelhos formador e utilizador de recursos humanos para a saúde.

A correção desses fatores vem sendo tentada no Brasil. Foi sustada, por algum tempo, a criação de novas escolas médicas e foi reduzido o número de matrículas em muitas das já existentes.

Ainda assim, os problemas da produção adequada dos médicos, de sua distribuição pelo país, do mercado de trabalho e do desem-

prego continuarão graves nos próximos anos.

Para o segundo fator, a melhor solução, como concluiu o seminário de Campinas, será a implantação de programas de integração docente-assistencial, com hierarquização dos serviços de saúde, sobre uma ampla base de cuidados primários. Assim, o treinamento será feito não apenas nos hospitais de ensino, mas, sobretudo, nos hospitais comunitários, ambulatorios e centros de saúde.

Qual o papel do hospital de ensino na formação do médico geral?

Tradicionalmente, o hospital de ensino deve ter características de hospital geral altamente diferenciado, organizado de acordo com modernas técnicas de administração hospitalar, com recursos humanos e materiais de boa qualidade, para exercer funções de assistência, ensino e pesquisa.

No entanto, a verdade é que "onde e enquanto a regionalização docente-assistencial não estiver implantada será necessário que o hospital universitário tenha estrutura mista, flexível, numa espécie de modelo concentrado de atendimento, dando cobertura de saúde nos níveis primário, secundário, e terciário, para que se possa ensinar em ambiente mais próximo da realidade de trabalho".¹⁶

É preciso que os hospitais de ensino incluam, em sua estrutura funcional, ambulatorios de atendimento geral, em que o aluno tenha a oportunidade de acompanhar a prática de primeiros cuidados; que os serviços clínicos de internação de pacientes, embora contando com elementos humanos e recursos materiais diferenciados para as diversas especialidades, não se fragmentem, mas guardem a unidade da clínica geral e da cirurgia geral; e que o hospital inclua entre seus objetivos, programas de ação comunitária, mediante atividades extramuros, levando o estudante, ou o residente a contatos mais aproximados com as famílias.

Para concluir, devemos reconhecer que, apesar de todos os esforços realizados nos países latino-americanos pela formação de

um tipo de médico adequado às suas necessidades de saúde, ainda continuam evidentes as contradições apontadas em documento da Organização Panamericana de Saúde "entre el producto que se desea obtener — un médico general — y el carácter de especialistas de la mayoría del professorado; entre esse deseo de formar médicos generales y la tendencia a especializacion que predomina en la práctica médica y, que, habitualmente, es estimulada por los sistemas de atención médica; entre la intención de promover el trabajo em equipo y la actitud individualista que predomina entre el professorado y a nivel del ejercicio profesional".¹⁷

É possível que essas contradições decorram da observação feita por Sidel, na Conferência recente sobre "Primary Health Care in Industrialized Nations": "the forces which control health care and medical care in most of the industrialized countries, and in most of the developing countries as well, derive power, prestige and profit-and in somme instances all three-from its current structure and will not in general permit the system to be changed, without a struggle".¹⁸

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LEWY, R.M. The Emergence of the Family Practitioner: an Historical Analysis of a New Specialty. 52:873-881. 1977.
2. SACRAMENTO E. O universo profissional dos médicos. Vida Médica. Junho/Julho, 1978.
3. TRAVELING SEMINAR HELD APRIL 9-28, 1978 FOR THE PURPOSE OF VISITING PROGRAMS OF TRAINING FAMILY PHYSICIANS IN THE UNITED STATES OF AMERICA. Preliminary report. 1978.
4. PAULA, A. O médico de família. Seminário "A formação do Médico de Família", pg. 27. Petrópolis, Maio, 1973.
5. FRY, J. Content and Process Problems. A British viewpoint in "Primary Health Care in Industrialized Nations". Ann. New York Acad. Sci. 310:150-157, 1978.
6. LAGUNA GARCIA, J. Estrategia para la formación del Médico General Familiar y Comunitário. Simpósio Internacional de Medicina General, Familiar y Comunitária, págs. 39-42. México, 1976.
7. SPAULDING, W.B. Defining the Roles of Internists. Forum of Medicine 1:31-35, 1978.
8. LEWY, R.M. op. cit.
9. DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE. MCMASTER UNIVERSITY Family Medicine at Mc Master, 1978.
10. PIAGET, J. Para onde vai a Educação? Rio de Janeiro, Livraria José Olímpio Editora, 1973.
11. OMS — Série de Rapports Techniques, N° 257. La formation du Médecin de famille. Genève, 1963.
12. BEVILACQUA, F. Tendências curriculares na área profissional e a formação do médico de família, Rev. Bras. Ed. Med. 2:17-20, 1978.
13. PELLEGRINO, E.D. Medical Education for Primary Care, in "Primary Health Care in Industrialized Nations". Ann. New York Acad. Sci. 310:227-233, 1978.

14. CHAVES, M. Formação do médico generalista. Novos rumos. Rev. Bras. Ed. Med. Suplemento N° 1. pg. 113-124, 1978.
15. FACULTAD DE MEDICINA, UNAM. PLAN A. 36, 1974.
16. FRAGA F^o , C. e ROSA, A.R., Hospital Universitário: Conceito e perspectivas. Medicina de Hoje. 3:61-63, 1977.
17. OPS/OMS. Primera reunión sobre Principios básicos para el desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe. Informe final. 1977.
18. SIDEL, V.W. Human qualities to meet human needs and technical skills to meet technical needs: how can we bridge the gap in Primary Care? In "Primary Health Care in Industrialized Nations". Ann. New York Acad.Sci. 310:193-197, 1978.

REFORMAS CURRICULARES

REFORMAS CURRICULARES

"Students cannot be expected to learn better medical care than is being provided and they cannot be expected to develop attitudes toward medical problems and toward patient care that are very different from those they see displayed".

Bryant

Nos últimos vinte e cinco anos, a preocupação com a educação médica tem-se refletido em numerosas reformas curriculares, expressas em estudos, publicações, congressos e toda espécie de reuniões, resultando em vasto material bibliográfico.

Entre as principais recomendações, ao longo desse tempo, podem ser citadas as seguintes: criação, supressão, ou transformação de disciplinas; reorganização curricular, com alterações na seqüência, no conteúdo e na carga horária das disciplinas; ênfase no ensino da Medicina Social e Preventiva; preparo didático-pedagógico dos docentes; definição de objetivos educacionais; aperfeiçoamento das técnicas de ensino e de avaliação; integração das ciências dos ciclos básico e profissional, com antecipação da experiência clínica do estudante; utilização dos ambulatórios no ensino, e criação do internato.

No Brasil, paralelamente a tais recomendações, modificou-se a organização estrutural da universidade. A legislação de 1967/68 definiu o departamento como sua menor fração, e decretou a extinção da cátedra. Da reforma universitária resultaram o Centro, reunindo as várias unidades da área da saúde, e os Colegiados de Carreira, para as tarefas de coordenação didática. com a criação da Associação Brasileira de Educação Médica, em 1962, houve forte estímulo aos trabalhos de revisão dos currículos.

Esses fatos, que tiveram evidentes reflexos no processo ensino-aprendizagem, não provocaram melhorias nem na prática da medicina, nem nas condições de saúde da população, sem esquecer, é claro, que outros fatores as influenciam. como disse Villareal, "tais mudanças deixaram intacto o modelo estruturador do ensino, que determina, em medida maior, o condicionamento do aluno e do docente para uma prática individual e um enfoque curativo dos problemas de saúde (. . .) Persistem as habituais dicotomias: teoria-prática, indivíduo-sociedade, psíquico-orgânico".¹

Permanecem as contradições entre o currículo recomendado e a organização administrativa universitária; entre o produto que se pretende formar — o médico geral — e o predomínio da especialização². Essas observações, feitas por um grupo de educadores médicos, reunidos pela Organização Panamericana de Saúde, em 1976, também, entre nós, têm sido reiteradamente proclamadas, bastando citar o relatório final da reunião de Campinas: "as faculdades de medicina, ainda que formalmente se declarem dispostas à formação de um médico geral, em verdade favorecem a especialização, pela fragmentação do ensino e desenvolvimento desigual das diferentes áreas, pelo predomínio de professores com formação e atividade especializada e pela forma de atendimento hospitalar."³

O profissional que se deseja preparar deve ter conhecimento dos problemas de saúde das populações; ser consciente da realidade sócio-econômica e capaz de atuar na extensão da cobertura de atendimento, pela aptidão de prestar cuidados de primeira linha. Formam-se, no entanto, médicos de visão limitada, voltados para uma prática individualista, mais preocupados com a doença do que com a saúde, cujos problemas são encarados sob o ângulo da causalidade puramente biológica, sem percepção do componente social.

A razão da ineficiência das reformas curriculares ensaiadas

é que elas se originam e acabam dentro da própria instituição educacional, sem ter em conta que o curso de graduação deve objetivar a prática da medicina e as necessidades de saúde. Nenhuma reforma será eficaz se não considerar a estreita articulação entre o sistema formador e o utilizador dos profissionais, tal como foi amplamente recomendado pela Comissão de Ensino Médico do MEC, no documento Nº 2, de 1974.

Currículo e fatores que interferem na formação médica

Podem-se reunir os fatores que interferem na formação médica, esquematicamente, em dois grupos: os ligados à instituição formadora e os relacionados à organização e prestação de serviços de saúde. Qualquer tentativa de reforma de currículo terá que levá-los em conta, avaliando sua interação em face de situações concretas de cada escola e de seu meio social.

Os trabalhos de reformulação curricular exigem, portanto, olhar em duas direções: para fora da escola, visando à assistência médica e à prática profissional; para dentro, num processo de revisão institucional das particularidades e contradições da própria escola.

Fatores externos à escola médica

As escolas médicas têm sido criticadas por não formarem profissionais adequados às exigências de saúde individuais e coletivas, locais, ou regionais. Na verdade, menor é sua parcela de culpa, quando se comprova que "a formação do profissional da medicina está na dependência, em grande medida, das pressões originárias do mercado de trabalho médico".⁴ Até agora, a preferência tem sido conferida aos especialistas, não tendo havido, ainda, oportunidade para se confirmarem as proclamadas tendências de aproveitamento dos médicos de formação geral.

A prática profissional é, hoje, quase totalmente estatizada pela Previdência Social, que compra os serviços, através de hospitais próprios, ou de convênios com empresas públicas, ou privadas. Essa prática é influenciada e deformada por quatro fatores, bem analisados por Landmann: a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos, a empresa médica e a própria classe médica.⁵

Essa situação tem-se refletido nas escolas médicas, não só no ensino de graduação, senão também no de pós-graduação, no qual se observa grande predomínio do oferecimento de programas de especialização.

Duas observações reforçam o sentido desses comentários: a primeira é de que não existe no País uma única sociedade de Medicina Interna, em contraste com as numerosas consagradas às especialidades; a outra é relativa à estrutura dos hospitais de ensino, muitos deles ainda divididos em serviços especializados.

No documento Nº 2 da Comissão de Ensino Médico do MEC, assinalaram-se as maneiras como devem ser regulados os entendimentos entre as escolas médicas e os órgãos de saúde, e o imperativo da passagem do estudante pelos vários tipos de unidade de saúde, para que se familiarize com as práticas do atendimento médico, em seus diversos níveis.

Resta considerar a influência que as faculdades de Medicina devem exercer sobre "o processo de avaliação e planejamento das atividades regionais de saúde", conforme dispõe a Lei Nº 6229, de 1975. Nesse sentido, a proposta de integração docente-assistencial oferece as melhores perspectivas para obter a máxima influência dos recursos alocados ao setor saúde.⁶

Fatores ligados à escola médica

Da estrutura departamental resulta a organização curricular por disciplinas, que fragmenta, academicamente, o conheci-

mento, dificultando a visão de suas interrelações, a percepção do paciente como um todo, a formação geral do médico e o trabalho em equipe. Além disso, na atividade didática cotidiana, consome carga horária de docentes e alunos, improdutivamente, pela repetição desnecessária de assuntos; restringe os locais de treinamento, que ficam a serviço de uma única disciplina; distorce a avaliação do rendimento escolar, contida nos limites artificiais das disciplinas; torna complexas e de custo mais elevado as rotinas administrativas. Em currículos de escolas brasileiras, contam-se por mais de três dezenas o número de disciplinas, somente no ciclo profissional.

como as disciplinas costumam dar a medida da importância do departamento, frustram-se as tentativas de sua substituição por projetos multi ou interdisciplinares, prolongando-se defeitos tradicionais atribuídos ao regime de cátedras. As propostas de supressão de disciplinas, por força de sua incorporação num planejamento integrado, constituem, em geral, ameaça ao poder do departamento e dos docentes que pretendem ascensão na carreira mediante concurso na área relativa à disciplina. A estrutura departamental e o objetivo de formar médicos, ou clínicos gerais devem-se harmonizar.

Abrahamson, estudando currículos norte-americanos, diagnosticou várias "doenças", algumas das quais têm como etiologia a estrutura departamental: a esclerose ou rigidez da organização; o carcinoma ou crescimento desordenado de certos setores; a hipertrofia ou desenvolvimento exagerado de determinadas disciplinas.⁷

O currículo, como projeto para formação de recursos humanos, deve sobrepor-se aos departamentos, aos quais compete fornecer os meios necessários ao desenvolvimento das diversas etapas desse projeto. Precisa refletir equilíbrio e harmonia entre suas partes, em consonância com as necessidades da prestação de assistência médica, não devendo retratar mera influência pessoal, ou de determinada área.

A tendência à criação de "comissões de ensino" ou "comissões de currículo", destinadas ao planejamento global, representa tentativa de impedir que a organização institucional, necessariamente rígida e permanente, configure a organização curricular, necessariamente flexível e reajustável⁸. Essas comissões, entretanto, ainda que representativas dos departamentos, não têm poder de decisão suficiente para redefinir a prática educacional.

Outro aspecto a considerar é a metodologia de ensino utilizada. O ensino prossegue informativo, com predominância de atividades em salas de aula, distante do entrosamento das atividades didáticas com as de prestação de assistência médica. Os alunos, em geral expectadores, ou colaboradores eventuais do trabalho assistencial, precisam ser responsabilizados por tarefas específicas nesse trabalho, conforme o estágio de sua formação. "Aprender fazendo" deve ser o espírito diretor do processo ensino-aprendizagem, e os estudantes devem ser preparados para compreender seu papel, mais oneroso, de agente ativo do processo, para não se mostrarem reacionários às inovações metodológicas exigidas por esse novo papel.

A integração das atividades assistenciais e educacionais, que permite a experiência direta do aluno, esbarra no número excessivo de estudantes. São imperativas a crítica judiciosa ao número de matrículas oferecidas e a expansão do campo de treinamento para fora do hospital. A utilização de várias unidades assistenciais no ensino é mecanismo não só para enfrentar esse contingente de alunos, mas, também, para formá-lo no contato com a prática profissional para a qual se preparam.

As mudanças no comportamento do estudante serão secundárias a modificações no comportamento do professor. Este, de informante, no ensino, deve passar a orientador, na aprendizagem. Nesse sentido, as atividades de assistência e ensino devem ser complementares e interdependentes. A teoria deve estar na própria prática, exercida, sempre que possível, pelo aluno, sob super-

visão, e complementada por sessões clínicas, discussão em grupo, aula expositiva, ou outro procedimento didático.

uma contradição nítida na escola médica, em relação ao produto que deseja obter, é a especialização excessiva do corpo docente. É claro que esta busca reflete a conformação do professor, amesquinhado por seu salário, ao mercado de trabalho. Mas, ela reflete, também, a subordinação aos critérios de progressão na carreira acadêmica. Estes legitimam o trabalho especializado e, **se** não forem revistos, induzirão ao mesmo caminho os jovens postulantes ao magistério.

É necessário ressaltar a falta de compromisso e a desinformação acerca da educação médica observadas em parte significativa do quadro docente. A escola de medicina deve manter programas de aperfeiçoamento dos professores, incluindo neles a avaliação crítica do processo ensino-aprendizagem, com vistas a assegurar o compromisso com a tarefa educacional e a atitude aberta para a mudança. Em publicação recente da Organização Mundial de Saúde, assinala-se que "la verdad es que la mayor parte de los profesores de medicina han sido formados para pensar y actuar, más que como educadores, como conocedores de una materia, a los que se les ha encomendado la responsabilidad de enseñar."⁹

Diretrizes para reformulações curriculares

Considerando os fatores determinantes da formação médica, podem-se definir diretrizes para o planejamento curricular.

CO
mo ponto de partida é obrigatório aceitar que o fundamental para esse planejamento é a natureza da função que o graduado deverá desempenhar. Tanto vale dizer que é indispensável considerar as necessidades de saúde e as características da prática médica. Daí decorrem as recomendações seguintes:

1. o planejamento educacional deve orientar-se no sentido do entrosamento das ações de ensino e de assistência. As ativida-

des de prestação de serviços e as atividades didáticas devem ser interdependentes. Isso implica:

- 1.1. expansão do campo de treinamento para fora do hospital de ensino, para expor os estudantes ao atendimento nos diversos níveis do sistema de saúde;
- 1.2. redefinição do papel do aluno, que passa de observador a agente ativo do processo de prestação de assistência, com responsabilidade por tarefas específicas nesse processo;
- 1.3. redefinição do papel do professor, que passa de informante a orientador da aprendizagem, exercendo a supervisão das atividades dos alunos, utilizando como metodologia de ensino sua própria metodologia de trabalho;
- 1.4. redefinição dos procedimentos didáticos, que se tornam, sobretudo, experiências de aprendizagem nas situações mais comuns da prática médica.

2. a organização curricular deve orientar-se no sentido da interdisciplinaridade para corrigir os inconvenientes da multiplicidade de cursos isolados, que não permitem ao estudante alcançar o sentido integral da Medicina, e para atender ao crescimento exponencial do conhecimento científico a ser transmitido;¹⁰

3. o internato, período fundamental de ajustamento do estudante à prática profissional, deve ter duração mínima de três semestres, sob forma de treinamento em serviço, com estrita supervisão e rigorosa avaliação, nas áreas gerais da formação médica;

4. o planejamento e a avaliação do currículo devem estar a cargo de um grupo de professores das áreas básica e profissional, em número restrito, selecionados por critérios de competência, motivação e disponibilidade de tempo, com vistas à unidade, a seqüência e à integração das experiências de aprendizagem ao longo do curso;

■

5. o corpo docente, fator decisivo para o bom êxito das reformas curriculares, deve ser preparado, objetivando competência, motivação, formação pedagógica e compromisso com a tarefa educacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VILLAR REAL, R. et al. Bases para el diseño curricular de la carrera de medicina. *Educación Médica y Salud*, 11(2):109-118, 1977.
2. OPS/OMS. *Princípios básicos para el desarrollo de la educación medica en la America Latina y el Caribe*, 1976.
3. ABEM. *Relatório Final do Seminário "A formação do médico geral"*, Rev. Bras. Ed. Méd. Suplemento 1, 1978.
4. GENTILE DE MELO, C. A formação do médico generalista e a Medicina Previdenciária, Rev. Bras. Ed. Méd. Suplemento 1, 1978.
5. LANDMANN, J. Tendências da assistência médica. Rev. Bras. **Ed. Méd.** 3(1), 51-60, 1979.
6. CHAVES, M. Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência médica. *Seminário sobre hospitais de ensino*. PNTE, agosto, 1975.
7. ABRAHAMSON, S. Diseases of the Curriculum. *Journal of Medical Education*, 53-951-957, 1978.
8. FRAGA Fº , C; ROSA, A.R. Estrutura departamental no ciclo profissional do curso médico. *Revista Brasileira de Medicina*, 559-563, 1971.
9. MC GAHIE, W.C.etalii. Introducción a la preparación de planos de estudios de medicina baseados en la competencia. *Cuadernos de Salud Publica* N° 68, 1978.
10. FRAGA Fº , C; ROSA, A.R. Formação e treinamento do médico geral. *Educación Médica y Salud*, 13(2): 149-163, 1979.

REVALORIZAÇÃO DA MEDICINA INTERNA

REVALORIZAÇÃO DA MEDICINA INTERNA

*"O que foi, isso é o que
há de ser, e o que se fez,
isso se tomará a fazer."*

Eclesiastes, 1: 9

Nos dias que correm, é preciso reafirmar a identidade da Medicina Interna, procurando redefinir sua conceituação e seus limites, à luz das aquisições que construíram a ciência médica contemporânea e, paralelamente, levaram aos extremos da especialização.

com o enorme progresso das ciências biológicas e suas aplicações à clínica, e com o desenvolvimento da tecnologia, observados nos últimos cinquenta anos, a especialização alcançou extraordinário impulso. Não faltaram, em tempo, as advertências de vozes autorizadas contra os seus excessos, e contra os riscos da formação de especialistas sem o lastro do preparo geral. O aluvião de conhecimentos e de técnicas ameaçou a unidade da Medicina Interna, impondo novos padrões à prática e ao ensino médicos. No ensino, sacrificou-se a visão global, com a fragmentação da matéria, tornada excessiva. Na prática, chegou-se ao abuso dos métodos sofisticados, e a preocupação em esmiuçar a doença levou, muitas vezes, a esquecer o doente.

Não se trata de questionar a importância da especialização, responsável por grandes êxitos da Medicina atual. Afinal, já Osler - o maior dos internistas — quando eram poucas e incipientes as especialidades, em 1892, afirmava: "the rapid increase in knowledge has made concentration of work a necessity; specialism is here, and here to stay."¹ Trata-se, apenas, de não perder a noção do indivíduo como um todo; de não ignorar a pessoa na doença; de não subestimar os meios mais simples e idôneos de investigação clínica, para cair no exagero da solicitação das técni-

cas especializadas; enfim, de coibir a tendência para a pan-especialização em Medicina.

Quanto mais se multiplicam e subdividem os métodos e as técnicas especializadas, mais necessário se torna o juízo crítico de suas indicações. Esse o papel integrativo da Medicina Interna que, segundo Stahl, "é a disciplina mais adequada para o estabelecimento de um balanço entre a análise científica e a síntese apropriada"². A tendência para sua revalorização, observada hoje, universalmente, é o resultado da verificação impressionante de que, a despeito das extraordinárias conquistas da Medicina e dos imensos investimentos feitos, a saúde, no mundo, está em crise. Não só nos países em desenvolvimento, como naqueles desenvolvidos, há uma insatisfação geral, com os serviços de saúde. À "patologia da pobreza", com origens nas precárias condições de alimentação e de habitação e na falta de saneamento básico, se opõe uma crescente "patologia da abundância", marcada pelas doenças degenerativas, pelas conseqüências do "stress" da vida urbana, pelo uso de drogas, pelos acidentes.

Por tais razões, buscam-se, por tôda parte, novos modelos de atendimento, e procura-se reformular os objetivos da preparação dos profissionais da saúde. como disse Mailer, "a sociedade, que, afinal, sustenta o custo das atividades de saúde, espera que preparemos médicos capazes de satisfazer as aspirações sociais, em resposta às necessidades de saúde da comunidade a que deverão prestar serviços."³

Nos Estados Unidos da América do Norte, afirmou John Knowles, "há uma profunda preocupação nacional com o fato de que, a despeito do aumento maciço dos gastos, na última década, a saúde da nação melhorou menos do que era prometido, ou esperado".⁴ É claro que, nos países em desenvolvimento, o problema é mais grave, e menos de natureza médica do que de estrutura sócio-econômica. Mas, há consenso quanto à necessidade de formar maior número de médicos com características diferentes

dos especialistas, quaisquer que sejam suas denominações: "general practitioner", "generalista", médico geral, médico de família, internista, clínico geral.

Em muitos países do mundo, existem organizações de Medicina Interna, ligadas a uma Sociedade Internacional, que já realizou, até 1978, 14 congressos. Nada menos de quatro associações norte-americanas cuidam de assegurar número e distribuição apropriados de internistas e de definir-lhes a competência. Para unificar sua orientação, foi criado, em 1975, o "Federation Council for Internal Medicine". No Brasil, lamentavelmente, ainda não se fundou uma sociedade dessas, embora a Associação Médica Brasileira já tenha manifestado o propósito de fazê-lo. Não há nenhuma programação regular de reuniões científicas de Medicina Interna, em flagrante contraste com a intensa atividade desenvolvida pelas numerosas sociedades especializadas.

O Internista

Qual o campo real de ação dos internistas, suas limitações, suas relações com especialistas clínicos e com outros profissionais de formação ainda mais geral?

O internista, por definição, terá um campo mais limitado que o "general practitioner", da Inglaterra; o "médico de família", dos Estados Unidos; o "generalista" dos países latino-americanos. Ele corresponde ao clínico geral, de quem não se espera, na prática, nem atendimento pediátrico, ou toco-ginecológico, nem habilitação para a pequena cirurgia. Nas circunstâncias atuais do ensino e da prática da Medicina em nosso país, esse representará o tipo de médico a ser formado pela maioria das faculdades.

Os atributos de um internista e as recomendações para seu treinamento foram objeto de estudos minuciosos do "American Board of Internal Medicine", publicados em 1977 e 1979.^{5,6} Es-

ses documentos referem ao internista qualidades e funções que, talvez, excedam as melhores expectativas quanto a seu potencial de ação. Spaulding diz que "é preciso não confundir o campo enorme da Medicina Interna com as habilitações, naturalmente limitadas, ainda mesmo do mais capaz e dedicado internista"⁷. Na verdade, não é possível exigir deste a "sofisticação técnica", ou "a maior perícia profissional"; a capacidade para acudir a todas as situações críticas, ou de emergência; a experiência nas subespecialidades clínicas, manejando, pessoalmente, os respectivos recursos técnicos.

Entre os internistas, haverá sempre a tendência de alguns para desenvolver habilidades especiais. Assim, a faixa de sua atuação estará na dependência dos recursos do grupo médico que integram, para atender a uma determinada comunidade. Deve-se considerar como suas funções essenciais: o atendimento inicial; a assistência continuada ao paciente; a orientação para consulta aos especialistas; o aconselhamento nos problemas relacionados à saúde; o papel de consultor de pacientes referidos por colegas.

Adicionalmente, o internista poderá adquirir conhecimentos e destrezas relativos a algumas especialidades clínicas, seja por sua preferência, seja por necessidade do meio em que atua. Nos Estados Unidos, segundo dados recentes, a previsão é de que 30% dos residentes de Medicina Interna queiram praticá-la com exclusividade; 50 a 60% se inclinem para o seu exercício simultâneo com o de alguma subespecialidade e 10 a 20% se limitem à prática especializada.⁸ Vale notar que 50% do total de certificados de pós-graduação estão representados pela Medicina Interna e Medicina de Família.

Do internista, devem-se esperar: habilitação segura para colheita de dados, raciocínio clínico, orientação do diagnóstico e da conduta terapêutica; conhecimento dos mecanismos básicos das doenças; treinamento em técnicas simples; preparação para lidar com os aspectos psicossociais, preventivos e de reabilitação

das doenças; capacidade para a auto-educação continuada e para aplicar novos conhecimentos; aptidão para praticar a Medicina com eficiência e economia de recursos.

A propósito dessa última característica, lembrou Vannotti, que "um bom internista não deve procurar fugir a sua responsabilidade, submetendo o paciente a muitos testes e tratamentos. A seletividade é necessária no diagnóstico e na decisão quanto à terapêutica."⁹

Não se julgue que a formação do internista deve ser simples e superficial, como se isso bastasse para as atividades ditas de cuidados primários, prestados, na maioria das vezes, a pacientes de ambulatório. Pelo contrário, dele se exige profunda competência clínica, adquirida na vivência dos estudos científicos e da experiência com pacientes graves e com quadros clínicos complexos, detidamente acompanhados e observados nas enfermarias.¹⁰

Para o doente, o internista significa a identificação de seu ponto de contato e de apoio, a concentração da responsabilidade por sua saúde, hoje diluída por vários especialistas.

Por fim, o internista, graças à sua formação, estará, também habilitado à participação em projetos de pesquisa e à colaboração em programas de medicina social e de administração de saúde.

Ensino da Medicina Interna

Em dezembro de 1976, realizou-se em Washington reunião de um Comitê especial da Organização Panamericana de Saúde e da Organização Mundial de Saúde para o "Ensino integrado da Medicina Interna e de suas especialidades nas Escolas de Medicina da América Latina". O objetivo das instituições promotoras era alcançar níveis cada vez mais elevados de integração disciplinar, não só em relação ao ensino da Medicina Interna, mas também ao ensino da medicina em geral. O questionário preliminar

para essa reunião documentou que a maioria das escolas aceita essa integração, porém, na prática, ela se realiza em grau mínimo.¹ *

Em verdade, são muito diferentes os recursos técnico-científicos das numerosas faculdades de medicina dos diversos países latino-americanos e dentro de um mesmo país, bem como as condições sócio-econômicas dos meios em que elas se inserem. Não será possível, portanto, senão estabelecer conceitos e normas gerais, a serem ajustados à situação de cada escola. Nesse sentido, parece fundamental admitir que os planos curriculares sejam baseados na realidade de saúde do país e na interdisciplinaridade. A prática de saúde deve ser orientadora do processo educacional e as escolas de ciências da saúde, como órgãos da Universidade, devem agir como instrumentos modificadores e reguladores dessa prática. Quanto à interdisciplinaridade, ela integra as disciplinas num campo maior, aproxima professores, pesquisadores e alunos, pelo intercâmbio de conceitos e de procedimentos.

Tais idéias não são de fácil realização. Além das dificuldades operacionais, em níveis de planejamento, coordenação e execução, há que contar com as resistências naturais, ligadas a estruturas consolidadas e à oposição de alguns professores, receosos da perda de autonomia do comando.

A integração do ensino das especialidades componentes da Medicina Interna é um imperativo para a formação do médico. Esse ensino deve englobar até mesmo especialidades, por tradição, separadas, como a Dermatologia, a Neurologia e as Doenças Infecciosas e Parasitárias. Somente assim, será preservada a noção de conjunto na abordagem dos diferentes quadros nosológicos e serão evitadas repetições e incoerências, com economia de carga horária. O ensino não pode ser, apenas, a soma de programas das diversas especialidades clínicas, lecionadas independentemente, em compartimentos estanques.

Para completar a integração recomendada, é indispensável



que o internato seja oferecido na área geral de Clínica Médica, e não em especialidades, com as quais, no entanto, o aluno terá contato, através da frequência aos serviços especializados e às suas reuniões científicas.

Na pós-graduação, deverá haver uma residência de dois anos em Clínica Médica e, para os que desejam a especialização, o primeiro ano deverá ser, também, em clínica geral. Assim, não somente será estimulada a formação de internistas, como assegurada ao especialista visão mais ampla dos problemas clínicos. Os aspectos preventivos e sociais devem ser reforçados, visando a ampliar a ação do médico junto à comunidade.

Na pós-graduação "stricto sensu", é necessário corrigir a tendência para a oferta quase exclusiva de cursos de mestrado e doutorado em especialidades. No Brasil, existem dezenas desses cursos, em contraste com quatro de mestrado em Clínica Médica. É óbvia a importância de preparar professores mais ajustados à tarefa de formar clínicos gerais.

Outro aspecto relacionado à prática e ao ensino da Medicina Interna é a estruturação dos serviços hospitalares. Em muitos hospitais de ensino, há separação dos leitos por especialidades, criando-se serviços autônomos. Tal orientação dificulta ao aluno desenvolver uma percepção global da clínica. São discutíveis os benefícios alegados para a pesquisa e a pós-graduação. A originalidade da pesquisa resultará da colaboração com pesquisadores de ciências básicas, aptos a trabalharem em projetos de diversas especialidades, de vez que os conhecimentos e métodos dessas ciências fundamentais encontram aplicação em vários campos da patologia. O isolamento geográfico das especialidades serve, apenas, à comodidade dos especialistas. Será oportuno reproduzir palavras de um especialista de renome internacional, presidente de uma das mais prestigiosas associações do mundo, que é a American Gastroenterological Association. Disse Marvin Sleisenger, em maio de 1977: "se as especialidades não forem adequadamente integradas em

programas de ensino, estará impedida uma abordagem unificada para o ensino da Medicina Interna. A ênfase excessiva em cuidados terciários em nossos Centros Médicos, o agrupamento geográfico de leitos de acordo com interesses especiais e a ênfase no ensino por sistemas de órgãos são contrários aos objetivos da educação médica." E ainda: "as divisões dentro dos Departamentos de Medicina Interna são, infelizmente, mais do que administrativas. Em muitos centros, são mini-departamentos, quase autônomos."²

O hospital de ensino deve ter um Serviço de Medicina Interna, com enfermarias gerais, indiferenciadas, complementadas por unidades especializadas, tecnicamente equipadas para cuidados progressivos, que chegam até às unidades de tratamento intensivo. A coordenação deve ser feita por internistas, assegurada a colaboração dos especialistas, através de consultoria e de acompanhamento dos pacientes de patologia mais complexa. Criam-se, assim, condições para o preparo de clínicos gerais, capazes de exercerem a prática médica e desenvolverem, em programas de pós-graduação, suas aptidões para a Medicina Interna, ou para alguma de suas especialidades.

De acordo com o Comitê da OPS/OMS, "é necessário contar, de preferência, com serviços de hospitalização geral. A hospitalização especializada deve ficar reduzida ao mínimo indispensável, tais como casos que necessitam isolamento, pacientes psiquiátricos agudos e outros especiais. Recomenda-se, ainda, que, na medida do possível, os especialistas tenham responsabilidades hospitalares que os mantenham interessados na patologia geral."¹³

Não é outro o sentido das palavras de um grande especialista, Jean Hamburger: os grandes hospitais devem comportar, não alguns serviços especializados, mas uma constelação mais ou menos completa de pequenas unidades, representando todos os aspectos da Medicina, em torno de um serviço de medicina geral.¹⁴

uma reflexão final parece oportuna, depois de por em relevo o papel da Medicina Interna na formação do médico. A

medicina científica teve suas origens no século passado e consolidou-se, em definitivo, nos últimos trinta anos, com os progressos da biologia celular. Seu objetivo é o homem, a preservação de sua saúde e o tratamento de suas doenças. Internistas e especialistas dividem as responsabilidades dessa missão. O cabedal de conhecimentos científicos não é privilégio de uns ou de outros, como não o deve ser a atitude adequada no relacionamento com os doentes. Ambos se completam para o exercício da Medicina, ciência e arte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McGOVERN, J. P. e ROLAND, C. G. Osier W. M. The Continuing Education. Remarks on Specialism. Ed. Charles Thomas, 1969.
2. STAHL, J. The Perennial Qualities of Internal Medicine. Bull. Int. Soc. Int. Med. 14:5, 1978.
3. MALLER, H. La Medicina y los Medicos del Mañana, Bol. Ofic. San. Panam. 82:379, 1977.
4. KNOWLES, J. H. in "Doing Better and Feeling Worse: Health in United States". Daedalus. 106:1, 1977.
5. Council on General Internal Medicine, American Board of Internal Medicine. Attributs of the General Internist and Recco-mendations for Training. Ann. Int. Med. 86:472, 1977.
6. American Board of Internal Medicine — Clinical Competence in Internal Medicine Ann. Int. Med. 90:402, 1979.
7. SPAULDING, W. B. Defining the Role of Internists - Forum on Medicine 1:31, 1978.
8. Federated Council for Internal Medicine — Statement on Manpower. Ann. Int. Med. 90:108, 1979.
9. VANNOTTI, A. Crisis in Medicine? Bull. Am. College Phys. 18:13, 1977.
10. BARONDESS, J. A. The Training of the Internist. Ann. Int. Med. 90:412, 1978.
11. MONGE, C. y VIDAL, C. A. La Enseñanza de la Medicina Interna en la formación del Médico. Educ. Med. Salud 11:375, 1977.
12. SLEISENGER, M. H. Crisis of Plenty. Gastroenterology, 73:1263, 1977.
13. Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS. Enseñanza Integrada de Medicina Interna y sus Especialidades. Educ. Med. Salud 11:389, 1977.
14. HAMBURGER, J. "La puissance et la fragilité — essais sur les metamorphosis de la Medicine et de l'homme". Flammarion Ed., França, 1972.

INTERNISTAS E ESPECIALISTAS

INTERNISTAS E ESPECIALISTAS

*"Faça com que os homens
se entendam
dentro de um mundo só.*

*E que gorjeiem, todos,
numa língua só.*

*E que cada palavra tenha
um sentido só,
para todos.*

E que todos sejam um só. "

Cassiano Ricardo¹

Desde que a Medicina ganhou foros de ciência, a partir do século XIX, podem-se distinguir três fases em sua prática e, em conseqüência, na formação dos médicos, uma vez que esta é, essencialmente, regulada pelas condições do exercício profissional.

Numa primeira fase, ainda limitados os conhecimentos científicos, a prática médica era exercida por clínicos e cirurgiões gerais. Foi o tempo do médico de família, dotado de muitas virtudes, que ajudava a tratar dos males da alma, numa época em que os recursos terapêuticos eram escassos. A Medicina ainda era, então, muito mais empírica do que científica.

com o extraordinário progresso da ciência e da técnica, surgiu, e cresceu, a necessidade de delimitar áreas. Multiplicaram-se e subdividiram-se as especialidades, impondo novos padrões para o exercício da Medicina. Foi a fase das grandes realizações que imprimiram, em definitivo, seu cunho científico.

Recentemente, uma verificação inquestionável veio determinar mudança de rumos. A despeito das enormes conquistas e das recuperações quase milagrosas operadas pela Medicina, o descontentamento é universal, ante o fato de que não têm melhora-

do, proporcionalmente, os índices de saúde das populações. É claro que eles dependem, principalmente, de condições sócio-econômicas, refletidas em fatores tais como alimentação, habitação e saneamento básico. Mesmo nos países desenvolvidos, levanta-se a crítica contra as condições de atendimento à saúde, que não estão à altura dos gastos enormes e sempre crescentes. Nos Estados Unidos, em 1978, autoridades em Medicina, Ciências Sociais e Saúde Pública proclamavam esse fato, reunindo seus depoimentos num volume sob o título expressivo "Doing better and feeling worse"². O debate caiu no domínio público, como se pode verificar pela reportagem publicada no "Time", de 28 de maio de 1979.

Tudo isso tem levado a um movimento pela cobertura de saúde, assunto que vem sendo tratado em âmbito internacional, culminando com a Conferência de Alma Ata, na Rússia, em novembro de 1978. Todas as nações são exortadas a desenvolver esforços no sentido de assegurar, até o ano 2000, a prestação dos chamados cuidados primários de saúde a todas as populações⁴. Do ponto de vista médico, isso implica a necessidade de preparação de um tipo profissional com determinadas características, que identificam, em terminologias diversas, o médico geral, ou de família, o "general practitioner", o internista.

Posição de internistas e especialistas num sistema estruturado de Saúde

Num sistema de saúde organizado, existem vários níveis de atendimento, que se identificam pela natureza e freqüência dos problemas de saúde. Esses problemas vão desde os mais simples e mais comuns, que constituem a grande maioria e requerem os cuidados primários, até os mais complexos e menos freqüentes, exigindo cuidados terciários.

O atendimento nesses vários níveis é prestado por médicos cujo grau de especialização aumenta, à medida que se exigem técnicas mais diferenciadas de diagnóstico e terapêutica. Assim, no sistema estruturado são necessários internistas, especialistas e sub-especialistas. Nesse sistema, a Medicina Interna, a Psiquiatria, a Pediatria e a Obstetrícia são especialidades; a Gastroenterologia, a Cardiologia, a Neurologia, a Cirurgia Cardiovascular são subespecialidades. Nos Estados Unidos, vêm se realizando estudos profundos sobre a força de trabalho médico, no sentido de estabelecer uma política e programas de treinamento, que melhor possam atender às necessidades de saúde e à economia de custos. Esses estudos reforçam a conveniência de proporções mais adequadas de internistas, especialistas e sub-especialistas, e de que sejam os primeiros os maiores responsáveis pela prestação de cuidados primários⁵.

No Brasil, como na maioria dos países latino-americanos, a situação atual é caracterizada por contradições: entre a necessidade declarada de médicos gerais e o predomínio da especialização; entre a intenção proclamada de formar esse tipo de médico e a organização acadêmica, propícia à fragmentação do ensino.

A prática médica é, hoje, influenciada e deformada pela indústria de equipamentos e pela indústria farmacêutica. Sob o impacto dos progressos tecnológicos e da publicidade desenfreada, proliferam as instalações sofisticadas para diagnóstico, abusa-se dos métodos mais diferenciados, multiplicam-se as prescrições terapêuticas.

A melhor assistência não será aquela em que o médico ultraespecializado, em instituição a mais diferenciada, aplica à maioria dos pacientes os recursos mais modernos. Isso contribui para o aumento de custos, sem vantagens proporcionais, prejudicando, pois, a universalidade do atendimento. A maior parte das condições mórbidas é passível de atendimento simples, com meios clínicos e complementares convencionais, proporcionados

por médicos de formação geral. Mario Chaves, citando Fry, assinala que 68% dos casos são de doenças banais, auto-curáveis, exigindo cuidados mínimos, ou simples aplicação de rotinas pré-estabelecidas. As doenças graves representam cerca de 5% da morbidade total. As doenças crônicas de longa duração e causadoras de incapacidade permanente representam os restantes 27%.⁶

Em editorial recente do New England Journal of Medicine, o autor afirma: 60 a 70% dos médicos nos Estados Unidos são especialistas; muitos, dentre estes, também prestam cuidados primários, mas são duvidosas a eficiência e a economia desse sistema de atendimento primário prestado por especialistas, em lugar de médicos gerais; devemos considerar que o melhor, ou mais conveniente, para os médicos, não o é, necessariamente, para o público.⁷

Formação médica

A escola médica é responsabilizada por não formar os profissionais ajustados à realidade de saúde. Alheia aos reclamos sociais, mal equipada, com docentes mal remunerados e parcialmente dedicados à tarefa educacional seria ela, em última análise, a responsável pela inadequação do médico às tarefas do atendimento. No entanto, tudo isso está longe de ser verdadeiro. O problema de assistência à saúde depende em parcela pequena da atuação médica e, muito mais, de condições sócio-econômicas, agravadas pela falta de uma visão global e de um sistema estruturado, em que os recursos, sabidamente limitados, sejam mais racionalmente distribuídos e aplicados.

É inegável que as pressões do mercado de trabalho influenciam, decisivamente, a formação do profissional. Não é de estranhar, pois, que a maioria dos cursos de graduação ainda favoreça a

formação de especialistas, contra o que se recomenda e mesmo contra o que se inscreve entre seus objetivos. É que a estrutura acadêmica, moldada por departamentos e subdividida em disciplinas, tende a fragmentar o ensino, dificulta a percepção do homem como um todo, na saúde e na doença, contrapõe-se a um currículo dinâmico e integrado.

Já se observa, hoje, em algumas escolas médicas, um grande esforço para planejar o currículo de acordo com a natureza da função que o graduado deverá desempenhar, ou seja, em conformidade com as características mais idôneas da prática médica. Nesse sentido, é indispensável o entrosamento das ações de ensino e de assistência, a ser obtido através da integração docente-assistencial, em que se articulam as unidades de formação de recursos humanos e as prestadoras de serviços de saúde. Em função das condições do meio em que vai trabalhar, será o médico recém-graduado um clínico geral, ou, mais do que isso, capaz de acudir, também, aos problemas mais simples da pediatria e da toco-ginecologia.

Considerando que se formam, no Brasil, cerca de 8.600 médicos por ano e que não chegam a 50%, as oportunidades oferecidas para treinamento pós-graduado, é indispensável e urgente que se reformulem as condições do ensino médico, no sentido de habilitar os recém formados a exercerem, com adequação e dignidade, a profissão. Infelizmente, não é o que está acontecendo. O que se observa é a insegurança, geradora de angústia, em face das condições de trabalho e da própria sobrevivência dos médicos jovens. É imprescindível que o curso de graduação, concluído por um internato em áreas gerais e não especializadas, de um ano e meio a dois de duração, assegure ao médico o preparo necessário para a prática na região em que se propõe a trabalhar.

A residência médica significa a preparação para a especialização, sem excluir a Medicina Interna. Reforçado o lastro do preparo geral, em clínica, ou em cirurgia, cumprir-se-á a formação

especializada, em prazo variável.

Ainda há pouco, a reforma do ensino em França, apresentada ao Parlamento por Simone Veil, quando Ministro da Saúde, obedeceu a três objetivos: 1º formar o "médico geral"; 2º dar aos especialistas uma formação de alto nível; 3º ajustar o número de médicos às necessidades da população.

Não há, nem pode haver, oposição entre internistas e especialistas. Seria um truismo proclamar as vantagens da especialização, como é um absurdo desconhecer a necessidade da boa formação geral do médico. Ambos exercem atividades que se complementam e que devem estar ligadas por eficiente sistema de referência; ambos têm seu lugar e sua hora na prática e no ensino da Medicina; ambos precisam ter conhecimento dos problemas ligados ao sistema de atendimento à saúde, sua realidade, por vezes chocante, suas deficiências e os meios para tentar corrigi-las; ambos precisam ter consciência plena dos problemas que envolvem o exercício da profissão.

Não existem duas classes de médicos: uns conhecedores profundos de uma matéria limitada, porém sem preparo geral e sem qualidades tradicionais de uma profissão; outros de visão global e virtudes humanitárias, porém pobres de conhecimentos científicos. Já temos citado um grande especialista atual, Jean Hamburger, quando disse que o médico ignorante é o que de pior pode existir para o paciente. Mas, nestes tempos de materialismo e de aceleração, talvez não seja demais recordar uma sentença de Clementino Fraga: "uma razão sutil, permanente e profunda conduz a humanidade: é a crença. A crença no espírito do bem, no oriente da verdade, nos imperativos do coração, nos arcanos secretos da consciência, nos cimos da sublimidade, nos desígnios de Deus"⁸.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RICARDO, C. Jeremias Sem - Chorar. 3ª ed., Rio de Janeiro, Livraria José Olímpio Editora, 1976.
2. "Doing Better and Feeling Worse: Health in the United States". **Daedalus**, 1977.
3. Health Costs: What Limit? **Time**, 18 de maio, 1979.
4. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, setembro, 1978.
5. LEE, P.R.; LE ROY, L.B. Internal Medicine Manpower. Trends in Training and Policy Implications. **Ann. Int. Med.**, 91 (2): 307-308, agosto, 1978.
6. CHAVES, M. Regionalização docente-assistencial e níveis de Assistência. Seminário sobre Hospitais de Ensino, Rio de Janeiro, PNTE, 1975.
7. RELMAN, A.S. Generalists and Specialists. *The New England Journal of Medicine*, 300(24): 1386-1387, junho, 1979.
8. FRAGA, C. — Através da Medicina. (Ensaios e excertos), pag. 155. Rio, 1960.

**HOSPITAL UNIVERSITARIO:
CONCEITO E PERSPECTIVAS
PARA A EDUCAÇÃO E A SAÚDE**

HOSPITAL UNIVERSITARIO: CONCEITO E PERSPECTIVAS PARA A EDUCAÇÃO E A SAÚDE

*"Thus, a hospital is much more than a place
in which to cure or be cured, it is also the focal
point of health for the residents of a given area.
It must be designed and constructed to make them feel
welcome, secure, and comfortable."*

Rex W. Allen

As escolas médicas sempre aspiraram a possuir hospital próprio, com o grau de diferenciação exigido pelo progresso da ciência e da tecnologia, livre dos eventuais atritos e divergências com as administrações das entidades mantenedoras de estabelecimentos hospitalares conveniados. Como tal, iniciou-se, no Brasil, nas últimas décadas, a construção de muitos "hospitais universitários", alguns dos quais permanecem inacabados. Uma série de fatores, todavia, concorreu para que, mais recentemente, se modificasse essa orientação. Entre eles, citam-se: os altos custos operacionais da manutenção, recomendando melhor racionalização dos serviços médicos; as transformações sócio-econômicas, com parcelas cada vez maiores das populações sendo cobertas pela Previdência Social; o reconhecimento, que tem origem na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1961, de que os gastos com assistência social e hospitalar não são considerados despesas com o ensino, mesmo quando ligadas a este. Refletindo a nova diretriz, o Dec. 63.341/68 estabeleceu: "Evitar-se-á a construção de novos hospitais de Clínicas. . . Aos já existentes, o INPS deverá reservar quota substancial de seus convênios."

Por outro lado, a Comissão de Ensino Médico, do Ministério da Educação e Cultura, aconselhou a participação do estudante nos trabalhos das unidades de saúde de vários tipos, e declarou textualmente: "A articulação do hospital universitário com as

demais unidades de saúde é um imperativo, quer para o ensino médico, quer para assistência à comunidade"¹.

Tais afirmações encontrariam apoio na Lei 6.229/75, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde, determinando a coordenação entre os vários órgãos que executam ações de saúde, inclusive os hospitais de ensino. Dessa forma, estreitaram-se os vínculos, até então muito frágeis, entre os sistemas de saúde e de educação.

Afirma-se, assim, a tendência para que, no futuro, se venha a utilizar, para o ensino, um número cada vez maior de hospitais comunitários, reforçando a velha fórmula dos convênios. Na medida em que isso acontecer, será dispensável a adjetivação dos hospitais, como *de ensino*, ou *comunitários*, criticada por José Roberto Ferreira, pois que, em todos, coincidirão as atividades didáticas e a prestação de assistência à comunidade².

Conceito do moderno hospital universitário

Do hospital universitário sempre se esperou que tivesse as características de hospital geral, organizado de acordo com técnicas idôneas de administração, altamente diferenciado, equipado em condições de imprimir qualidade científica aos diagnósticos e aos tratamentos, destinado a formar profissionais, em níveis de graduação e pós-graduação, capaz de atender a patologias complexas e de realizar investigação de caráter clínico. Mais recentemente, sem perda de nenhuma dessas características, outras se acrescentaram, como decorrência de transformações no sistema de saúde e dos novos rumos educacionais. A crescente tomada de consciência das populações quanto à própria saúde e o aumento da demanda de atendimento vieram justificar a procura de novos modelos de serviços. Paralelamente, reformularam-se os objetivos educacionais, ante a verificação de que enormes parcelas da comunidade recebem cuidados de saúde inapropriados, ou, simplesmente-

te, não os recebem, e de que as escolas médicas não estavam formando profissionais aptos para atender às necessidades do País.

Alguns conceitos gerais concorrem para redefinir o hospital universitário:

1. tradicionalmente, o hospital se ligava à Faculdade de Medicina e destinava-se à formação de médicos. A Organização Mundial de Saúde demonstrou, reiteradamente, a necessidade de preparação da equipe pluriprofissional, distribuindo-se, de maneira adequada, as funções por seus diversos membros. Na Assembléia Mundial de 1970, como lembrou Emani Braga, concordou-se que não seria possível depender, somente, de médicos altamente treinados para prover serviços a todas as camadas das populações urbanas e rurais. "Médicos qualificados deverão assumir a liderança de uma equipe de trabalhadores da saúde, inclusive auxiliares, para assegurar a qualidade e a eficiência do serviço." E, ainda, a educação para as ciências da saúde é muito cara, recomendando-se evitar fragmentações e subdivisões e reunir programas de ensino, corpos docentes e disponibilidades para esquemas multiprofissionais de treinamento dos vários componentes da equipe³.

Em nosso meio, como decorrência da reforma universitária, o hospital passou a integrar centros de ciências da saúde, que reúnem escolas, institutos e responsáveis pelo ensino de todas as profissões afins. Dessa forma, ele oferece condições especiais para o trabalho associado, com atribuições definidas e respeito recíproco, desde o período de formação dos futuros profissionais. Mas, para isso, convém ter presente a advertência de Edwin Rosinski: "A equipe de saúde não se tornará realidade até que os profissionais mudem, significativamente, suas atitudes em relação ao trabalho em conjunto e os educadores mudem, significativamente, suas idéias quanto à educação do pessoal de saúde"⁴ ;

2. a antiga denominação "Hospital de Clínicas" correspondia a um objetivo limitado e a uma estrutura diferenciada, em que especialidades e subespecialidades estavam representadas em enfermarias,

ambulatórios e setores de apoio. O hospital era, por assim dizer, fechado à comunidade, sem nenhuma ação de saúde voltada para ela, limitando-se a atender aos que o procuravam. Na moderna organização, um sistema aberto e dinâmico de ambulatórios, aliado a programas de ação comunitária, identifica a perspectiva mais ampla de atendimento. Em conseqüência, o hospital, antes dirigido para o tratamento de doentes, passa a exercer, não só ações de recuperação, como, também, de promoção, proteção e reabilitação de saúde;

3. recomenda-se que o hospital seja organizado segundo um critério de cuidados progressivos, que se graduam em intensivos, intermediários, ambulatoriais, de permanência prolongada e domiciliares. Carlos Davila assinala suas múltiplas vantagens: assegura o atendimento oportuno, no lugar adequado e no grau requerido; propicia ao estudante uma situação mais real e um melhor uso do discernimento clínico; facilita a reunião dos diversos tipos de profissionais e dos especialistas em grupos multidisciplinares, para a assistência eficiente do doente. A departamentalização dos serviços médicos não desaparece, mas confundem-se as fronteiras físicas e profissionais, admitindo-se, somente, a divisão em grandes áreas, e não em subespecialidades⁵ ;

4. lembrou a Comissão de Ensino Médico que, na história dos nossos hospitais de ensino, muitas vezes as preocupações com as atividades didáticas e de pesquisa têm predominado sobre as conveniências dos pacientes. Sublinhou que "em todas as unidades do sistema de saúde, desde as mais simples até as mais complexas, o foco principal da atenção deve incidir sobre o doente, cujos legítimos interesses devem prevalecer sobre os do pessoal docente, discente e técnico". E justificou: "No interesse mesmo da formação dos estudantes, para o desenvolvimento dos chamados objetivos afetivos, devem ter nítida precedência entre as finalidades desses hospitais as ditadas pela prestação de assistência.";

5. o hospital universitário deverá representar a base de uma rede

regional de unidades de saúde em que se associam instituições diferentes, cada qual conservando suas atribuições e autonomia, porém atuando todas de maneira coordenada, ligadas por um mecanismo eficiente de comunicações. O hospital exercerá sobre as outras unidades a influência de órgão mais diferenciado e estará ligado, por um sistema de referência, a instituições de outras regiões. Realiza-se, deste modo, a regionalização docente-assistencial, que permite, de um lado, a ampliação do campo de treinamento dos futuros profissionais e, de outro, a racionalização administrativa, com melhor aproveitamento de pessoal e recursos materiais;

6. os gastos com a manutenção de hospitais crescem desproporcionalmente às taxas gerais de inflação, em consequência de uma série de fatores, não sendo esta a oportunidade de discuti-los. O certo é que esse fato obriga a uma preocupação com o problema de custo-eficácia e, portanto, com a administração hospitalar, em moldes mais econômicos. Recentemente, Jack D. Myers, presidente do American College of Physicians, alertava para que os médicos se preocupassem mais com a estrutura e a organização dos hospitais em que trabalham⁶. uma série de medidas, além daquelas de ordem estritamente administrativa, pode concorrer para a redução dos custos tais como: mais cuidadosa seleção de pacientes a serem internados; redução dos prazos de permanência dos doentes; maior controle na solicitação de métodos complementares de diagnóstico; maior rigor nas indicações terapêuticas.

Alfredo Bravo sintetizou bem a nova posição do hospital universitário: "um estabelecimento de qualidade científica e social tão elevada que não pode trabalhar isolado e deve incorporar-se, totalmente, ao Sistema Nacional de Saúde, sendo, para certos efeitos, de alta especialização, um centro nacional de diagnóstico e tratamento de determinadas afecções, e, para os efeitos práticos de atendimento médico da comunidade, um elemento do sistema, o mais importante da região a que pertence, destinado a oferecer seu apoio técnico e científico aos hospitais menores e aos ambulatórios distribuídos nessa região"⁷.

Perspectivas para a educação e a assistência

O desenvolvimento eficiente e harmonioso das atividades educacionais, de assistência e de investigação no hospital universitário exige que se conciliem a orientação acadêmica e a administração hospitalar. Nesse sentido o hospital vinculado a uma universidade tem a vantagem de estar sob a tutela da mesma instituição superior que rege a escola.

Essas atividades não devem ser hierarquizadas, senão que consideradas no mesmo plano. Ensino e pesquisa são funções intimamente relacionadas. Por outro lado, a qualidade do ensino depende, essencialmente, do nível e qualidade da assistência, tanto quanto o exercício de funções didáticas é um fator de estímulo ao aperfeiçoamento dos serviços.

Os objetivos do ensino de graduação somente serão atingidos pela passagem dos estudantes por vários tipos de unidades de saúde, para que tenham oportunidade de adquirir experiência rica e diversificada, no contato com as múltiplas situações do exercício profissional. Onde e enquanto a regionalização docente-assistencial não estiver implantada, será necessário que o hospital tenha estrutura mista, flexível, numa espécie de modelo concentrado de atendimento, dando cobertura de saúde nos níveis primário, secundário e terciário, para que se possa ensinar em ambiente mais próximo da realidade do trabalho. Isso foi reconhecido por Carlyle de Macedo, coordenador do Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde, ao afirmar que a assistência simplificada pode ser parte do perfil funcional de unidades de saúde mais complexas⁸.

As atividades didáticas devem ser entrosadas com as de caráter assistencial, baseando-se o planejamento educacional na caracterização dos níveis e tipos de atendimento e na definição dos locais de atuação e das responsabilidades dos alunos no processo de prestação de serviços. Os objetivos da educação médica e da assistência à comunidade tornam-se, assim, complementares e

interdependentes.

O hospital universitário é o grande instrumento de mudança, no sentido da integração ensino e serviço, que é a única maneira de alcançar ensino relevante, tão reclamado pelos estudantes. Acrescente-se que a relevância do ensino não deve ser entendida, apenas, como o preparo suficiente para o exercício da profissão. Mais do que isso, como "uma relação holística entre experiência educacional e interação humana, que permita ao estudante enfrentar a complexidade das modificações sociais e realizar trabalho que faça progredir a sociedade"⁹.

Além de servir à formação de profissionais, o hospital universitário atende, de modo especial, ao objetivo de aperfeiçoá-los e diferenciá-los, através dos cursos de especialização, em regime de residência, de mestrado e doutorado. Contribue, ainda, para formar pessoal de nível médio e auxiliar, cujo treinamento em serviço será objeto de programa contínuo, com o propósito de manter os quadros sempre atualizados e dinâmicos. Admite-se, por fim, que o hospital, por sua projeção na comunidade, possa concorrer para instruí-la em assuntos relacionados com a saúde, cujos padrões são, por essa forma, melhorados.

As funções assistenciais do hospital universitário definem-se, em termos amplos, pela cobertura de saúde da região em que está localizado, articulando-se com as demais unidades da rede, e, ainda, como órgão de referência, para as ações de saúde que exijam recursos técnicos mais sofisticados. Sempre se há de buscar o equilíbrio da organização projetada, a fim de que a hipertrofia dos cuidados primários não prejudique a eficiência dos serviços mais diferenciados do hospital¹⁰.

A pesquisa científica beneficia-se das novas concepções: integrado o hospital no centro de ciências da saúde, eventualmente com proximidade geográfica dos institutos de ciências básicas, pode valer-se do intercâmbio de recursos humanos e materiais, estimulando o trabalho interdisciplinar; relacionado com os

demais órgãos de saúde, pode utilizar a comunidade como laboratório natural de investigação e realizar pesquisa epidemiológica e operacional.

Em síntese, no hospital universitário se pode reconhecer, como disse Bobenrieth, um trabalho em duas direções: uma para dentro, isto é, para a própria universidade, cujos objetivos fundamentais são o ensino e a pesquisa; outra para fora, ou seja, para a comunidade, em relação à qual os serviços de atendimento de saúde são os mais importantes¹. A conciliação dessas três grandes funções é um desafio que ele deverá enfrentar, mas que abrirá novas perspectivas para a educação e para a saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL, Ministério da Educação e Cultura, Comissão de Ensino Médico, Doe. Nº 2, Ensino Médico e Instituições de Saúde, março, 1974.
2. FERREIRA, J.R. O papel do hospital à luz das novas tendências do ensino médico. Seminário sobre Hospitais de Ensino, PNTE, Rio de Janeiro, 1975.
3. BRAGA, E. New Concepts in Medical Education. Ciba Foundation Symposium on Team for World Health, (1971).
4. ROSINSKI, E. The Health Team. Ninth CIOMS Round Table Conference, Rio de Janeiro, 1974.
5. DAVI LA, C. Hospitales de enseñanza. Educación Médica y Salud., 6(2):117-129, 1972.
6. MYERS, J.D., Editorial. The Bulletin of American College of Physicians, 17(6) :2, 1976.
7. BRAVO, A.L. Los sistemas de salud, el hospital docente y la salud de la comunidad. Educación Médica y Salud, 6(2) ;93-105. 1972.
8. MACEDO, CG.de. Recursos humanos para assistência simplificada e integração docente-assistencial, 1976.
9. SWORA, T.; Morrison, J.L. Interdisciplinarity and Higher Education. The Journal of General Education, (XXVI) 1, abril, 1974.
10. UFRJ; Hospital Universitário: Objetivos Institucionais e Bases Operacionais, agosto, 1976.
11. BOBENRIETH, M. El hospital como Centro de Educación Y Adestramiento. Educación Médica y Salud, 6(2) :106-116, 1972.

A UNIVERSIDADE E OS HOSPITAIS

A UNIVERSIDADE E OS HOSPITAIS

*"E vivei juntos, mas não vos aconchegueis demasiadamente;
Pois as colunas do templo erguem-se separadamente,
E o carvalho e o apreste não crescem à sombra um do outro".*

Khalil Gibran¹

A universidade tem sido criticada por prosseguir em sua missão clássica — difundir a cultura, formar profissionais e produzir novos conhecimentos — sem considerar as necessidades do meio social em que se localiza. Combate-se essa tradição de isolamento, pretendendo-se converter a universidade, conforme a ideologia, ou em centro de transformações, ou em fator de aceleração de mudanças². Do confronto dessas tendências, surgem os conflitos, porque se imaginam antagônicas, inconciliáveis, as missões acadêmica e social. Para realizar esta última, haveria que renunciar à primeira. Advertiu, todavia, Risieri Frondizi, ex-reitor da Universidade de Buenos Aires: "A formação cultural é mais efetiva se se refere a problemas que preocupam os estudantes e que, geralmente, estão relacionados com o meio em que vivem. Por sua vez, tanto a formação profissional como a investigação científica não perdem qualidade ao se colocarem a serviço das necessidades do meio"³.

Em busca do cumprimento integral de sua missão, as universidades começam a orientar-se pelo princípio da formação de recursos humanos, ou seja, formar o contingente de pessoal necessário ao desenvolvimento econômico e social do país. Tal princípio implica intercâmbio entre os órgãos que formam e os que absorvem pessoal de um determinado setor. Em relação ao setor saúde, disse Emani Braga: "O isolamento sistemático é a principal característica dos programas educacionais das ciências da saúde e pode ser explicado não só pela subdivisão do ensino dessas ciências por escolas, faculdades e institutos diversos, mas também pela

ausência de relação entre essas instituições e as várias agências e organizações que absorvem e utilizam os recursos humanos que são produzidos"⁴. Esta é uma descrição exata do que ocorre no Brasil. Observa-se, no entanto, um início de transformações.

Em março de 1974, o documento Nº 2 da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura, definindo a relação entre ensino e prestação de serviços na área médica, recomendou:

- a articulação do hospital universitário com as unidades do sistema de saúde, como um imperativo para o ensino e a assistência à coletividade;
- a hierarquização dessas unidades, cada qual em um nível de atendimento, com o hospital universitário como base, por ser o órgão mais diferenciado;
- a passagem do estudante de medicina, ao longo de sua formação, pelas várias categorias de unidades de saúde, executando tarefas de complexidade crescente;
- a delegação de atribuições didáticas às diversas unidades de saúde, sob supervisão de um elemento credenciado pelas faculdades de medicina, mas perfeitamente afinado com os objetivos da unidade em questão.

Mais adiante, em julho de 1975, a Lei 6.229, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde, determinou:

- a formação do pessoal de saúde deve orientar-se para atender às necessidades prioritárias da área;
- os hospitais universitários devem prestar serviços de assistência médica à comunidade em que se situam;
- a área de treinamento de pessoal deve ser ampliada pela utilização de instituições de prestação de serviços de saúde.

Verifica-se, nesses dois textos, que, em nosso meio, a formação de recursos humanos passa a ser, conceitual e legalmente, o

elo entre os sistemas produtor e utilizador desses recursos e, portanto, a diretriz do planejamento educacional para as profissões de saúde.

Para aproximar os dois sistemas, visando à execução desse planejamento, o instrumento recomendado é a regionalização docente-assistencial. Esta se faz com base em acordos, entre universidades e instituições do setor saúde, que permitam a utilização, como campo de ensino, de regiões assistenciais pré-definidas⁵.

Definida uma região, hierarquizadas suas unidades, deve o estudante percorrê-las, das mais modestas às mais sofisticadas, exercendo ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. A prática educacional e a prática de saúde tornam-se, desse modo, complementares e interdependentes.

Nesse consórcio, lucram instituições dos dois sistemas. A universidade expande e, sobretudo, diversifica seus locais de treinamento; as unidades de saúde, transformadas em locais de ensino, aprimoram a qualidade da prestação de serviços. Por sua vez, beneficia-se a sociedade com as ações de saúde, de caráter integral e progressivo, exercidas, de forma econômica, pelo conjunto das instituições.

O bom êxito do consórcio, em torno de necessidades educacionais e assistenciais, dependerá da concordância sobre alguns pontos básicos, que têm sido motivo de controvérsias e especulações. Entre eles, distinguimos os seguintes:

19) o desejo de mudar os objetivos e as instalações das unidades hospitalares.

Tais mudanças só se justificam como adaptação ao melhor cumprimento das funções assistenciais que lhe couberem, num sistema hierarquizado de atendimento. Não encontrarão justificativa se visarem a atender interesses do ensino. As ações de ensino devem ser sempre secundárias às ações de saúde. O mais simples posto de saúde poderá ser valioso para o treinamento dos alunos.

Entendem alguns que a ligação com a universidade é um meio de os hospitais desenvolverem programas de cuidados terciários, ou projetos de investigação, modificando suas funções assistenciais rotineiras. Isto poderia levar, por exemplo, a que se alterassem os critérios para internação, deslocando-os da necessidade do doente para eventuais conveniências didáticas, ou de pesquisa⁶. No momento em que isso ocorresse, desvalorizar-se-ia, para a assistência e a educação médicas, a regionalização docente-assistencial. Para a assistência, ela é vantajosa, desde que assegure a cobertura de saúde de uma comunidade. Para o ensino, ela é útil na medida em que permite ao aluno, exposto a modelos profissionais e institucionais diversos, uma variedade de experiências de aprendizagem, em verdadeiras e múltiplas situações do exercício profissional.

Os requisitos mínimos para que um hospital possa ser um local de ensino devem ser os padrões éticos e a competência de seus profissionais, e não seu quadro de pessoal, ou a diferenciação de seus programas, instalações, ou equipamentos.

29) a resistência dos hospitais à admissão de estudantes.

Osler, no princípio do século, antecipava: "O trabalho de uma instituição em que não há ensino, raramente é de primeira classe. Penso que é certo dizer que, num hospital com estudantes nas enfermarias, tratam-se melhor os doentes, estudam-se melhor as doenças, comete-se menor número de equívocos"⁷.

O trabalho do médico não deve modificar-se pela exigência, ou acréscimo de uma atividade docente. Sua metodologia de ensino deve ser sua metodologia de trabalho, que, naturalmente, será aprimorada pela observação constante e as indagações freqüentes dos estudantes. Docentes, médicos e alunos devem ter seu papel redefinido no processo ensino-aprendizagem. Os alunos precisam ser responsáveis por tarefas específicas da prestação de serviços, conforme o estágio de sua formação. Aos docentes e médicos, cabe orientá-los na execução dessas tarefas. O "aprender vendo e fazendo" deve ser o espírito diretor do processo. A teoria deve

estar na prática, complementando-se, de preferência, com as habituais sessões dos diversos serviços, ou dos centros de estudos. E o aluno deve ser estimulado e orientado para, sozinho, buscar mais informações. É preciso prepará-lo para a educação permanente, incentivando-o a criar bons hábitos de estudos, como leitura interpretativa, pesquisa bibliográfica, fichamento de leituras, estudo em grupo, discussão informal. Esta é modificação urgente a ser feita, mesmo no ambiente universitário.

3º) *a resistência dos docentes à delegação de responsabilidades de ensino.*

Parodiando o estadista francês, Georges Clemenceau, que disse: *La guerre! C'est une chose trop grave pour la confier à des militaires*, argumentou-se que a educação é uma questão demasiado séria para ser confiada aos educadores⁸.

Hoje, admite-se como fundamental para o ensino superior a inclusão, nos quadros de professores, de pessoas dotadas de experiência prática na vida profissional. "Se quisermos que o ensino, principalmente o superior, deixe de ser esse processo de autoperpetuação, é essencial e urgente atrair pessoas de qualificações totalmente diferentes e lhes confiar as funções do magistério"⁹. Elas ajudam a garantir a relevância do ensino. Os que combatem estas idéias parecem esquecidos de que os professores universitários se fizeram no próprio exercício da profissão, distinguindo-se, é certo, por sua vocação pelo magistério e grande capacidade de estudo. Só recentemente — instaurada a pós-graduação acadêmica — criou-se um mecanismo sistemático de preparação dos docentes. Além disso, a tendência é para a realização de cursos de aperfeiçoamento didático-pedagógico, objetivando o melhor desempenho - face à massificação estudantil — de todos os que têm um papel no processo de educação superior.

4P) *a resistência dos hospitais à supervisão das faculdades.*

A supervisão deve ser entendida, não como fiscalização,

mas como instrumento para a colheita sistemática de informações. Estas são de natureza variada: desempenho, nível de habilidades e conhecimentos técnicos dos alunos; eficiência dos mecanismos de ligação entre as instituições; sugestões para avaliação do rendimento escolar etc. Devem ser analisadas e servir de base a decisões aperfeiçoadoras do trabalho de todo o pessoal, e que se vão refletir na qualidade das ações de saúde exercidas pelo conjunto.

Concluindo, a meta do consórcio entre universidades e hospitais deve ser o atendimento prioritário das necessidades de saúde, porque só assim se formam, adequadamente, recursos humanos para o setor saúde. Em torno dessa meta, devem ser fixados, com precisão e clareza, os objetivos das instituições participantes. Estas, por sua vez, devem esforçar-se para que seu pessoal compreenda suas funções e desfaça preconceitos, suposições e desconfianças recíprocas.

Do médico se podem esperar, quando menos, objetividade, espírito de observação, isenção na análise e serenidade de julgamento¹⁰. com tais características, adquiridas em nossa rotina profissional, devemos participar do processo de interrelação universidade e hospitais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GIBRAN, K. G. O profeta. Rio de Janeiro, Expansão Editorial, 1972.
2. FRONDIZI, Risieri. Universidade e Sociedade. Diálogo, VI (III): 41-45, 1973.
3. FRONDIZI, R. idem.
4. BRAGA, E. New Concepts in Medical Education. Ciba Foundation Symposium on Teamwork for World Health, 1971.
5. CHAVES, M. Regionalização Docente Assistencial e Níveis de Assistência. Seminário sobre Hospitais de Ensino. PNTE, Rio de Janeiro, 1975.
6. MACK, R. Affiliation Agreements between the University and the Community Hospitals. JAMA, 228 (6): 721-724, maio, 1974.
7. OSLER, W. On the influence of a Hospital upon the Medical Profession of a Community. In The Continuing Education, 1969, p. 147.
8. GLICK, N. Ao leitor. Diálogo, V (IV): 4, 1972.
9. NAJMAN, D. Professores de quê e para quê? O Correio da UNESCO, Ano 3, número 8, agosto, 1975.
10. FRAGA FILHO, C. Missão Universitária e Atualidade Médico-social. Universidade do Brasil, março, 1963.

ENSINO MÉDICO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

ENSINO MÉDICO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

"In the absence of medical knowledge gained through new research, or of administrative knowledge to convert common practice into best practice, current medicine has gone as far as it can. It will not burn brighter if more money is poured on it. "

*Aaron Wildavsky**

Em trabalho recente sobre "O ensino médico e a conjuntura nacional de saúde", disse Emani Braga: "O processo de formação das profissões da saúde fica, de qualquer modo, submetido a duas esferas de influência, isto é, a educacional e a da prestação de serviços, cada uma delas a exigir que suas prioridades sejam definidas, enquanto buscam estabelecer um consórcio idealmente equilibrado, mas que, na verdade, vive em permanente estado de tensão. A tendência, porém, é de que os sistemas formador e utilizador do pessoal de saúde deixem, em algum momento, de seguir caminhos paralelos e terminem por se harmonizar na medida em que os serviços de saúde e o setor educacional evoluam, não apenas em termos de ações, mas, especialmente, de conceitos comuns."²

Em artigo, também recente, Carlos Gentile de Mello historia as relações entre os hospitais de ensino e a Previdência Social, insistindo na tese contrária à privatização daqueles hospitais.³

Do pronunciamento dessas duas vozes autorizadas, uma ligada ao setor educacional, outra ao de prestação de serviços de saúde, ressalta o fato de que, apesar dos progressos realizados, ainda está longe o entendimento perfeito entre os dois setores. Não será isso por falta de dispositivos legais e de conceitos, abundantes em textos oficiais e em documentos de procedência idônea.

Já citamos a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, segundo a qual os gastos com a assistência social e hospitalar não são considerados despesas com o ensino, e o Decreto 63.341,

de 1968, que determinava: "Evitar-se-á a construção de novos hospitais de clínicas (. . .) Aos hospitais já existentes o INPS deverá reservar quota substancial de seus convênios". Em 1974, o II Plano Nacional de Desenvolvimento afirmava que "a competência do Estado para organizar a ação social, com vistas à proteção e recuperação da saúde da população, justifica uma estratégia que vise, primordialmente, à clara definição institucional do setor, com base em mecanismos de coordenação que anulem imprecisões ou superposições de âmbitos de atuação". Em julho de 1975, a Lei 6.229 "dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde", visando à coordenação dos serviços de saúde existentes no País. Finalmente, em setembro de 1977, a Lei 6.439 instituía o Sistema Nacional de Previdência Social, reunindo em um só órgão, o INAMPS — as atividades de assistência médica das instituições de previdência e assistência social.

O Documento Nº 2, da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura, de março de 1974, estudando, em profundidade, as relações entre ensino médico e instituições de saúde, ressaltava a necessidade urgente de coordenação entre o então INPS e as escolas de Medicina, chegando mesmo a recomendar as etapas gradativas desse relacionamento. Pode-se dizer que daí surgiu o convênio-padrão entre o MEC e o MPAS, assinado pelos respectivos Ministros de Estado, em outubro de 1974.

Informações básicas

Para facilitar a compreensão das relações necessárias entre os hospitais de ensino e a Previdência Social, convém citar alguns dados, recolhidos de documentos oficiais:

1. existem 138 hospitais — públicos e privados — vinculados às escolas médicas do País, oferecendo um total de 32.000 leitos, aproximadamente 2.000 salas de ambulatórios e um corpo clínico-docente de cerca de 11.000 médicos, o que representa apreciável contribuição quantitativa prestada pelas escolas à assis-

tenda médica*. A rede de hospitais contratados perfaz um total de cerca de 190.000 leitos;

2. 80 a 95% da clientela dos hospitais de ensino são constituídos por beneficiários da Previdência Social;

3. do total das despesas previstas no orçamento do INAMPS, a maior parcela, cerca de 40%, destina-se ao pagamento de honorários médicos, pelo sistema de remuneração por unidade de serviços, de acordo com a tabela de honorários médicos e hospitalares. Seguem-se, em ordem decrescente 36% pagos aos hospitais contratados, compreendendo diárias, taxas, exames, medicamentos; 17% correspondentes aos serviços próprios — 39 hospitais e 436 postos de assistência; e 7% aos convênios com empresas, sindicatos, governos (federal, estadual e municipal) e universidades. Os convênios com universidades representam apenas 0,5% do total

4. mais de 90% das internações hospitalares de segurados da Previdência Social ocorrem na rede contratada, 7,5% em estabelecimentos conveniados e 2,3% em hospitais próprios**;

5. no tocante à assistência ambulatorial, a situação é bem diferente: 43,9% nos serviços próprios, 34,6% em contratados e 21,5% em conveniados;

6. as internações hospitalares mais frequentes são registradas em Clínica Médica, seguindo-se Obstetrícia, Cirurgia, Psiquiatria e Tisiologia;

7. os gastos maiores são com assistência cirúrgica, seguindo-se Clínica Médica, Obstetrícia, Psiquiatria e Tisiologia.

*Dados do Ministério da Educação e Cultura

MPAS.Secretaria de Serviços Médicos, março de 1979 e INAMPS, relatório das atividades de 1978. *MPAS. DATAPREV -O modelo previdenciário brasileiro. Rio, 1978.

Relações MEC/MPAS. O Convênio Padrão

O relatório do Grupo Interministerial, criado em setembro de 1978, para estudar a situação dos recursos humanos da área da saúde, assinala a ausência de efetiva integração entre os setores de formação de pessoal e de prestação de cuidados de saúde, apesar da lei e dos conceitos vigentes. Reconhece que "é a própria estrutura da assistência médica que exerce ação dominante sobre o processo de formação de recursos humanos, principalmente através do mercado de trabalho e das condições que circunscrevem a prática médica". E, entretanto, "é comum atribuir-se às escolas as inadequações de qualidade, quantidade e perfil profissional". Em relação ao convênio-padrão MEC/MPAS, diz, textualmente, o relatório: "observou-se, depois, que esta quota — também chamada de subsídio — produzia um faturamento de cerca de 50% inferior ao aferido pelos hospitais privados pelo mesmo tipo de serviço, ou seja, o setor educacional desviava recursos próprios da educação e pesquisa para financiar o tratamento de pessoas que, compulsoriamente, pré-pagam sua assistência médica ao INAMPS."⁴

A grande predominância das internações da Previdência Social nos hospitais privados torna os serviços mais onerosos, pela extrema dificuldade de controle. Criam-se, ao mesmo tempo, problemas administrativos e uma série de abusos e distorções, que concorrem para o desprestígio da Medicina e para desmerecer a imagem do INAMPS.

Dentro da modalidade de contratos privados incluem-se os atos que requerem equipamentos sofisticados, aos quais se atribue maior remuneração, o que tem levado a multiplicar sua instalação em locais menos adequados. Esses equipamentos, que deveriam ser preferentemente localizados em hospitais de ensino, ou nos próprios do INAMPS, o são em empresas particulares, que precisam tornar o investimento rentável. Enquanto isso, os órgãos oficiais lutam com toda a sorte de dificuldades financeiras para adquirir aparelhagem técnica moderna, que serviria não só ao atendimento

mais barato das necessidades, como ao aperfeiçoamento de profissionais do serviço público, especialmente dos docentes. Observa o relatório acima citado que o Governo vem desenvolvendo grandes esforços e investimentos na pós-graduação de profissionais de saúde, que, treinados para o uso de tecnologia avançada, encontram dificuldade de acesso ao instrumental adequado para suas atividades no ensino, na pesquisa e na assistência. "Em contraposição, as clínicas e hospitais privados têm se mostrado capazes de, rapidamente, adquirir equipamentos modernos, colocando-os à disposição da população, através do INAMPS".

Os convênios com Universidades objetivam a integração dos hospitais de ensino nos programas de assistência médica da Previdência Social. Assim, sua primeira e grande vantagem seria promover a desejada articulação entre os sistemas formador e utilizador de recursos humanos para a saúde. Outras muitas vantagens devem ser assinaladas: os hospitais de ensino não têm fins lucrativos, de modo que o sistema de controle de gastos pode ser simplificado; eles oferecem, na maioria das vezes, bom padrão assistencial, em consonância com seus objetivos de ensino e pesquisa; representam um investimento de retorno certo, uma vez que a Previdência estará contribuindo para que se formem profissionais que, mais tarde, irão servi-la.

Alguns hospitais de ensino ainda se regem pela modalidade de pagamento por unidade de serviço, tal como os da rede privada, o que lhes assegura melhor retribuição. Na prática, complica-se o sistema administrativo e dilatam-se os prazos de pagamento, com atrasos que deixam em permanente desequilíbrio sua situação financeira, conforme está acontecendo na maioria dos hospitais de ensino, mesmo naqueles ligados a esse tipo de convênio.

O chamado convênio-padrão, assinado em 1974 pelos Ministros Ney Braga e Nascimento e Silva, estabelece o pagamento por alta hospitalar clínica, contempla o atendimento ambulatorial e rétribue os atos cirúrgicos de acordo com uma tabela.

São inegáveis suas vantagens: "favorece a simplificação administrativa, para ambas as partes, reduzindo custos e (. . .) afastando a hipótese de glosas e retardamentos; facilita o pagamento mais pronto e regular; permite maior liberdade e flexibilidade dos programas de assistência, ensino e pesquisa."⁵

No entanto, na prática, esse convênio tem sido extremamente desfavorável para os hospitais universitários. O pagamento por alta está fixado em Cr\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta cruzeiros), abrangendo hotelaria, serviços, exames e medicamentos. A consulta ambulatorial é retribuída com Cr\$ 251,00 (duzentos e cinquenta e um cruzeiros), incluindo, também, os exames complementares.* Os valores de retribuição são fixados e reajustados, em portarias anuais, pelo Ministério da Previdência, sem audiência do Ministério da Educação, ou sem atender a seus reiterados reclamos. Esses valores não levam em conta a inflação hospitalar, o padrão técnico e os objetivos desses hospitais, nem o fato de que eles podem concorrer para reduzir as aberrações conhecidas e proclamadas da assistência médica. Essas portarias chegam a desrespeitar cláusula do próprio convênio, que recomenda dar preferência aos hospitais de ensino para a execução de processos complementares especiais e mais diferenciados. Nos últimos dois anos, ao invés de pagamento adicional por esses atos, descontam-se do pagamento global parcelas correspondentes à eventual impossibilidade de execução de tais procedimentos diagnósticos e terapêuticos!

Até o momento, têm sido inúteis as tentativas no sentido de melhorar as condições do convênio MEC/MPAS. De nada têm valido pronunciamentos do Ministério da Educação, de grupos de trabalho interministeriais, do Conselho de Reitores, da Associação Brasileira de Educação Médica e da Associação Médica Brasileira. A verdade é que a área da educação está financiando a da assistência médica.

* Valores vigentes em Abril de 1980.

Insatisfações e expectativas

A citação tomada para epígrafe deste trabalho, reflete as incertezas e perplexidades que envolvem a prática médica, nos tempos atuais. Em nosso país, ainda será necessário investir maior soma de recursos no atendimento à saúde, passando dos 4,2% atuais do PNB para 6%, conforme sugeriu, recentemente, Carlyle Macedo⁶. Mas, é essencial a solução administrativa, para o emprego mais racional dos recursos disponíveis.

Adverte, ainda, Wildavsky, para o fato de que a maior disponibilidade de cuidados médicos não é igual, necessariamente, a melhor saúde. Estima-se que o sistema integrado por médicos, hospitais e medicamentos influe em cerca de 10% sobre os índices de saúde: mortalidade infantil, dias de trabalho perdidos por doença, longevidade. Os restantes 90% são determinados por fatores sobre os quais a Medicina exerce pouco, ou nenhum controle, tais como os hábitos individuais de vida, as condições sociais, o meio físico.⁷

Franz Ingelfinger comenta que o médico de hoje, apesar de todo poderoso pelos instrumentos de que dispõe, sente-se inseguro de seu poder, de seu **status**, de sua influência e, sobretudo, da racionalidade dos serviços médicos. Essa insegurança, quando não o receio de processos judiciais, como acontece nos Estados Unidos, o leva a praticar uma "medicina defensiva", isto é, multiplicação dos exames e solicitação de testes diferenciados, mesmo quando seja infinitesimal a probabilidade de obter dos mesmos uma informação relevante.⁸

De outra parte, não estão satisfeitas as escolas médicas, das quais muito se exige, em termos de definição de marcos conceituais; de melhoria das condições do ensino; de compromissos com a pesquisa e, ao mesmo tempo, de adequação à realidade da situação de saúde; em suma, de produzir mais e melhor, com menores custos.

Muito menos satisfeita, ainda, estará a legião dos que, nas zonas urbanas, ou rurais, não recebem qualquer atendimento, ou o têm de forma precária.

O consumo crescente de serviços de saúde é inerente à sociedade moderna e os recursos financeiros não são ilimitados. Por isso mesmo, impõem-se mecanismos de controle sobre a oferta, dimensionando-a e estruturando-a em função das necessidades básicas da maioria da população. O essencial será uma política de saúde em que os meios disponíveis sejam mais racionalmente aproveitados, através da fixação de prioridades; da coordenação dos subsistemas formador e utilizador de recursos humanos para a saúde; da regionalização e hierarquização das áreas de saúde, determinando, com nitidez, os níveis de atendimento e os campos de atuação dos vários setores públicos e privados. _Nesse contexto, é de maior significação o entendimento entre as escolas médicas e a previdência social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WILDAVSKY, A. Doing Better and Feeling Worse: The Political Pathology of Health Policy, in Daedalus. Journal of the American Academy of **Arts** and Sciences. Vol. 106, Nº 1, Winter, 1977.
2. BRAGA, E. O ensino médico e a conjuntura nacional de saúde. Seminário sobre Ensino Médico. Academia Nacional de Medicina, junho, 1979.
3. GENTILE DE MELLO, C. A privatização do H.C. A Folha de Sao Paulo. Sao Paulo, 27.10.79.
4. GOVERNO FEDERAL. Relatório do Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde, março, 1979.
5. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Relatório da Comissão Especial para Estudo do Convênio MPAS e Hospital de Ensino, abril, 1979.
6. MACEDO, CG. O Sistema Nacional de Saúde e a formação de recursos humanos. Conferência no **XVII** Congresso Brasileiro de Educação Médica. Poços de Caldas, 1979.
7. WILDAVSKY, A. op.cit.
8. INGELFINGER, F. Management Medicine: The Doctor's **Job** Today, in "Great Ideas Today". Enciclopédia Britânica. Inc. 1978.

**PREPARO DIDÁTICO-PEDAGÓGICO
DO DOCENTE DE MEDICINA**

PREPARO DIDÁTICO-PEDAGÓGICO DO DOCENTE DE MEDICINA

"Un fait demeure: ceux qui enseignent dans des établissements de niveau postsecondaire n'ont pas été préparés à l'enseignement. Nous avons persisté à penser que les dons pédagogiques sont innés et ne peuvent s'acquérir, qu'il suffit de bien connaître une chose pour pouvoir l'enseigner (c'est seulement le contraire qui est vrai: on ne peut enseigner ce qu'on ignore)."

Existe, hoje, viva a consciência da necessidade de preparação especial que capacite o professor universitário para as tarefas de transmissão de conhecimentos, experiências, atitudes e valores, a fim de que a educação superior proporcione, a todos os estudantes, formação ajustada às exigências do exercício profissional correto.

A área médica, desde o início da década de 50, mostra-se interessada no trabalho dos especialistas da educação, com os quais vem desenvolvendo projetos diversos, no sentido do aperfeiçoamento do processo ensino-aprendizagem em suas escolas.

Nesse sentido, ressalta a preocupação com o preparo didático-pedagógico do docente de Medicina, claramente manifestada pela Associação Brasileira de Educação Médica, desde sua fundação, e consolidada, em 1973, com a criação de um programa contínuo com tal finalidade². Na mesma linha, orientam-se atividades do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES/CLATES), na Universidade Federal do Rio de Janeiro, expressas nos múltiplos cursos anuais que se oferecem ao corpo docente das carreiras da saúde.

Entre professores que participam de cursos dessa natureza,

são freqüentes as manifestações de maior compromisso com encargos didáticos, não raro declaradas pela aceitação de responsabilidades diretas nos projetos educacionais da instituição. Essa é, **por** exemplo, a experiência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro que, nos anos de 1974 e 1976, patrocinou, para dois grupos docentes, cursos de Metodologia do Ensino Superior, a cargo do Instituto de Estudos Avançados em Educação, da Fundação Getúlio Vargas.

Verifica-se, entretanto, que o trabalho aperfeiçoado desses professores permanece a serviço de uma prática de ensino tradicional, cujas distorções não compete lembrar no momento. Sem a redefinição da prática educacional, os egressos de nosso sistema de ensino, pela fragilidade de seus conhecimentos, técnicas e valores, permanecerão vulneráveis às conformações e deformações da prática médica.

Sucedem que o interesse pela correção do despreparo didático-pedagógico vinculou-se à inquietação com as dificuldades e as deficiências do processo ensino-aprendizagem, agravadas com a expansão da rede de escolas e do número de matrículas. Resta acrescentar a essas preocupações legítimas a que se refere à noção do ensino médico como atividade meio, capaz de formar profissionais habilitados a produzir, ou catalisar as transformações necessárias na prática da Medicina.

É preciso combater a atividade docente que se resume em contatos episódicos com grupos de alunos desconhecidos, no âmbito exclusivo de uma determinada disciplina, na qual a tarefa de ensino é um **fim** em si mesma, que se esgota no procedimento didático realizado na enfermaria, no ambulatório, ou na sala de aula.

Sem ampliar a dimensão pedagógica do ensino da Medicina, sem tornar clara a noção de que o curso de graduação é o instrumento para preparar o contingente dos recursos humanos para o setor saúde do País, permanecerão estéreis os trabalhos de

análise crítica e reformulação dos currículos. Continuarão os inconvenientes da dicotomia entre ensino e assistência, da ausência de responsabilidade dos estudantes nas ações assistenciais, do anonimato na relação professor-aluno, da despreocupação do docente com a formação de atitudes e hábitos de estudo dos alunos.

É necessário aprimorar a capacidade de comunicação do professor. É igualmente importante transformá-lo em "competente planejador e administrador de projetos de curso e de programas de aprendizagem."³ É também fundamental fazê-lo conhecer a organização curricular do curso médico, as práticas de ensino e de avaliação de suas várias disciplinas, e motivá-lo a avaliar continuamente essas práticas. Tem faltado, entretanto, paralelamente a essas iniciativas, estímulo ao desenvolvimento de atitude de reflexão crítica que permita ao professor desempenhar, adequadamente, seu papel de agente de mudança social. Observou um dos pioneiros da moderna educação médica, George Miller: "With few exceptions members of medical schools faculties do not regard themselves first as teachers even though they appear to prize their academic posts."⁴

Na tentativa de impedir que o ensino médico deixe de ser esse processo de autoperpetuação, torna-se indispensável incluir, em programas de atualização, ou preparo pedagógico, a discussão acerca das funções atuais da universidade, das políticas de educação e de saúde, das interrelações das práticas de ensino e de assistência médica.

Sistema Nacional de Saúde, Formação de Recursos Humanos para a Saúde, Regionalização Docente-Assistencial, Assistência Primária à Saúde, Ensino Médico e Previdência Social, Economia da Saúde, Concepção e Organização da Universidade, entre vários outros, são exemplos de temas de análise obrigatória em programas destinados ao aperfeiçoamento do pessoal docente.

A visão de conjunto dos subsistemas de educação e saúde e das características do processo de formação e de utilização de

pessoal para a saúde é que permitirá ao docente selecionar experiências de aprendizagem produtivas, que criem, nos profissionais do futuro, a determinação de participar eficazmente na resolução dos problemas de saúde brasileiros.

O relatório da Comissão Internacional para o Progresso da Educação, da UNESCO, concluído em 1972, com o título "Apprendre à être", assinala:

"Les éducateurs, dont l'une des tâches essentielles est actuellement de transformer les mentalités et les qualifications inhérentes à toutes les professions, devraient être les premiers disposés à repenser et transformer les critères et les données de la profession enseignante."

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MACKENZIE, N. et alii. **Art d'enseigner et art d'apprendre**. UNESCO, Paris, 1971.
2. AMANCIO FILHO, A. et alii. Educação Médica: Pressupostos e Referências. **Revista Brasileira de Educação Médica**, II (3): 13-20, set/dez. 1978.
3. BAUZER, R. Curso piloto de metodologia do ensino superior. **Forum educacional**, 2(3): 93—106, Fundação Getúlio Vargas, jul/set, 1978.
4. MILLER et alii. **Teaching and Learning in Medical Schools**. Harvard University Press, 1961.

OS CONCURSOS PARA A CARREIRA ACADÊMICA

OS CONCURSOS PARA A CARREIRA ACADÊMICA

*Percebemos bem isso, quando, em qualquer de
nossos atos, por um acontecimento infeliz, (...)
nos damos conta de não estarmos por inteiro
naquele ato e que seria, portanto, uma injustiça
atroz julgar-nos só por isso ... durante uma
existência inteira, como se tôda ela se
resumissem naquele ato!*

Pirandello'

Na Faculdade de Medicina da UFRJ, no período de 1974 a 1978, realizaram-se 106 concursos, dos quais 70 para preenchimento de vagas nas três categorias do Grupo Magistério, e 36 para a docência-livre².

Acompanhamos vários desses concursos que, enquanto se fazem, modificam a atmosfera do trabalho cotidiano, pela idéia de renovação que trazem implícita, pelo estímulo à emulação em nível elevado, pela alegria dos resultados justos e compensadores. Em sua observação atenta, entretanto, identificam-se alguns pontos que estão merecendo trabalho de revisão. Mantêm-se práticas tradicionais, que não aproveitam o moderno instrumental existente no campo da medida e avaliação educacionais.

A seleção, ou promoção de professores, através da prestação de concurso, tem o inconveniente de apoiar-se, apenas, em amostras sumárias e, por vêzes, não representativas do desempenho docente. "Se é verdade que muitas vezes os melhor dotados acabam por sobressair, também é fato que numerosas qualidades jamais conseguem vencer barreiras do ambiente (quando não do próprio indivíduo)."³ A diversidade das provas e, em particular, o exame dos títulos do candidato, mecanismos utilizados para reduzir o inconveniente apontado, não são suficientes.

Esse tipo de seleção repousa, somente, na aferição dos co-

nhcimentos e habilidades presentes. "Em vez de julgar os aspirantes ao cargo, como de hábito, somente pelo que já sabem, será melhor descobrir os que mais prometem."⁴ uma das distorções do processo vigente é não incluir a medida de atitudes dos candidatos. Atitudes não só relativas às funções da universidade, aos propósitos da educação superior, ao papel do professor universitário etc, mas, também, aquelas demonstradas na atividade diária, tais como, relacionamento interpessoal, espírito de colaboração, iniciativa, rendimento do trabalho, zelo institucional. Não se desconhecem, todavia, os múltiplos obstáculos inerentes a esse tipo de avaliação: necessidade de técnicos para seleção e construção dos instrumentos adequados, tempo, custo, **erros** de julgamento, variedade de procedência dos candidatos, entre outros.

Enquanto se mantêm os concursos, apoiados nos mesmos instrumentos tradicionais — exame de títulos, prova escrita, prova prática, prova didática, e de defesa de tese — por que não tentar introduzir modificações, objetivando não apenas a melhor preparação de examinadores e candidatos, como, ainda, o rigor dos resultados e a redução do artificialismo do processo?

Programas de Concurso

Os programas de concurso são, geralmente, simples listagens de assuntos, não raro, desordenadas e calcadas no conteúdo programático das disciplinas do curso de graduação. Curiosa coincidência essa, porque, a despeito da forma e da profundidade com que a matéria pode ser diferentemente tratada, numa, ou noutra situação, a seleção dos temas deve estar em conflito com critérios de relevância. O saber acadêmico, exigido do docente universitário não se superpõe ao saber prático, característico do exercício da medicina, e para a qual devem ser preparados os alunos. Não podem coincidir, portanto, os programas. Torna-se necessário estabelecer critérios para selecionar e organizar os temas que os compõem.

Exame de Títulos

O Conselho de Coordenação do Centro de Ciências da Saúde da UFRJ, criteriosamente, aprovou normas para julgamento dos títulos, que foram classificados em quatro categorias, valorizadas com pesos diferentes, conforme o nível para a qual se realiza o concurso: a) formação acadêmica; b) produção técnico-científica; c) experiência didático-pedagógica; d) outros títulos. As categorias e a atribuição de pesos refletem definição acerca do que se espera dos docentes em diferentes estágios da carreira. Assim, a formação acadêmica adquire maior valor para o preenchimento de vagas de professores assistentes e adjuntos; a experiência didático-pedagógica tem maior peso, apenas, nos concursos para professor assistente. Dos candidatos a professor titular, exige-se maior produção técnico-científica.

Sem reduzir o valor da investigação científica, especialmente da que se aplica a nossa realidade, cabe perguntar se o modelo, inspirado no americano, por sua vez influenciado pelo alemão, é adequado, senão ao País, pelo menos, ao momento. Sublinha-se a interdependência ensino/pesquisa. Não raro, entretanto, observa-se a dicotomia dessas atividades: professores dedicam-se à pesquisa, desvinculando-se do ensino, especialmente o de graduação. A tabela vigente legitima esse fato. A produção de conhecimentos será, de fato, atividade mais importante que a de formação de recursos humanos necessários ao desenvolvimento econômico-social? Quando a escola médica é tão criticada pela deformação e despreparo dos profissionais que produz, será adequado o estímulo ao afastamento dos mais experientes da prática de ensino? Em "A Carreira Acadêmica", diz o autor: "(...) fator que impede o ensino de ser uma carreira importante é que as faculdades e universidades, dedicadas, principalmente, a ensinar milhares de estudantes, obrigam seus professores a publicar. uma situação parecida seria a do escritório de advocacia que produzisse artigos para as revistas de direito e negligenciasse os clientes".⁵

A importância dada à produção técnico-científica é tanto maior porque, em nenhuma das categorias, se valorizam a quantidade e a qualidade das ações de ensino e de assistência. A experiência didático-pedagógica que se aprecia, lamentavelmente, quase se restringe ao exercício de cargos, ou funções no ensino superior, de modo injustificado, distingue a experiência em nível de pós-graduação. Essa é outra das várias distorções que desencorajam o compromisso didático-assistencial diário, fundamental para o ensino de graduação. Diz George Pickering: "(...) o ensino por se não recebe tais honras ou aclamações. O professor que dedica sua vida aos alunos tende a sentir que sai de cena sem ter sido glorificado".⁶

Quando será estimulado o compromisso dos professores com o ensino de disciplinas instrumentais como, por exemplo, a Semiologia, e com a sólida formação ética e humanística dos médicos de amanhã, capacitando-os a participar da transformação do sombrio panorama brasileiro de saúde? Quando serão contempladas as ações assistenciais prestadas pelos docentes?

Enquanto persistirem essas distorções, permanecerão a busca excessiva pela especialidade, a contestação à prática nos ambulatórios, o desinteresse pelas atividades educacionais e o refúgio no trabalho com os métodos especiais de diagnóstico e tratamento.

uma nova tabela para apreciação dos títulos deveria tentar corrigir as falhas assinaladas, e contemplar as várias opções permitidas, ou, até mesmo, exigidas pelo trabalho universitário. Hoje, nitidamente, distinguem-se docentes mais inclinados para atividades numa das áreas seguintes: pesquisa, ensino, assistência e administração. As normas atuais privilegiam, apenas, algumas dessas áreas, ou, mais restritivamente, funções nessas áreas, com a desvantagem de trazer implícito um modelo único a ser observado por todos os professores. É imperativo, portanto, criar um modelo abrangente, que contemple a totalidade das ações necessárias ao desenvolvimento da vida universitária e que não contrarie a ten-

dência natural de maior dedicação a determinado setor de atividade.

Prova Escrita

Falha, hoje, inadmissível é resumir-se a prova escrita a uma questão que versa tema único. A prova, como instrumento de medida, deve colher amostra representativa do conhecimento de todo o programa, o que é incompatível com sua elaboração improvisada, no momento de instalação dos trabalhos da banca examinadora, com base no sorteio de pontos.

Outro aspecto a considerar é sua forma de correção — leitura pelo próprio candidato, ou pelos membros da banca, isoladamente. uma e outra têm o inconveniente, já muito conhecido, da subjetividade do julgamento, sendo que na primeira, além da fragilidade da comparação dos candidatos, não se possibilita a revisão, pelo examinador, para mais apurada atribuição do grau.

Por que não seguir as normas para elaboração e correção de provas escritas clássicas, de tão fácil acesso na literatura especializada?

Prova Didática

Nessa etapa, concentram-se distorções. com antecedência de 24 a 48 horas, sorteia-se o ponto, e tem início verdadeira gincana. O candidato e seus amigos, velozmente, dão começo ao cumprimento das tarefas. Corre-se para os especialistas no assunto sorteado, para absorver sua experiência. Buscam-se patologistas, radiologistas, desenhistas e fotógrafos para a ilustração, às vezes desmedida, da aula. A casa do candidato é um ruidoso vai-e-vem de colaboradores; o telefone soa continuamente; as opiniões se multiplicam, se entrecrocaram e confundem o candidato que, afinal, começa a ensaiar a aula. Hora avançada, repousa um pouco, para

mais tarde comparecer, cansado e tenso, diante da banca. E aí tem início outra rotina: luz apagada e sucessão exagerada de dispositivos, em geral de fundo azul e letras brancas, em desrespeito à principal das recomendações para sua feitura: "Palavras não são recursos visuais!"⁷ Piores os casos em que o candidato, pela primeira vez, usa o retroprojetor. Faz, normalmente, de forma errada e, não raro, embaraçosa. Modismo injustificado também é a distribuição de objetivos ao iniciar a aula, recurso em desacordo com o momento e, por isso mesmo, não utilizado pelo candidato, nem ao longo, nem ao final da exposição.

Todos conhecemos esses artificialismos. Por que perpetuá-los? Por que não estabelecer, claramente, os aspectos que estarão em julgamento?

A definição do que se espera dos candidatos permitirá orientá-los melhor, estabelecer o intervalo adequado entre o sorteio do ponto e a aula e, especialmente, fixar critérios para julgamento. Observa-se falta de consenso, até mesmo, acerca do nível da aula: deve ajustar-se à graduação, ou à pós-graduação?

Curioso, entretanto, é o seguinte. Vários dos últimos professores que se incorporam à Congregação da Faculdade, além de intensa atividade no ensino, eram, reconhecidamente, excelentes didatas. Vale dizer, "passaram a vida dando aulas", num ambiente natural de interação professor-aluno, de comunicação de idéias, e com a responsabilidade de transmitir, corretamente, o conhecimento. Por que, para ser professor titular, foram julgados por um único desempenho e em condições extraordinariamente artificiais?

Prova Prática

Essa é a prova em que não há qualquer padronização das condições de medida: candidatos diferentes examinam doentes diferentes, interpretam métodos complementares diferentes, reali-

zam cirurgias diferentes. A subjetividade do julgamento é máxima. E os resultados são contaminados por impressões, preconceitos e sentimentos.

Além disso, permanecem as críticas que se fizerem à prova didática. Que atributos se querem verificar com essa prova? Por que julgar um único desempenho, quando, na maioria dos casos, a própria instituição legitimou a sucessão de desempenhos anteriores, quando estavam em risco a vida do doente e a aprendizagem do estudante?

Defesa de Tese

É a prova que se constitui em espetáculo. Por isso mesmo, não é raro ouvir-se de examinadores que a arguição se justifica pelo fato de dar ao candidato a "oportunidade de exhibir seus conhecimentos". Ao longo da história da Faculdade, assinalam-se professores notabilizados pela excelência de suas arguições; registram-se momentos de argúcia e inteligência viva na defesa de candidatos. Contrariamente, apontam-se instantes de constrangimento. Os elogios, por exemplo, que se fazem examinador e examinado, cabem quando têm a elegância da discrição e, sobretudo, da sinceridade. Previamente construídos, forjados, desmedidos, têm o dom de constranger. Também, os examinadores se expõem, quando, ao interrogarem fora de sua competência específica, e especialmente acerca da correção da linguagem e da metodologia do trabalho, chegam a considerar erros os acertos do candidato.

Mas, qual o objetivo dessa prova? Medir a qualidade do trabalho, da argumentação do candidato, ou de ambas? Se se medem ambas, por que, então, candidatos obtêm a nota máxima depois de sérias restrições à metodologia do trabalho?

Atribuição de Notas

Outro fator injustificável nos concursos são os graus confe-

ridos. Distinguem-se, aprovam-se, reprovam-se candidatos por décimos, ou mesmo, centésimos de ponto. As provas, como instrumentos de medida, devem ser sensíveis às variações individuais. Será, entretanto, que são instrumentos tão aperfeiçoados que permitem verificar diferenças tão próximas? Em que se diferenciam desempenhos descritos por números tais como 8,90 e 8,89? Por que candidatos recebem 7,01 e 9,9? O que permite conferir 9,3 e 9,1 a dois candidatos e, mais ainda, dizer que o primeiro está classificado, e o segundo não? As normas de concurso somente deveriam permitir fossem os graus atribuídos em números inteiros, na escala de 0 a 10, o que, possivelmente, dificultaria a tarefa dos examinadores, porém, tornaria mais nítidos os resultados. "Dê notas redondas, como 50, 60, 70, (...) não perdendo tempo com frações, numa medida imprecisa por sua própria natureza. Diversos estudos sobre provas de resposta aberta já revelaram que as notas variam muito segundo a pessoa que as julga e também de acordo com o momento em que ela o faz. Notas fracionárias em tais provas não têm valor, nem compensam o trabalho que dão (. . .)"⁸.

Esses comentários, embora na imperfeição da superficialidade, permitem entrever a fragilidade do mecanismo em que se apoiam a seleção e a promoção de professores universitários.

"Numa mesa redonda realizada na sede da UNESCO, sobre o papel e a função da universidade na sociedade moderna, os estudantes participantes concordaram em debater as questões suscitadas pela admissão de estudantes à universidade, mas com a condição de que fosse debatida, também, a questão da admissão de professores à universidade."⁹

O problema tem outras dimensões e complexidade. O que deve ser judiciosamente analisado é a composição do quadro do magistério superior. E isso implica autonomia universitária... E não é tarefa para poucos, pelo risco de se limitar, como estes comentários, a reajustes nas práticas tradicionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PI RANDE LO, L. **Seis personagens à procura de um autor**. (trad.) Sao Paulo, Abril Cultural, 1977.
2. FRAGA Fº, C. Relatório final da Diretoria (quadriano: setembro de 1974 a setembro de 1978), UFRJ, Faculdade de Medicina, 1978.
3. MEDEIROS, E.B. **Princípios** e Prática da Medida Psicológica. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1976.
4. MEDEIROS, E.B. *idem*.
5. LIGHT, D.W. A Carreira Acadêmica. **Diálogo**, VI (III): 15:21, 1973.
6. PICKERING, G. **O Desafio à Educação**, (trad. do inglês), Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1972.
7. JAY, A. Apresentação Eficiente. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1973.
8. MEDEIROS, E.B. **Provas objetivas**. 4ªed., Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1975.
9. NAJMAN, D. Professores de quê e para quê? **O CORREIO**, Unesco, ano 3, número 8, agosto, 1975.

NOVO CURRÍCULO PARA O CURSO MÉDICO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO*

•Clementino Fraga Filho, Alice Reis Rosa, Domingos de Paola, Paulo de Goes, Luiz Carlos Lobo,
Carlos Eduardo Rocha Miranda.

NOVO CURRÍCULO PARA O CURSO MÉDICO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

"// est évident que l'enseignement médical doit être adapté aux besoins de la société. Les besoins sanitaires se modifient rapidement dans de nombreuses sociétés et la conception de l'enseignement médical doit répondre a cette constante évolution. "x

Desde 1972, com base nas recomendações do Grupo de Trabalho para Estudos sobre o Currículo Médico*, designado pelos Diretores da Faculdade de Medicina e do Instituto de Ciências Biomédicas, Professores J.P.Lopes Poniese Newton de Castro, respectivamente, o curso de graduação em Medicina vem passando por um processo contínuo de revisão crítica.² Em conseqüência, nos últimos seis anos, todos os departamentos da Faculdade modificaram, em maior ou menor grau, suas atividades de ensino. Extinguiram, ou criaram disciplinas, estas resultantes da integração de disciplinas já existentes, de maneira que o total passou de 31 para 18, no ciclo profissional; ampliaram o número de cursos anuais, visando à redução de alunos em cada turma; ajustaram as cargas horárias das disciplinas; buscaram coordenação com disciplinas de outros departamentos; reviram os conteúdos programáticos, objetivando a relevância; renovaram procedimentos didáticos; aprimoraram os instrumentos de medida do rendimento escolar.

Movimento semelhante ocorreu nos Institutos responsáveis pelo ensino básico, com expressão maior na implantação de disciplinas abrangentes, resultantes da convergência de várias disciplinas isoladas, para o estudo dos sistemas orgânicos.

*Sob a coordenação de Clementino Fraga Filho, participaram desse grupo: Aderbai Caminada Sabrá, Agnello Collet, Alice Reis Rosa, Bruno Alípio Lobo, Domingos de Paola, Eustachio Portella Nunes Filho, Italo Suassuna, João Cardoso de Castro, João Paulo de Campos, José Rodrigues Coura, Orlando Marques Vieira, Otilio Leite Machado e Roberto Soares de Moura.

Apesar da conjugação de esforços dos departamentos e das direções das Unidades de Ensino, permanece a consciência, entre professores e alunos, da necessidade de mudanças mais significativas, que alterem os padrões tradicionais da formação médica. Muitas delas escapam à decisão no âmbito exclusivo da Universidade, porque são determinadas por fatores externos, tais como política de saúde, organização dos serviços de saúde, prática médica e mercado de trabalho. Outras, todavia, são da competência dos colegiados acadêmicos, como, por exemplo, a organização curricular*.

A observação de Jorge de Andrade, de 1971, mantém-se atual em relação ao nosso currículo:

"A divisão do currículo em um ciclo básico e outro clínico (. . .) tenderia a inculcar nos alunos um conceito de homem normal essencialmente distinto do enfermo e, como consequência, a doença seria percebida como algo diferente, que tem limites precisos e que diferencia o primeiro do segundo. (. . .) No ciclo clínico (. . .), a influência do ensino quase exclusivamente centrado no paciente hospitalizado, a separação dos pacientes por especialidades, a escassa ou nenhuma oportunidade que têm os alunos de observar o desenvolvimento da história natural das doenças pela divisão do currículo em múltiplas unidades, ou períodos de prática de pequena duração."³

A inanidade das reformas curriculares fica evidente quando se verifica que permaneceu imutável o modelo estruturador da formação médica⁴. As características curriculares prosseguem reforçando a atenção do estudante, já configurada pelo processo de socialização anterior ao ingresso na Faculdade, para o indivíduo, o biológico, a doença, a cura, a atividade hospitalar, a formação especializada, isto é, para os conceitos prevalentes na prática médica.

*Tome-se, como exemplo, "O processo de desenvolvimento curricular em educação médica na Universidade Federal de Minas Gerais", 1976.

Essas observações foram feitas, também, pelo grupo constituído em 1976* , por designação dos Diretores da Faculdade de Medicina e do Instituto de Ciências Biomédicas, Professores Clementino Fraga Filho e George Doyle Maia, respectivamente, para fazer a análise das reformulações curriculares ocorridas no período de 1973/1976, e fixar diretrizes para a continuação do trabalho. Entre estas, salientam-se:

- a) substituir a estrutura disciplinar rígida, do currículo atual, por outra interdisciplinar, flexível;
- b) interligar, dinamicamente, o ensino dos ciclos básico e profissional;
- c) planejar o ensino do ciclo profissional em função da praxis médica e da saúde da comunidade;
- d) planejar o ensino do ciclo básico em função das necessidades do ciclo profissional;
- e) redefinir a participação do aluno, atribuindo-lhe tarefas específicas na prestação de serviços de assistência, conforme o estágio de sua formação, sob supervisão docente;
- f) redefinir o papel do professor como um orientador da aprendizagem, que estimula a busca de conhecimentos, atento às implicações éticas e sociais da formação profissional;
- g) estender a duração do internato para 18 meses.⁵

Por suas marcadas repercussões no currículo, dois fatos recentes devem ser assinalados: a redução progressiva do número de matrículas, de 320 para 160, com a implantação simultânea do duplo ingresso* ,e a abertura do Hospital Universitário, que, além

*Sob a coordenação de J.P. Lopes Pontes, compuseram esse grupo: Alice Reis Rosa, Bruno Alípio Lobo, Domingos de Paola, Eustachio Portella Nunes Filho, Gilberto Mendes Oliveira Castro, José Rodrigues Coura, Luiz Rodolpho Gabaglia Travassos e urlando Marques Vieira.

**A partir de 1980, matriculam-se 80 alunos por semestre.

da melhoria da quantidade e qualidade dos recursos didáticos, oferecerá, por sua articulação com as demais unidades de saúde da XXª Região Administrativa, ampliação e diversificação dos locais de treinamento para os estudantes.

Por todas essas razões, entendeu o atual Diretor da Faculdade de Medicina, **Prof. J.P. Lopes Pontes**, criar um grupo com representação dos Institutos básicos, da Faculdade de Medicina e do NUTES/CLATES para propor um projeto de reforma curricular mais conforme às tendências atuais da preparação de recursos humanos para a saúde.

Marcos de referência

Em 1972, a Congregação da Faculdade de Medicina, ao aprovar as recomendações do Grupo de Trabalho referido inicialmente, estabeleceu como objetivo institucional a formação de médicos habilitados à prática clínica não especializada, ou dirigidos para a iniciação numa especialidade, capacitados a exercer assistência médica global, e orientados para os problemas de saúde da comunidade.⁶

Em 1974, nas recomendações da Comissão de Ensino Médico do Ministério de Educação assinalava-se que "as transformações sociais e o progresso da ciência modificaram por completo não só as perspectivas da assistência à coletividade, senão mesmo o próprio conceito de saúde. As idéias de prevenção da doença e promoção da saúde constituem objetivos essenciais na formação profissional. Não será mais justificável formar médicos de acordo com os esquemas tradicionais, (. . .) no sentido individualista da chamada medicina curativa."⁷

Em 1975, a Lei Nº 6.229, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde, determinou caber ao Ministério da Educação "orientar a formação do pessoal de saúde para atender às necessidades prioritárias da área, em quantidade e qualidade".

Em 1976, novo documento do Ministério da Educação,

sublinhando o necessário caráter terminal do curso de graduação, recomendou às escolas médicas "ênfatisar, no conteúdo curricular, os elementos essenciais e os princípios fundamentais da ciência médica, necessários para que o estudante, ao terminar o curso, possa realmente exercer a profissão".⁸

Ainda em 1976, representantes das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Ministério da Previdência e Assistência Social, e da Escola Nacional de Saúde Pública, reunidos em grupo de trabalho, elaboraram documento que serviu de base para estabelecer a cooperação entre as diversas instituições de saúde que atuam na XXª Região Administrativa do Município do Rio de Janeiro, escolhida como área para desenvolvimento de programa docente-assistencial regionalizado. Entre os objetivos desse programa, inclui-se a corresponsabilidade do estudante nas "ações individuais e coletivas de proteção e recuperação da saúde, a partir dos cuidados de nível primário".⁹

Assim sendo, o projeto de reforma curricular deverá inspirar-se nos documentos citados. Para atingir os objetivos neles definidos, é necessário adotar o trabalho interdisciplinar, utilizar princípios pedagógicos atualizados, e desenvolver o espírito científico em professores e alunos.

A interdisciplinaridade é exigência da própria formação profissional, para a qual é recurso indispensável no combate à divisão artificial do conhecimento médico, referente a uma prática que se deseja global e multidimensional. Acrescentem-se as vantagens do método para assegurar a economia de recursos, a simplificação das rotinas administrativas e o aprimoramento da avaliação do rendimento escolar, além da "aproximação dos professores e a realização de objetivos comuns a partir de perspectivas diversas".¹⁰

A formação profissional exige, também, aceitação de novos princípios pedagógicos: aprender fazendo, ou buscando, ativa-

mente, informações e orientação; desenvolver exercitando-se; aprimorar pela crítica judiciosa da ação; motivar pela atribuição de responsabilidades definidas. De tais princípios, resulta optar por um currículo parcialmente estruturado, ou seja, composto de atividades didáticas formalmente programadas, e, predominantemente, de experiências de aprendizagem decorrentes da inserção efetiva do aluno no processo de prestação de serviços.

Quanto à pesquisa, há muito se reconhece, no campo da educação médica, seu efeito fertilizante do ensino. uma comissão de especialistas da OMS assinala a importância da investigação orientada para as necessidades de saúde do país, e reconhece que ela eleva o nível do corpo docente e que o espírito científico prepara melhor o estudante para o exercício futuro da profissão.¹¹

Organização Curricular

A organização curricular, de acordo com as diretrizes expostas, está representada no Quadro 1.

O curso se inicia pelo estudo dos principais elementos da biologia humana, ministrados num conjunto de disciplinas paralelas - ANATOMIA BÁSICA, HISTOLOGÍA BÁSICA, BIOFÍSICA BÁSICA e BIOQUÍMICA BÁSICA - que devem dar a visão das características gerais do homem, dos principais marcos da morfo-gênese do organismo e de seu desenvolvimento, além de introduzir os processos físicos e químicos básicos da matéria viva.

Em continuação, aprofunda-se o estudo dos mecanismos vitais na disciplina BIOLOGIA CELULAR, que integra elementos de Citologia, Genética, Biofísica e Bioquímica, buscando uma visão morfo-funcional da célula, pelo estudo de seus processos metabólicos e reprodutivos.

QUADRO I
ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

1º	2º	3º	4º
ANATOMIA BÁSICA HISTOLOGIA BÁSICA BIOQUÍMICA BÁSICA BIOFÍSICA BÁSICA BIOLOGIA CELULAR	SISTEMA LOCOMOTOR SISTEMA NERVOSO SISTEMA CARDIOVAS- CULAR E RESPIRATÓ- RIO SISTEMA HEMOLINFO- POIÉTICO	SISTEMA URINÁRIO SISTEMA DIGESTIVO SISTEMA ENDÓCRINO E REPRODUÇÃO	INTRODUÇÃO À MEDI- CINA CLÍNICA I MECANISMOS BÁSICOS DE SAÚDE E DOENÇA
5º	6º	7º	8º
INTRODUÇÃO À MEDI- CINA CLÍNICA II SAÚDE COLETIVA I	MEDICINA CLÍNICA I SAÚDE COLETIVA II BASES DA CIRURGIA E DA ANESTESIOLOGIA	MEDICINA CLÍNICA II OBSTETRÍCIA E GINE- COLOGIA PUERICULTURA	MEDICINA CLÍNICA III PSQUIATRIA E SAÚDE MENTAL MEDICINA LEGAL E DEONTOLOGIA
9º	10º	11º	12º
MEDICINA CLÍNICA IV TRAUMATOLOGIA	I N T	E R N A	T O

O curso prossegue com os sistemas orgânicos, através de disciplinas que reúnem forma, estrutura e função desses sistemas. A seqüência deve começar por SISTEMA LOCOMOTOR, que introduz elementos de bioeletrogênese, contração muscular, estrutura e função do aparelho locomotor, necessários à compreensão do estudo do SISTEMA NERVOSO, logo a seguir. Seguem-se SISTEMA CARDIOVASCULAR e RESPIRATÓRIO, SISTEMA HEMOLINFOIÉTICO, SISTEMA URINARIO, SISTEMA DIGESTIVO, encerrando-se com SISTEMA ENDOCRINO e REPRODUÇÃO.

O 4º período focaliza as relações do homem com seu meio. uma disciplina - MECANISMOS BÁSICOS DE SAÚDE E DOENÇA - abrange:

19 — o estudo das bases para a compreensão do homem como unidade biopsicossocial;

2º — o estudo da saúde como resultante do processo dinâmico de interação do indivíduo, como ser biológico, com o meio ambiente, visto em suas dimensões ecológicas e social;

3º — o estudo dos micróbios e parasitos, considerando sua morfologia, bioquímica, fisiologia, genética e sistemática;

4º — a participação do homem no ciclo vital do agressor e os mecanismos lesionais, avaliados do nível molecular ao tecidual, para melhor entendimento da interação agressor-hospedeiro e dos fundamentos da semiologia, da terapêutica e da prevenção;

5P — o estudo dos demais agentes agressores - químicos, físicos, psicológicos e sociais — e da resposta do organismo.

Essa disciplina resulta da convergência dos conceitos e métodos estudados, isoladamente, em Patologia Geral, Microbiologia, Parasitologia, Genética, Radiologia, Medicina Preventiva e Psicologia Médica.

Ainda nesse período, dão-se os primeiros contatos dos alunos com os pacientes e a prática hospitalar, na disciplina que

então se inicia - INTRODUÇÃO À MEDICINA CLÍNICA, que corresponde, essencialmente, ao estudo da semiogênese e ao treinamento na colheita de dados, através da anamnese e do exame físico, na criança e no adulto. Objetiva, ainda, os aspectos inerentes à relação médico-paciente e, em paralelo, estuda os fundamentos dos radiodiagnóstico e as bases da farmacologia clínica. O programa dessa disciplina não é da responsabilidade exclusiva da Clínica Médica, Radiodiagnóstico e Farmacologia, devendo incluir, ainda, a semiologia das especialidades.

No 5º período, começa outra disciplina instrumental, SAÚDE COLETIVA, que se prolonga no 6º período, abrangendo o estudo da epidemiologia, saneamento básico, demografia, planejamento e administração de saúde, medicina ocupacional, educação para a saúde e economia da saúde. Assim, essa disciplina procura dar ao estudante os conceitos e os métodos da assistência integral ao indivíduo e à coletividade.

Do 6º ao 9º períodos, estabelece-se uma continuidade com a disciplina MEDICINA CLÍNICA, que visa ao estudo sistematizado, interdisciplinar, da patologia, da clínica, do tratamento e da prevenção das principais doenças dos vários aparelhos e sistemas, na criança e no adulto, selecionadas de acordo com critérios de prevalência e gravidade. Resulta da integração dos conceitos e dos procedimentos da Clínica Médica, Medicina Tropical, Pediatria, Clínica Cirúrgica, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Medicina Preventiva, Radiodiagnóstico, Anatomia Patológica, Farmacologia Aplicada, Medicina Física e Reabilitação e Psicologia Médica.

A criação dessa disciplina pretende evitar fracionamento do ensino, permitindo o estudo interrelacionado dos diversos aspectos de uma mesma doença. Os assuntos deixam de ser estudados repetida e fragmentariamente, ao longo do curso, para serem analisados, num momento único, por especialistas diversos. Tal forma de ensino dá coerência ao que aparece, na modalidade

atual, como uma sucessão de cursos não relacionados, ajudando o aluno a ver as conexões entre fenômenos aparentemente isolados. Asseguram-se, deste modo, a semelhança com o exercício profissional e a economia de recursos, incluída a distribuição mais racional das atividades didáticas e das cargas horárias, o que permitirá a expansão do INTERNATO.

BASES DA CIRURGIA E DA ANESTESIOLOGIA é disciplina oferecida no 6º período, porque os conhecimentos e habilidades nela adquiridos, além de indispensáveis em situações de emergência, são necessários à prática da Medicina Clínica.

A disciplina OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA é de maior importância por sua relação com a morbi-mortalidade materno-infantil, devendo, portanto, fazer o estudo clínico dos principais problemas gineco-obstétricos em torno da "história natural da reprodução humana", ressaltando os aspectos mais importantes da educação sexual, aconselhamento pré-nupcial e Planejamento familiar.¹³ Essa disciplina complementa-se com o estudo da saúde da criança, em PUERICULTURA.

É recomendada a ampliação da disciplina MEDICINA LEGAL E DEONTOLOGIA, pela necessidade de estimular a aquisição dos conhecimentos acerca das bases legais do exercício da Medicina, que são indispensáveis desde que se pretenda a participação ativa do aluno na prestação de serviços assistenciais.

Em relação ao ensino da PSQUIATRIA E SAÚDE MENTAL, vale assinalar recomendação dos especialistas reunidos pelo OPS/OMS: "No ensino de graduação, as ações de saúde mental terão melhores condições de desenvolvimento no hospital geral, nos ambulatórios e nos centros de saúde, realizando suas funções em forma integrada com as demais áreas clínicas. O hospital psiquiátrico e outros serviços especializados no campo de saúde mental deveriam ser usados predominantemente na pós-graduação." E, mais adiante, "o ensino de uma psiquiatria acadêmica deve ser substituído por um que dê prioridade às entidades nosológicas de

máxima prevalência, a fim de capacitar todo médico para a prevenção e detecção imediata desses problemas".¹²

A TRAUMATOLOGIA não se restringe às lesões traumáticas do aparelho locomotor, abrangendo os traumatismos em geral, estudados, em conjunto, por ortopedistas, cirurgiões gerais, neurocirurgiões e internistas.

Os aspectos éticos da profissão devem ser analisados ao longo do curso, vinculados às diferentes situações peculiares a cada prática profissional, objetivando sempre o "respeito à pessoa humana, o respeito à vida, e as atitudes em face da dor e da ameaça de morte".¹⁴

Comentários

Na organização curricular proposta podem ser apontadas incoerências. Exemplificando: 1º) embora atenuados os limites entre as matérias básicas e as clínicas, o que contraria preceito do Art. 5º do Decreto-Lei Nº 464, de 1969, distinguem-se, ainda, duas fases dedicadas, sucessivamente, ao estudo do homem normal e do homem doente; 2º) a organização das disciplinas em correspondência ao estudo de sistemas pode ser incoerente com a noção do homem como unidade biológica; 3º) apesar de dominante a integração disciplinar, mantêm-se disciplinas isoladas e a simples coordenação de disciplinas.

Sucedem que não se perderam de vista a tradição de ensino das instituições implicadas; a formação especializada do corpo docente; a resistência ao trabalho interdisciplinar; e, por todas essas razões, a possibilidade de insucesso de uma redefinição súbita da prática de ensino. Por isso mesmo, não se fez opção por modelos mais arrojados, como os que antecipam a experiência clínica do estudante para o início do curso, os currículos por projetos, ou os fundamentados em resolução de problemas.

Reconhece-se, por outro lado, que a implantação deste novo currículo deve ser gradativa, em face das características atuais das instituições comprometidas e das ações educacionais há tanto consolidadas. Para essa implantação, recomenda-se:

1º) preparar o pessoal docente e discente, objetivando discutir os padrões atuais da formação médica e obter sua participação efetiva num projeto curricular que visa a formar profissionais consoante tais padrões;

2º) criar um mecanismo central, vinculado ao Conselho de Coordenação do Curso, que coordene todo o planejamento educacional, do 1º ao 12º períodos, com vistas à unidade, à relevância e à avaliação;

3º) dinamizar os trabalho de implementação do projeto de integração docente-assistencial para diversificar os locais de treinamento e expor o aluno a modelos diversos de prestação de serviços de saúde.

Os mecanismos através dos quais se pretende realizar o processo ensino-aprendizagem são importantes para o alcance de bom rendimento do projeto. Para esse fim, um cortejo de estratégias deve ser mobilizado, desde os recursos para criar motivação, facilitar o estudo, provocar o espírito de indagação, incentivar a interação direta professor-aluno, até a incorporação do aluno no trabalho assistencial; em resumo, todo um conjunto de ações didático-pedagógicas que conduzem o estudante a adquirir movimentos próprios e autônomos, estimulando-o a adquirir hábitos de estudo, base da educação continuada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.OMS. La planification des programmes d'enseignement médical. Série de Rapports Techniques. N° 547, 1974.
2. UFRJ. Faculdade de Medicina. Estudos sobre o Currículo Médico, 1972.
3. ANDRADE, J. La estrategia educacional en el plan de estudios. Educación Médica y Salud, 5 (2): 151-164, 1971.
4. VILLAREAL, R. et alii. Bases para el diseño curricular de la carrera de medicina. Educación Médica y salud, 11 (2):109-118, 1977.
5. UFRJ. Faculdade de Medicina. Estudos sobre o Currículo Médico II. Análise Crítica e Diretrizes, 1978.
6. UFRJ. Faculdade de Medicina, op. cit.
7. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Comissão de Ensino Médico. Doe. N° 2. Ensino Médico e Instituições de Saúde, 1974.
8. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Departamento de Assuntos Universitários. Estudo sobre a formação e a utilização dos recursos humanos na área da saúde, 1976.
9. UFRJ. Estudos e documentos para implantação do Hospital Universitário. Vol. III, 1978.
10. APOSTEL, L. et alii. Interdisciplinaridad; Problemas de la enseñanza y de la investigación en las universidades. Asociacion Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, México, 1975.
11. OMS. op.cit.
12. OPS/OMS. Enseñanza de la salud mental en las Escuelas de Medicina de la América Latina. Primer informe del Comité de Expertos. Educación Médica y Salud, 8 (4):420-427, 1974.
13. OPS/OMS. Comité de Expertos. Primer informe sobre la enseñanza de la Obstetricia y Ginecologia em las Escuelas de Medicina de la América Latina. Educación Médica y Salud, 6 (2) :176-189, 1972.

14. LEME LOPES, J. A formação ética do médico. Anais do XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica, Londrina, 1978.

**Composto, revisto, montado e
impresso pela Fundação CESGRANRIO**

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)