

# A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde

## Medical Education and its Relationship to Social Needs in Health

Rogério Amoretti<sup>1</sup>

### PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Internato e Residência;
- Recursos Humanos em Saúde – Tendências;
- SUS (BR);
- Determinação das Necessidades dos Serviços de Saúde.

### KEY-WORDS

- Education, Medical;
- Internship and Residency;
- Health Manpower – Trends;
- SUS (BR);
- Needs Assessment.

### RESUMO

*Este artigo, de opinião e resgate de debates atuais, aborda a questão da educação médica no contexto das necessidades sociais de formação de recursos humanos para a organização do Sistema Único de Saúde. A partir do cenário social e histórico da segunda metade do século 20, quando as inovações tecnológicas revolucionaram as práticas médicas, são abordadas as distorções que o mercado da biotecnologia introduziu na educação médica de graduação e pós-graduação e as características principais dos profissionais formados, bem como dos serviços assistenciais e da pesquisa. É também discutido o movimento de mudanças na formação médica e algumas alternativas e propostas de reformas curriculares e do sistema hospitalar brasileiro na ótica de um gestor público da área da saúde.*

### ABSTRACT

*This opinion article reviews the current debate on the issue of medical education in the context of social needs for training human resources for the organization of the Unified National Health System in Brazil. Based on the current scenario and the history from the latter half of the 20<sup>th</sup> century, when technological innovations led to a revolution in medical practice, the author approaches the distortions introduced by the biotechnology market in undergraduate and graduate medical education and the principal characteristics of graduating physicians, as well as of health care and research services. The article also discusses the changes in medical training and some alternatives and proposals for reform in the curriculum and the Brazilian hospital system from the perspective of a public manager in the health field.*

Recebido em: 25/02/2005

Aprovado em: 16/06/2005

## INTRODUÇÃO

A complexidade da formação de recursos humanos para a saúde é grande, sendo preciso situar minimamente o contexto sócio-histórico e evolutivo em que ela ocorre.

Desde a segunda metade do século 20, a área da saúde foi palco de transformação com impacto mundial de grandes proporções, pelas mudanças científico-tecnológicas em relação às épocas anteriores e pelas contradições ideológicas, filosóficas e éticas daí decorrentes.

O desenvolvimento científico aplicado, sustentado pelas tecnologias de informática e automação, aumentou a eficácia dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. A produção de medicamentos, de instrumentos de alta precisão, de técnicas cirúrgicas avançadas, propiciada pelos equipamentos e uso dessas drogas, tornou a medicina resolutiva para um grande número de doenças agudas, crônicas, traumáticas, congênitas ou hereditárias, nas quais, anteriormente, poucos resultados positivos se poderiam obter. Transplante de órgãos, uso de próteses artificiais e orgânicas, angioplastia, ecografia, tomografia computadorizada, ressonância eletromagnética, equipamentos a *laser*, genética molecular, terapias gênicas e toda sorte de equipamentos eletrônicos e medicamentos farmacológicos são a expressão da parte mais visível desses avanços<sup>1</sup>.

Esta revolução nas ciências biomédicas impulsionou um mercado mundial altamente especializado, restrito e agressivo, capaz de girar e concentrar um grande volume de dinheiro e promover lucros significativos. A saúde transformou-se rapidamente numa banca globalizada de negócios multinacionais, com um disputado movimento de inclusão, nele, de especialistas de diferentes categorias. Este potente fator estrutural promoveu um processo sem precedentes de cooptação passiva ou ativa de profissionais, não exclusivamente da área médica, que passaram a ser parceiros essenciais das emergentes indústrias farmacêuticas, de equipamentos, materiais e insumos. Esta eficaz parceria não foi, contudo, isenta de desvios e seqüelas. A incorporação tecnológica desenfreada passou a determinar tanto a organização e gestão dos hospitais, clínicas, faculdades e consultórios, como a formação dos profissionais. O foco das práticas médico-hospitalares concentrou-se progressivamente na realização dos procedimentos propiciados através de instrumentos de diagnóstico e tratamento e no uso de drogas. A lógica da produtividade tomou conta da relação profissional-paciente.

Na área médica, a mais afetada neste processo, a renovação tecnológica em velocidade sem precedentes passou a determinar a necessidade de atualização permanente nos conteúdos do aprendizado e na formação dos profissionais. Fundamentos e conceitos anteriores de uma medicina baseada na

relação médico-paciente, na escuta dos problemas, no humanismo e na consideração da unidade indissolúvel do corpo e mente foram muitas vezes deixados de lado. A pessoa e suas necessidades, as populações e suas necessidades, atendidas em domicílio pelo médico da família, até então tidas como objetos importantes da medicina e da saúde pública, foram sendo relegadas, com o argumento da eficácia dos resultados obtidos, fossem eles em termos de diagnóstico ou de terapêutica clínica ou cirúrgica.

A pesquisa biomédica afirmou progressivamente os bons resultados da nova clínica. As práticas baseadas nas evidências demonstradas por procedimentos, medicamentos e técnicas produziram a emergência permanente de novos produtos e inovações. O ensino se concentrou decisivamente nos hospitais, constituindo o moderno modelo hospitalocêntrico de assistência médica e o principal campo da formação. Pesquisa, inovações, ensino e assistência se reforçaram constantemente e deram um direcionamento irresistível às aplicações do conhecimento científico neste período.

Segundo Boaventura de Sousa Santos<sup>2</sup>,

*... a nova racionalidade científica é também um modelo totalitário, na medida em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que se não pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas, É esta a sua característica fundamental e a que melhor simboliza a ruptura do novo paradigma científico com os que o precedem. Está consubstanciada, com crescente definição, na teoria heliocêntrica do movimento dos planetas de Copérnico, nas leis de Kepler sobre as órbitas dos planetas, nas leis de Galileu sobre a queda dos corpos, na grande síntese da ordem cósmica de Newton e, finalmente, na consciência filosófica que lhe conferem Bacon e, sobretudo, Descartes.*

Este pano de fundo marcou profundamente o ensino dos médicos e demais especialistas da área da saúde a partir dos anos 70. O diversificado desenvolvimento tecnológico impulsionou a divisão do trabalho especializado, influenciando de maneira sistemática os conteúdos curriculares, com a departamentalização curricular.

Na medicina, a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais para o uso das tecnologias consagrou as residências médicas e a lógica da formação em serviço com aumento da formação de especialistas, nos hospitais de ensino. A gestão político-administrativa das instituições de saúde, públicas\* ou privadas, orientou-se, no geral, nesta direção.

\*Um exemplo é a atuação da Capes, que promoveu um intenso financiamento de cursos de especialização stricto sensu com vistas à formação de especialistas e pesquisadores, com marcada influência também na formação médica.

Todo este desenvolvimento das ciências e tecnologias biomédicas trouxe resultados espetaculares, mas não houve acesso equitativo a elas.

Contudo, neste mesmo período, também foram buscadas novas soluções que focalizaram as possibilidades da saúde pública e de outras referências para as práticas integrais em saúde. Entre elas, destacou-se a Conferência Internacional de Alma-Ata<sup>3</sup>, ocorrida no Cazaquistão (1978), que promulgou a diretriz "saúde para todos", juntamente com a proposição da atenção primária em saúde (APS), como estratégia para atingir tal objetivo mundialmente até o ano 2000. Embora estes propósitos não tenham sido alcançados no prazo previsto, a especialidade do médico generalista, médico de família e comunidade passou a ser vista como complemento indispensável ao modelo das especialidades, consolidando a idéia de estabelecer uma ampla base de clínica geral, familiar e comunitária para a sustentação dos sistemas de saúde. O conceito das abordagens e práticas multiprofissionais e interdisciplinares foi também reconhecido como o único caminho para a integralidade da assistência e o adequado cuidado às pessoas em suas múltiplas necessidades. Inúmeros movimentos e instituições passaram a atuar direcionados a estes objetivos.\*\*

No campo ético, uma reação aos parafeitos da inusitada incorporação tecnológica biomédica foi o aparecimento da bioética, como um novo paradigma de reflexão e discussão dos limites éticos e jurídicos da manipulação do corpo, das distorções decorrentes do primado da tecnologia ou mesmo do acesso restrito aos benefícios do uso da moderna tecnociência<sup>4</sup>. Também significou dizer que a situação do homem – de todos os homens e mulheres – passou a ser um problema ético para o homem, ou seja, uma macroética<sup>5</sup> se tornou necessária, fundada no princípio da responsabilidade com as populações, o meio ambiente e as gerações futuras<sup>6</sup>.

Cautela e prevenção se fizeram necessárias não só diante dos perigos da aniquilação nuclear, dos danos à ecossfera ou à biosfera, das guerras genocidas, mas também frente à brutal exclusão social, que promove, no período de maior desenvolvimento das forças produtivas e das condições tecnocientíficas, um incremento perverso da pobreza, da miséria e da fome para grandes contingentes da população mundial.

Os graves problemas que se acumularam na área médica em decorrência desta evolução, com repercussões mundiais, levaram autores médicos a refletir criticamente e a buscar soluções para corrigir estes rumos<sup>7</sup>.

\*\*Entre os muitos exemplos conhecidos, estão a Abrasco e a Rede Unida ([www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)).

Propostas de políticas de acesso equitativo aos recursos disponíveis e de organização racional dos sistemas de saúde começaram a ser construídas, em menor ou maior grau, em muitos países.

Este processo histórico de alta incorporação tecnológica aconteceu também no Brasil<sup>8</sup>, a partir da década de 1970. Aqui, porém, o movimento sanitário que se opôs radicalmente à ditadura militar, após o golpe militar de 1964, conseguiu influenciar, durante o processo de abertura democrática, a inclusão do capítulo referente à saúde da nova Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde como lei constitucional.

O SUS e seu novo modelo assistencial foram um acontecimento raro e precioso. Tornou-se um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, organizado em rede de serviços e garantindo acesso universal e gratuito a todas as pessoas, constituindo um fator de democratização e distribuição equitativa dos recursos aplicados. Traduziu-se, assim, em exemplo da participação do Estado na garantia dos direitos humanos e na realização de cidadania e justiça social.

Segundo dados do Ministério da Saúde<sup>9</sup>, atualmente cerca de 90% da população brasileira é usuária do SUS e somente 8,7% não o utilizam. Uma parcela de 28,6% dos brasileiros tem como único recurso de assistência o SUS, e cerca de 61,5% utilizam os serviços assistenciais do sistema único complementado com algum plano de saúde ou atendimento particular, o que demonstra sua magnitude e importância.

Na alta complexidade, onde ocorrem os maiores gastos, 94% dos transplantes de órgãos, por exemplo, são realizados e financiados atualmente pelo SUS. O Brasil tem o maior programa mundial de transplantes de órgãos, proporcionalmente à população.

Pode-se dizer que a organização dos serviços de assistência e cuidados em saúde conta, especialmente nos principais hospitais universitários de ensino e pesquisa do nosso país, com as tecnologias mais complexas disponíveis nos países avançados. Entretanto, em muitas regiões rurais e mesmo nas áreas urbanas, ainda persistem estruturas de saúde arcaicas, ineficientes e ineficazes, sendo que em muitos municípios sequer existe médico.

Estas são algumas das principais variáveis na discussão da formação dos recursos humanos necessários à saúde no Brasil, sendo imperioso harmonizar a medicina eficaz com o uso racional das tecnologias disponíveis, em um sistema bem organizado. E também qualificar os profissionais de todas as categorias da saúde para uma assistência integral, humanizada e com responsabilidade pela continuidade dos cuidados prestados.

Sintetizando, é preciso aproximar lógicas antagônicas de interesses conflitantes presentes no processo de incorporação das tecnologias de ponta e nos corporativismos profissionais, em busca de integralidade dos cuidados de atenção à saúde das pessoas e da construção de um sistema racionalmente organizado, com diretrizes definidas, acesso equitativo e controle social. Para isso, é central a incidência de políticas públicas de Estado, reguladoras desta transição.

## AS DISTORÇÕES NO ENSINO, NO SERVIÇO E NO SUS

Conhecimentos diferenciados e nichos de poder promoveram a autonomia corporativa e influenciaram tanto a assistência quanto o ensino e a pesquisa. Serviços de saúde, entre eles os hospitais, buscaram a alta tecnologia. Livres iniciativas e não as necessidades reais de saúde da população prevaleceram nesse processo.

As garantias do consumo de equipamentos, materiais e medicamentos coincidiram com o favorecimento do mercado das empresas fabricantes, em harmonia com o reconhecimento do papel central dos profissionais envolvidos na execução dos procedimentos. O modelo hospitalocêntrico da saúde afirmou com uma nova lógica o poder institucional dos médicos, fortemente ancorado no conhecimento especializado. O procedimento técnico ganhou centralidade nas práticas médicas. Possibilidades de reconhecimento e afirmação social e econômica produziram uma indução irresistível ao desenvolvimento das múltiplas especialidades. O mercado do trabalho médico cresceu nesta direção, para onde as empresas farmacêuticas e de equipamentos biomédicos e depois os sistemas público e privado da saúde dirigiram elevados investimentos financeiros.

O ensino, principalmente da medicina, organizou-se então quase totalmente segundo esta lógica, fragmentando-se em disciplinas por especialidades. Grande acúmulo de conhecimento científico acompanhou o aparecimento das novas tecnologias. A pesquisa científica orientada pela lógica da evidência e da eficácia dos procedimentos impulsionou o desenvolvimento de renovadas tecnologias e medicamentos. A própria ciência foi assim "apropriada" pela indústria e o comércio, assumindo o papel quase inevitável de avalizar a eficácia das novas tecnologias e medicamentos, que logo são disponibilizados neste mercado mundial que mobiliza e concentra, a cada ano, bilhões e bilhões de dólares.

Nos hospitais, a organização e a expansão dos serviços também foram harmônicas com as necessidades de diagnósticos e tratamentos possibilitados pelos recursos disponíveis. Todo profissional, de nível superior ou médio, que não estivesse diretamente vinculado à utilização da "tecnologia de

ponta" perdeu visibilidade e teve seu prestígio institucional restrito. "Modernização do parque tecnológico" tornou-se quase sinônimo de qualidade e resolutividade, almejadas a qualquer preço.

A busca de expansão dos serviços hospitalares, segundo esta lógica, orientou o crescimento de vagas nas diferentes residências médicas das especialidades. A produtividade focada nos procedimentos tornou indispensável ampliar os serviços, com o conseqüente aumento dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis. A residência médica, de formação em serviço, passou a representar mão-de-obra especializada incorporada ao serviço, tornando-se vital à continuidade da boa assistência hospitalar.

A expansão da formação em serviço, representada pela residência médica, passou a ocorrer então pela necessidade de organização dos próprios serviços médicos para as práticas hospitalares em cada contexto específico, e não pelas necessidades sociais de incremento da formação de profissionais de determinada especialidade. Contudo, esta mão-de-obra especializada adicional é temporária e precisa ser regularmente renovada, para que o benefício de sua presença seja permanente. \*\*\* Estes serviços especializados funcionam adequadamente segundo a sua própria lógica, mas, simultaneamente, lançam no mercado de trabalho, todos os anos, um número crescente de especialistas. A definição das vagas nos programas das residências médicas ocorre, na maior parte das vezes, de forma autônoma e quase automática, segundo as próprias necessidades ou o desejo da especialidade.

A presença de múltiplos especialistas trabalhando como generalistas em unidades básicas do sistema público, em equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) ou fazendo plantões em clínicas de pronto atendimento, prejudica o processo da assistência, pois eles não foram preparados para este tipo de trabalho.

Assim, um círculo vicioso se estabeleceu, capaz de promover uma progressiva e nefasta distorção, qualitativa e quantitativa, na formação dos recursos humanos, diante das necessidades do SUS e das demandas prevalentes de saúde da população.

As especialidades médicas passaram a organizar tanto os departamentos e disciplinas das faculdades quanto os serviços médicos nos hospitais de ensino e nas clínicas. Daí decorre, a cada ano, a entrada "no mercado" de um elevado número

\*\*\*Atualmente, embora a maioria dos programas de residência médica seja de dois anos, em muitas especialidades é cumprido um período de três anos: vários programas exigem pré-requisitos de dois ou mais anos de residência prévia em outras especialidades, direcionando cada vez mais a formação para as subespecialidades necessárias ao funcionamento dos serviços.

ro de especialistas capazes de diagnosticar ou tratar doenças muito específicas. Contudo, esses médicos com orientação focada desde os bancos universitários não são totalmente absorvidos no mercado existente, já que os locais prioritários de suas práticas, os hospitais públicos, filantrópicos ou privados e as clínicas especializadas, equipadas com tecnologias de ponta, possuem vagas de trabalho especializado limitadas e são restritos, geograficamente, aos centros urbanos maiores.

Neste contexto de formação maciça de especialistas e subespecialistas, pelas dificuldades e elevados custos de interiorização da medicina, nas cidades do interior ocorre escassez de profissionais, pois lá eles não teriam as melhores condições de exercício de suas práticas; já nas metrópoles, contingentes deles ficam-se frustrados, pela ausência de postos de trabalho condizentes com a sua formação.

No outro extremo, por motivos variados, algumas especialidades médicas são carentes, e o número de profissionais disponíveis não atende às necessidades do sistema.\*

A municipalização da atenção básica à saúde transformou-se em realidade, abrindo progressivamente um grande mercado de empregos aos médicos e demais profissionais da saúde no sistema público. O Programa de Saúde da Família (PSF), introduzido há alguns anos pelo governo brasileiro, é constituído por equipes multiprofissionais\*\* distribuídas na área geográfica de cada município, possibilitando uma cobertura ativa à saúde da população adscrita à área e coincidindo com os princípios e diretrizes formulados desde a Conferência Internacional de Alma-Ata. Para o seu sucesso, contudo, são necessários médicos com características particulares: generalistas, aptos a diagnosticar e tratar a maioria das doenças prevalentes em cada região, e médicos de família e comunidade, capazes de se inserir num bairro, lidar com indicadores epidemiológicos e qualitativos próprios da assistência às pessoas, com cobertura populacional, e promover as práticas de vigilância em saúde. Mas faltam ainda profissionais desta especialidade aptos para este trabalho específico\*\*\*.

Hoje, muitos médicos de diferentes especialidades – geneticistas, cirurgiões cardíacos, cirurgiões gerais, urologistas, patologistas e outros – buscam trabalho em equipes do PSF,

\*Uma pesquisa promovida pelos ministérios da Saúde e da Educação, que envolve profissionais de diversas universidades públicas brasileiras, está mapeando o quadro de vagas em residências médicas e o número de profissionais que não estão trabalhando em sua especialidade por falta de empregos. Admite-se que algumas áreas, como anestesiologia, otorinolaringologia, oftalmologia e radiologia, apresentam-se ainda carentes de profissionais.

\*\*Uma equipe básica do PSF é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo e três agentes comunitários de saúde.

\*\*\*Atualmente, menos de 3% dos médicos brasileiros do SUS são médicos de família e comunidade.

tendo que desenvolver atividades para as quais não foram devidamente preparados. Indo contra a lógica do sistema, isto provoca outra distorção, representada pela redução da resolutividade e ineficácia das práticas, com a intensificação dos encaminhamentos desnecessários e inadequados a outros profissionais de especialidades. Um grande ônus para os usuários e o aumento da fama de ineficácia do SUS decorrem desta situação, além de um elevado *turn-over* de profissionais. Além disso, é igualmente incorporado ao SUS um percentual não desprezível de médicos que não tiveram a formação completada através da residência médica\*\*\*\*, o que também contribui para prejudicar o funcionamento do sistema, já que a formação curricular não oferece ao médico recém-formado as condições para exercer adequadamente a medicina.

#### O PERFIL DO PROFISSIONAL QUE FORMAMOS

O perfil predominante do profissional médico da segunda metade do século 20, induzido pelas necessidades de uso das tecnologias, apresenta um conjunto de características gerais:

- Essencialmente positivista, com enfoque biologicista e utilitário, já que estas são as características desenvolvidas tanto pelo referencial técnico-científico das instituições formadoras quanto pelas exigências de busca de produtividade e competitividade constituídas no próprio mercado de trabalho;
- Com alto grau de competência profissional, pois sem este atributo um profissional que lida com alta tecnologia não tem possibilidades de se afirmar;
- Fortemente centrado em sua especialidade, à qual se dedica quase na íntegra;
- Predisposto à utilização de novas tecnologias, equipamentos e técnicas, devido à formação tecnicista;
- Com tendência a medicalizar o processo saúde-doença e a incorporar equipamentos e insumos;
- Atualizado, assíduo nos estudos e na formação em serviço, já que precisa renovar constantemente seus conhecimentos, sob pena de ficar defasado e superado;
- Marcadamente individualista, pois toda a sua formação colabora neste sentido;
- Formado num modelo idealizado, coerente com práticas profissionais liberais e privatistas, construindo uma mentalidade elitista da saúde e estimulado a reali-

\*\*\*\*Estatísticas imprecisas mostram que cerca de 30% ou mais dos médicos não têm acesso à residência no Brasil. O cálculo é dificultado por informações insuficientes, sendo comum residentes terminarem uma residência e iniciarem outra e outra, reduzindo, na proporção das vagas disponíveis, o ingresso dos médicos recém-formados.

- zação de procedimentos motivados por interesses econômicos;
- Resistente a trabalhar em igualdade de condições com as outras profissões da área da saúde, o que se acentua pelo fato de que a medicina se particularizou no uso da tecnologia, afirmando-se, assim, uma lógica de poder pelo saber;
  - Paternalista na relação com o paciente e seus familiares, sendo este um dos aspectos que historicamente marcou a relação médico-paciente;
  - Onipotente na crença da cura das doenças, tendo este aspecto se intensificado com o aumento da eficácia dos procedimentos médicos;
  - Altamente corporativista na defesa da manutenção das situações estabelecidas em torno do poder e do controle do saber constituído;
  - Crítico do SUS e defensor de uma visão liberal e autonomia da profissão, condição que hoje, paradoxalmente, quase inexistente em nosso país, fato que decorre da influência da cultura dos docentes, pesquisadores e preceptores médicos, sejam acadêmicos ou dos hospitais de ensino.

Como elementos negativos ou faltantes dessa formação, podemos relacionar:

- Pouco conhecimento e nenhum compromisso com a organização do Sistema Único de Saúde, sendo este um fator político e ideológico que tem acompanhado a educação médica, afastando-a também dos estudos de saúde coletiva, prevenção e promoção de saúde;
- Pouco envolvimento com aspectos administrativos e gerenciais da gestão da saúde pública;
- Pouca compreensão da importância do trabalho em equipe multiprofissional, com integração de conhecimentos interdisciplinares, para uma assistência focada na pessoa e em suas necessidades;
- Fraca formação humanística, psicológica, sociológica e filosófica necessária a um profissional médico;
- Despreparado para o atendimento das patologias prevalentes segundo a epidemiologia das diferentes regiões do país;
- Pouco preparado psicologicamente para o exercício de sua profissão;
- Não comprometido com aspectos políticos e sociais que propiciem a busca de soluções para os problemas de saúde da população;

- Com fraco conhecimento da realidade situacional, do ambiente e das condições de vida das famílias nas comunidades;
- Resistente a mudanças e, geralmente, defensor da manutenção do *status quo* vigente na saúde.

Em contrapartida, todos estes fatores somados contabilizam custos profissionais, sociais e mórbidos decorrentes de sacrifícios inerentes à formação médica e às suas práticas profissionais, que pesam sobre a categoria com um ônus de elevado tributo vital, afetando a saúde principalmente dos mais jovens, o que quase nunca é reconhecido<sup>10</sup>.

Vale destacar que estas características criticáveis não são exclusivas da formação do médico. Elas também estão presentes na educação das demais profissões da área da saúde, que, geralmente, apresentam ainda maior fragilidade na formação de seus profissionais, que, em sua maioria, não chegam a atingir a qualidade existente nos aspectos tecnicista e cientificista da medicina.

Estes aspectos são gerais e não há um julgamento de valor implícito. Entretanto, é evidente que levaram, progressivamente, a categoria médica a um confronto com as outras categorias profissionais – é o caso da discussão atual da lei do ato médico – e também com a população, composta por usuários do SUS e dos demais planos de saúde, já que pacientes de clínica privada, hoje, praticamente inexistem.

A perda de prestígio social do médico é constante, e, neste isolamento corporativista, ele passou a ser o alvo quase exclusivo de ações de responsabilização por erro, promovidas por pacientes ou seus familiares. Daí, a relação médico-paciente é agora potencialmente intermediada pela figura do advogado. Numa situação laboral onde predomina a condição de empregado ou prestador de serviços terceirizado de planos de saúde, com a queda de salários, a necessidade de gastos preventivos com seguros, reservas monetárias para pagar responsabilizações judiciais ou, mais freqüentemente, prejuízos diretos em indenizações de processos judiciais, torna-se cada vez mais difícil e pouco atrativa a profissão, tida pela população, até há alguns anos, como um verdadeiro sacerdócio, de alto valor social.

Fortemente marcados pela lógica do mercado, a assistência, o ensino e a pesquisa se desenvolvem sem sintonia com as expectativas da população e muitas vezes em franco conflito com elas. Rediscutir e reverter este quadro é uma prioridade, que afeta a categoria médica, as demais profissões da saúde e a população. Trata-se de tarefa coletiva de governantes, gestores, entidades representativas, instituições de ensino, pesquisa e assistência, profissionais das diferentes profissões da

saúde, docentes, alunos e usuários que constituem a população do nosso país – a principal beneficiária do processo de adequação da formação dos recursos humanos para a saúde e da construção do SUS que queremos.

#### QUE PROFISSIONAL PRECISAMOS FORMAR?

O mundo da medicina e da saúde está em crise. O excesso de tecnologias que se renovam continuamente se contrapõe à completa carência de acesso aos mais elementares recursos da medicina e da saúde pública para grande parte da população. Para muitos, o médico é um vilão egoísta e insensível, representante dos interesses das indústrias farmacêuticas e biotecnológicas.

Neste contexto, nossa época apresenta novas exigências aos profissionais da saúde em geral e ao médico em particular. A profissão médica está vivendo uma profunda perda de identidade. A identidade do médico se constituiu historicamente com características muito particulares e enfrenta agora um grande conflito: sobreviver sem mudanças ou mudar evoluindo conforme as expectativas da sociedade atual, que tensionam os posicionamentos político-sociais, a formação acadêmica e as práticas médicas. A educação profissional carece de uma reflexividade crítica que possibilite a adequação do médico às expectativas sociais<sup>11</sup>. Por isso, é necessário considerar as circunstâncias histórico-sociais do processo que levou ao atual modelo da formação dos médicos e dos sistemas de saúde constituídos. Assim, o perfil dos novos profissionais está se delineando por exigências da sociedade. Em contrapartida, é preciso o reconhecimento do trabalho do médico e dos demais profissionais da área da saúde, com a retribuição por meio de salários adequados e a valorização das profissões e carreiras.

Entre os atributos da vocação desse novo profissional médico, podemos incluir:

- Desenvolvimento de uma visão reflexiva e crítica a respeito de sua profissão e de suas práticas;
- Ampliação de conhecimentos humanísticos em ciências sociais, antropologia e filosofia, capazes de propiciar esta reflexividade crítica;
- Manutenção e renovação permanente dos conhecimentos científico-tecnológicos propiciados pela moderna tecnociência, que de forma alguma podem ser abandonados, mas precisam ser incorporados e utilizados com senso crítico e racionalidade;
- Aumento dos conhecimentos baseados na epidemiologia, para a assistência resolutiva das patologias prevalentes nas populações;
- Maior participação coletiva na gestão do sistema público de saúde;

- Conhecimentos de comunidade, família e técnicas grupais;
- Ampliação dos conhecimentos e das práticas multidisciplinares e interdisciplinares necessárias ao trabalho em equipe multiprofissional e integração com os profissionais das demais profissões da área da saúde;
- Aumento dos conhecimentos em psicologia, saúde mental e construção de subjetividade, que são recursos de relacionamento fundamentais às práticas dos profissionais da saúde;
- Ampliação dos conhecimentos em saúde coletiva, gestão da saúde e informação em saúde, segundo as diretrizes do SUS;
- Incorporação dos conhecimentos de educação para a promoção da saúde, de métodos de ensino-aprendizado e de técnicas pedagógicas de preceptoría, tutoria e outras;
- Incorporação dos conhecimentos sobre cuidados e responsabilização das equipes de saúde às pessoas assistidas, com continuidade da assistência em toda a linha de atenção à sua saúde, desde o cenário pré-hospitalar, no hospitalar e também no pós-hospitalar;
- Integração dos conhecimentos e práticas da assistência, do ensino e da pesquisa, com prioridade para as ações de atenção às necessidades concretas de saúde da população;
- Inclusão da bioética como paradigma de orientação ética<sup>12</sup> pelos direitos humanos das pessoas, das populações e das gerações futuras, nas práticas cotidianas e atenção para todos os fatores éticos necessários às mudanças na cultura médica<sup>13</sup>.

Todas as iniciativas referentes às mudanças na educação médica devem convergir para o propósito da formação destes novos profissionais, em busca de suas novas características. Evidentemente, um grande entrave neste processo é a própria formação dos docentes médicos, tutores e preceptores, modelos para seus alunos e residentes, pois eles estão marcados justamente pelos atributos que dão o caráter formativo aos alunos das faculdades de medicina e aos profissionais recém-egressos das residências. Portanto, uma das questões fundamentais a considerar é como educar os educadores, para que correspondam às necessidades e demandas sociais da área da saúde, trazendo para o debate o saber/fazer docente e o saber/fazer profissional<sup>14</sup>. E interrogar-se sobre como transformar a preocupação com o outro – nossos pacientes, pessoas que vivem em nossas comunidades, pertencentes como nós a uma população específica, deste país da América Latina – em meta de nossos cuidados.

Esta é a nossa difícil, mas não impossível tarefa. Cabe aos ministérios da Educação e da Saúde – principais protagonistas públicos deste processo de mudanças – articular suas políticas de governo com vistas à indução dos centros formadores em direção a objetivos comuns pactuados.

## COMO FORMAR O NOVO PROFISSIONAL MÉDICO?

A formação do novo médico está condicionada à mudança na educação também dos demais profissionais da área da saúde, de níveis superior e técnico. Este processo deve ser simultâneo, integrado, progressivo e solidário. O foco no médico significa que é em torno dele que se estrutura grande parte da distorção da educação atual e que a mudança na formação dos profissionais da medicina é central, embora não exclusiva e nem suficiente para o êxito deste processo.

É preciso que a educação médica se estabeleça definitivamente em novos cenários, lá onde as práticas assistenciais estejam ocorrendo e não somente no hospital. A integração entre ensino, pesquisa e serviço deve ser ampliada, abrangendo as unidades sanitárias, os postos de saúde, os pronto-atendimentos, as emergências, os programas de assistência domiciliar, os centros de atenção psicossocial, as escolas e outros locais. Os alunos e os residentes precisam compor com os profissionais de todas as categorias que trabalham na saúde, compreender as dificuldades e as possibilidades das práticas conjugadas em saúde e viver o cotidiano do SUS<sup>15</sup>.

Os programas de residências multiprofissionais em saúde, integradas com as residências médicas, são também um forte estímulo indutor de mudanças positivas para a qualificação do modelo de assistência.

São muitos os espaços coletivos, formais e informais que buscam reorientar a formação médica no Brasil, inclusive as políticas públicas do governo federal.

Cabe destacar primeiramente o Promed – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – , uma ação interministerial (MS/MEC) de apoio às escolas médicas para a adequação do ensino e a produção do conhecimento e dos serviços no país, na lógica da reafirmação das orientações contidas nas Diretrizes Curriculares dos Cursos Médicos e na qual estão incluídas 20 universidades brasileiras de diferentes regiões, que tiveram seus projetos de mudanças selecionados para participar.

Importantes movimentos já institucionalizados em diversas instâncias formais, reunindo também as entidades médicas, buscam avaliar a qualidade do ensino médico e, por intermédio da Cinaem\*, já recomendam, como um dos princípios de desenvolvimento da docência nas escolas médicas, a atua-

ção prática em serviços e/ou comunidade desde o início do curso, em todas as atividades docentes, com integração ensino-serviço<sup>16</sup>.

Alguns instrumentos legais são referências decisivas para as mudanças discutidas, entre eles: a Constituição Federal (1988); a Lei Orgânica do SUS (nº 8.080, de 1990); a Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (nº 9.394 de 1996); o parecer sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição (nº 1.133/1997), do Conselho Nacional de Educação; a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século 21: Visão e Ação, da Unesco (1998); o Plano Nacional de Graduação do Forgrad (1999); os Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, particularmente o da 11ª Conferência (2000); a Resolução nº 4 do CNE, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2001); a Portaria Interministerial nº 610 do MEC e a MS (2002), que institui o Promed\*\*.

As portarias interministeriais de nº 1.000, 1.005, 1.006 e 1.007 (2004), que estabelecem critérios de certificação dos hospitais de ensino, prevendo a contratualização do financiamento através de Contratos de Metas, pactuados com os gestores municipais, Ministério da Saúde e Ministério da Educação, e também a constituição dos Pólos de Educação Permanente propostos pelo Ministério de Saúde como estratégias de mudança e integração da formação dos profissionais da saúde (2003-2004) sinalizam novos caminhos para a formação no Brasil. E, ainda, a resolução nº 335 do CNS (nov./2003) sobre a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, e a Portaria nº 198 (fev./2004) do Ministério da Saúde, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, consolidam a atual legislação (mais informações disponíveis no site do Ministério da Saúde, [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)).

A ratificação da disposição do governo brasileiro em integrar as ações de educação para a saúde aparece nitidamente no artigo 32 do Anteprojeto de Lei da Reforma do Ensino Superior, do MEC, que diz, textualmente:

*O Sistema Federal da Educação Superior será articulado com o Sistema Único de Saúde – SUS, de modo a garantir orientação intersectorial ao ensino e à prestação de serviços de saúde, medi-*

\*A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico compõe-se de 11 entidades da área médica: ANM, Abem, AMB, Andes, ANMR, CFM, Crub, Cremerj, Cremesp, Denem, Fenam.

\*\*Uma síntese do professor Sérgio Bassanesi<sup>17</sup>, coordenador de grupo do NEM/Famed da UFRGS, lista, resume e demonstra a importância desses e de outros instrumentos legais para o processo de mudança na formação dos profissionais da saúde.



*ante decisão compartilhada quanto às normas regulatórias aplicáveis, resguardando os âmbitos de competência do Ministério de Educação e do Ministério da Saúde.*

Este grande movimento nacional de mudança nos currículos de faculdades da área da saúde e nos cursos de pós-graduação, atualmente em andamento, sugere novas possibilidades para a educação e a formação dos médicos.

As propostas de mudanças na Comissão Nacional de Residência Médica, a constituição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, a instituição de bolsas para a educação pelo trabalho em saúde, a serem reguladas pelo MEC e MS, em avançado estudo pelos ministérios e próximas de assinatura pelo presidente da República, também constituirão poderosas ferramentas das políticas de Estado para a formação de recursos humanos e a organização do SUS\*.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, selecionada no Promed, por exemplo, discute mudanças fundamentais no cenário da formação curricular, com a inserção precoce e permanente dos alunos na rede básica, em atividades práticas de complexidade e responsabilidade crescentes, por meio de uma disciplina-tronco, de práticas de atenção à saúde (PAS), com ações integradas à equipe multidisciplinar da UBS. Na PAS, está previsto que se articulem todas as disciplinas básicas e clínicas ao longo dos oito primeiros semestres do curso. O objetivo é permitir que os alunos recém-formados tenham uma idéia muito clara a respeito das diferentes formas em que se constituem a saúde e o adoecer da população. E que também, por meio do aprendizado no próprio local da assistência, estejam aptos para a inserção profissional numa sociedade específica, a nossa sociedade brasileira, com o aprendizado básico bem consolidado para corresponder às necessidades concretas de assistência à saúde dessa população.\*\*

O principal cenário da formação especializada em serviço, na área da saúde, continua sendo o hospital de ensino, cujo papel se destaca na alta e média complexidades e na pesquisa e formação dos recursos humanos para a saúde. O hospital é, portanto, central e determinante tanto na organização da as-

sistência do SUS, quanto na educação em saúde e na agenda de pesquisas que o Brasil necessita<sup>18,19,20</sup>.

A própria organização dos serviços médicos nos hospitais de ensino, contudo, conduziu ao desenvolvimento autônomo dos serviços, independentemente de marcos regulatórios sociais ou de cuidados com a saúde do conjunto da população e a equidade em relação ao acesso, ao risco, à vulnerabilidade. No âmbito de uma ampla discussão que envolve a reforma do sistema hospitalar brasileiro, estas questões também estão sendo enfrentadas.

Na distribuição dos recursos disponíveis, também a prevalência das patologias foi descuidada, produzindo uma alta concentração de gastos com grupos restritos de pacientes portadores de alguns tipos de doenças, enquanto outras, que atingem grande parte da população mais carente, ficam menos assistidas.

A regionalização dos atendimentos e a organização em rede dos sistemas loco-regionais, desde a atenção básica nas unidades de PSF até os atendimentos ambulatoriais especializados ou hospitalares, representam uma lógica que precisa ser incorporada não só pelos gestores, mas também pelos usuários, estudantes e profissionais da saúde, pois, de fato, esta é a lógica do acesso e da assistência e corresponde à possibilidade de organização racional e justa do SUS. A regulação do acesso ao sistema precisa ser respeitada, mas agilizada. O SUS não se constituirá adequadamente se o sistema da rede básica de assistência, nos municípios, não for forte e resolutivo.

A formação curricular, as residências médicas e as residências multiprofissionais integradas em saúde devem se desenvolver em todos estes cenários, incorporando estudantes, docentes e profissionais em todos os programas do SUS, participando da construção do mesmo e aprendendo a ser profissionais da saúde também por meio da convivência com as pessoas, as famílias e as comunidades que compõem a nossa população. Estes são temas centrais na discussão da formação dos recursos humanos para a saúde.

As políticas públicas do Estado brasileiro ainda não conseguiram influenciar de maneira decisiva o ordenamento da educação em saúde.

Diante desse quadro, conclui-se também pela urgência em regular o acesso aos programas de residência médica, reduzindo as vagas para determinadas especialidades e aumentando as vagas para outras, principalmente nos hospitais da rede pública\*\*\*, sobre os quais pode haver mais controle. Este

\*A medida provisória que oficializa e institui a Residência em Área Profissional de Saúde, excetuada a médica, e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) foi assinada em 1º de fevereiro de 2005, sob o nº 238, no Programa Pró-Jovem. Após tramitar e ser aprovada no Congresso foi assinada pelo Presidente Lula, como Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, publicada no DOU de 1º de julho.

\*\*Um intenso trabalho, com incentivos Promed, do qual o autor também participa, está em andamento na Faculdade de Medicina da UFRGS, por meio do Núcleo de Ensino Médico (NEM). Quatro grupos de docentes, gestores e usuários discutem, na perspectiva da lei das Diretrizes Curriculares: Integração de disciplinas básicas e clínicas, Currículo, Internato e Avaliação. A partir dessas discussões integradas e ampliadas aos diferentes departamentos e disciplinas, está se construindo a mudança curricular da Famed – UFRGS (2003-2005).

\*\*\*O amplo diagnóstico cientificamente embasado, já citado, das condições nacionais da residência médica, efetuado por cinco universidades brasileiras de diferentes regiões, encomendado pelos ministérios da Saúde e da Educação, está em fase final e aportará importantes informações sobre a situação atual, podendo orientar as futuras políticas.

é um dever do Estado – e, constitucionalmente, dos gestores do SUS –, que deverá ser cumprido de forma pactuada, mas firme e progressiva, com os hospitais de ensino, evitando-se a ocorrência de quebra técnica na assistência prestada. A substituição, nesses serviços, de residentes por médicos contratados poderá corrigir o excesso de profissionais que ingressam no mercado já saturado e, ao mesmo tempo, absorver parte dos profissionais disponíveis, desempregados ou fora da especialidade. O diagnóstico claro e a regulação permanente, avalizados pelas entidades médicas, poderão colaborar para o aperfeiçoamento do sistema de saúde, evitando ainda a frustração dos jovens médicos egressos da residência, quando não conseguem trabalho por falta de mercado.

Também são necessárias mudanças criativas na própria residência, com a incorporação de práticas que representem a humanização da formação.

É preciso enfrentar a constatação de que, entre todas as especialidades, somente cerca de 2,8% dos médicos brasileiros incluídos no SUS são generalistas, contra cerca de 50% ou mais nos sistemas de saúde da Inglaterra ou Canadá, por exemplo. Isto decorre de uma grande escassez de centros formadores de médicos de família e comunidade, parecendo haver, até agora, uma incompreensão de governantes, entidades médicas e instituições de saúde quanto à importância de ampliar os locais de formação desses especialistas em família e comunidade.

O Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, mantém um Serviço de Saúde Comunitária com 12 unidades de atenção primária e é referência como centro formador de recursos humanos para o SUS, com um reconhecido programa de residência de médicos de família e comunidade, além da residência integrada em saúde, multiprofissional, que iniciou no ano de 2004. Nestas unidades básicas se desenvolve também a capacitação de equipes multiprofissionais, treinamento de equipes de PSF para municípios vizinhos, capacitação para o diagnóstico e tratamento de pacientes HIV/aids, desenvolvimento de protocolos clínicos para a rede básica, produção de cartilhas de educação para a saúde, atendimento domiciliar e, ainda, estágios curriculares para diversos cursos, superiores ou técnicos, entre outras atividades de ensino em campo de assistência. O SSC/GHC apresenta resolutividade de 92% na assistência prestada a uma população adscrita de cerca de 125 mil pessoas, podendo servir de modelo de política pública exitosa na formação de recursos humanos e na promoção de saúde em nosso país\*\*\*\*.

\*\*\*\*Este é um dos motivos pelos quais, no Rio Grande do Sul, ultrapassando a média nacional de 2,8%, há cerca de 16% de médicos de família e comunidade na rede básica dos municípios, o que representa um grande avanço organizativo do SUS.

Na área da saúde, disputas ideológicas e políticas com múltiplos interesses estão estabelecidas. Em relação ao SUS, manifestam-se, nos extremos, os que a ele se opõem e gostariam de vê-lo fracassar e outros que o idealizam, afirmando como dogma as suas virtudes, sem considerar os seus limites, o que muitas vezes impede de pensá-lo de forma crítica e transformá-lo positivamente. Precisamos, contudo, buscar novos protagonistas, públicos ou privados, para ampliar a sua construção com outras inventividades de gerenciamento cooperativo e alianças que o potencializem em benefício da melhor assistência às pessoas, reconhecendo a diversidade e heterogeneidade das realidades locais e regionais dos serviços de saúde, hospitais, estados e municípios.

O enfoque da bioética encerra esta reflexão. Refere-se à necessidade de uma ética afirmativa a ser construída coletivamente, atenta à justiça e à equidade, capaz de apontar o valor bioético da utilização de critérios epidemiológicos e indicadores sociais para a justa alocação de recursos e a disponibilização de equipamentos, tecnologias e cuidados em benefício das pessoas mais carentes e nas localidades com menores recursos. A ética da formação dos profissionais de saúde deve acolher as demandas da assistência e os objetivos sociais da pesquisa, todos integrados em torno das necessidades da população.

É de vital importância fundar uma referência ética coletiva no contexto das ações e das atitudes de sujeitos anônimos ou públicos, profissionais da saúde de todas as categorias, necessariamente entre eles os médicos, usuários que participam nos conselhos de saúde, pacientes do sistema, gestores, diretores de hospitais, docentes e muitos outros que trabalham para aprimorar o modelo da saúde. Para a construção do SUS, são necessárias desde práticas tecnoassistenciais eficazes até a gestão político-administrativa participativa e integrada dos diferentes serviços de saúde.

É indispensável salientar também a centralidade, neste processo, de todas as questões referentes à pesquisa, ao ensino e à educação. Dessa busca depende a reconstrução dos valores inerentes às profissões da saúde e, através de exemplos dos que procuram a sua própria formação permanente, profissional e moral, a incorporação destas atitudes nos alunos e profissionais formados. Numa visão mais ampla, todas estas ações configuram questões éticas fundamentais, relacionadas ao respeito à dignidade das pessoas.

## REFERÊNCIAS

1. Bernard J. Esperanças e sabedoria da Medicina. São Paulo: Ed. Unesp; 1997.
2. Santos BS. Um discurso sobre as Ciências. São Paulo: Cortez; 2003.

3. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional de Alma-Ata, Cazaquistão, 12 de setembro de 1978.
4. Beauchamp T, Childress J. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
5. Apel Karl – Otto. *La situación del hombre como problema ético*. In: Razón, Ética y Política. Barcelona: Anthopos; 1989.
6. Jonas H. El Principio de Responsabilidad. Barcelona: Herder; 1995.
7. Meyer P. A Irresponsabilidade Médica. São Paulo: Ed. Unesp; 2000.
8. Trigueiro MGS. O Clone de Prometeu – a biotecnologia no Brasil: uma abordagem para a avaliação. Brasília: Unb; 2002.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos da educação permanente em saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: ago. 2003.
10. Meleiro AMAS. O médico como paciente. São Paulo: Lemmos; 2000.
11. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abem; 2002.
12. Hottois G. O paradigma Bioético. Lisboa: Salamandra; 1990.
13. Rego S. A formação Ética dos Médicos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003.
14. Urtiaga MEO. A mediação da cultura docente na formação médica. Pelotas, RS: UFPEL; 2004.
15. Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abem; 2004.
16. Bulcão LG. O Ensino Médico e os novos cenários de ensino-aprendizado. Rev Bras Educ Med. 2004; 28(1):61-72.
17. Bassanesi SL. Compilação de Bases Legais. Resumo síntese de Legislações sobre Educação para a Saúde. Porto Alegre, RS: NEM/FAMED, UFRGS; 2004.
18. Brasil. Ministério da Educação. Reforma da Educação Superior (anteprojeto de lei). Brasília, DF: MEC; 2004.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma do Sistema Hospitalar Brasileiro. Brasília, DF: MS; 2004.
20. Amoretti R. O presente e o futuro dos hospitais de ensino. In: GHC, SMS/POA, ABRAHUE, Seminário dos Hospitais de Ensino da Região Sul; 2004 5-6 ago 2004, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre. Disponível em: <http://www.ghc.com.br>

#### Agradecimentos:

Agradeço a contribuição de Júlio Hocsmann, Airton Stein, Luiz Ziegelman, Sérgio Sirena, Júlio Baldisserotto, Juliana Amoretti e Sérgio Bassanesi pela leitura atenta e pelas críticas que ofereceram, muitas delas incorporadas neste artigo.

#### Endereço para correspondência

Rua Santa Teresinha, 645 – apto. 201

90040-180 – Porto Alegre – RS

e-mails: amoretti@ghc.com.br e ranna@terra.com.br