

## EXPLICANDO INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL NO CONTEXTO DE MUDANÇAS DA ESCOLA MÉDICA

Frederico Simões Barbosa\*

O objetivo primordial deste trabalho é o de resgatar o Programa de Integração Docente-Assistencial-IDA<sup>5</sup> face às atuais perspectivas de mudanças do setor saúde no governo que se inicia. Em decorrência, procura-se salientar as profundas divergências entre o programa acima e o atual modelo de ensino médico no País. Isto pode ser melhor visualizado no Quadro I, onde o sistema educacional clássico é comparado com a proposta transformadora de IDA. Por modelo clássico, estão entendidos aqueles mais conservadores, ainda existentes em algumas escolas médicas, e por modelo IDA, aquele desenhado no documento mencionado. É claro que existem modelos intermediários, mas o salto qualitativo na educação médica ainda não foi dado.

Desde que o Programa IDA se propõe como instrumento de mudanças, forçosamente ele terá que ser reformulado na base de "um pensamento crítico-dialético face à realidade da prática médica"<sup>5</sup>. Este é o seu marco teórico e, paralelamente, seu sentido político.

A presente análise se apoia nos seguintes marcos referenciais:

a) O sistema de saúde vigente continua fragmentado e distorcido, servindo a interesses de grupos, ou de classes privilegiadas;

b) A educação médica seguindo a linha flexneriana, não mudou substancialmente no País no presente século e seus objetivos continuam desvinculados da realidade nacional.

O atual modelo economicista, que vem regendo os destinos do País nestes últimos anos, se tem caracterizado por excessiva concentração de recursos nos setores produtivos, com evidente prejuízo da área social. Isto resultou, como era de se esperar, em acumulação de capital em detrimento do desenvolvimento da qualidade de vida do povo brasileiro.

As políticas atuais de saúde vêm-se caracterizando pela privatização da assistência médica e desnacionalização da indústria farmacêutica, e

são responsáveis pelo descalabro da atual desorganização dos serviços e pela corrupção desenfreada que povoa os meios de comunicação do País.

A ociosidade e inoperância dos serviços públicos de saúde, promovidos por grupos interessados em desacreditar estes serviços, em contraste com o mito da superioridade dos serviços privados, tem servido de pano de fundo para o fortalecimento das empresas médicas e o surgimento das multinacionais de saúde.

É evidente que o setor de formação de recursos humanos tem que se posicionar diante das transformações que são esperadas com a instalação do governo democrático. Compreende-se que as mudanças previstas para o setor saúde irão se refletir diretamente no sistema atual de educação.

A formação de recursos humanos para a saúde em nível superior vem sendo feita através de modelos clássicos, oriundos da tradição pedagógica mais conservadora e retrógrada que tem dominado a universidade brasileira. Além do mais, a educação tem acompanhado as pressões do mercado-de-trabalho, o que a situa em plano secundário, desvirtuando-a de seu objetivo mais puro, que é o de contribuir para o aperfeiçoamento do Homem de modo a que ele possa desenvolver e utilizar suas potencialidades.

Vale, entretanto, salientar que estamos vivendo numa sociedade de classes e, por conseqüência, teremos que admitir que, tanto a escola tradicional, como a escola nova, servem aos interesses da classe dominante.

O "animal político" de Aristóteles está sempre presente e, assim, qualquer atividade é essencialmente política. Por isso mesmo, toda prática educativa tem dimensão política.

É claro que se pensarmos em produzir uma prática educativa inserida, de fato, numa prática social, estamos contrariando os interesses da minoria. A sociedade de classes é uma sociedade dividida em interesses antagônicos, predominando os da classe dominante, o que coloca a educação em relação de subordinação diante da política.

\* Professor de Epidemiologia, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

## QUADRO 1

### MODELOS EDUCACIONAIS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

#### FILOSOFIA EDUCACIONAL

#### MODELO CLÁSSICO

Acrítica, e, conseqüentemente, a-histórica. Conservadora. O mito cientificista. O conhecimento é geralmente aceito como organizado em diversas formas logicamente distintas.

#### MODELO IDA

Crítica, reflexiva, implicando "um processo de formação do conhecimento e de crítica que, nascendo e se desenvolvendo em função da realidade, permite sua adequada compreensão e a formulação dos instrumentos para sua transformação". A teoria do conhecimento em IDA repele o conceito de formas de compreensão rigidamente definidas, passando a examinar a integração sob o ângulo sociológico com suas implicações de ordem política e social.

#### OBJETIVOS

Manutenção e reprodução dos valores sociais vigentes. Formação técnico-profissional para servir a um mercado de trabalho distorcido. Especialização precoce na graduação, ou em cursos de pós-graduação "supletivos".

"IDA constitui um processo social e como tal é parte do processo global de desenvolvimento da sociedade". Transformação social. Formação de profissionais gerais. Terminalidade dos cursos de graduação.

#### PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

Superficial, passiva. Visão assistencialista e não comprometida socialmente.

"Como processo social integrado, IDA pressupõe e, mais do que isto, requer uma participação ativa da comunidade, sujeito de tal processo o que implica em compromissos claros das Instituições e agentes envolvidos no sentido de promover e desenvolver mecanismos que permitam essa participação".

#### METODOLOGIA EDUCACIONAL

Unidirecional, informativa. Excesso de teorização, desvinculada da prática. A teoria se antecipa à prática como fundamento de uma ação não comprometida com os interesses da população. O aluno é objeto do processo educacional; ele recebe o conhecimento.

"As metodologias educacionais definidas sobre o conceito fundamental de ensino-aprendizagem, o que implica o conhecimento da realidade concreta, da problemática regional da saúde". "... o professor deixa de ser a fonte única ou predominante do conhecimento, para ser sobretudo um identificador, e organizador de experiências práticas e reais de aprendizagem e de fontes de conhecimento sistematizado num processo em que alunos e serviços assumem papel próprio e determinante". O aluno deixa de ser objeto para ser sujeito do processo educacional. Ele busca o conhecimento.

#### ORGANIZAÇÃO DOCENTE

##### 1 ORGANIZAÇÃO DEPARTAMENTAL

Departamentos setorizados, por cursos, ou disciplinas afins.

Desde que "a abordagem do processo didático é essencialmente de ensino-aprendizagem e desenvolvido sobre a prática das ações de saúde em equipes interprofissionais, de menor para maior complexidade, compreende-se que as grandes divisões didáticas deverão ser exatamente aquelas que correspondam aos níveis de atenção à saúde."

##### 2 CURRÍCULOS

##### 2.1 - MECANISMOS INTEGRADORES

Ausentes, mal definidos, ou formulados na base da integração orgânico-funcional.

O eixo integrador é constituído por problemas sociais e de saúde, em torno dos quais se articulam instrumentos propiciadores de atitudes e habilidades desenvolvi-

## MODELO CLÁSSICO

### 2.2 – CONTEÚDO

Aceitando o princípio do item anterior, os currículos são rigidamente organizados e seus conteúdos horizontalmente compartimentados. Separação das áreas básicas (pré-profissionalizantes). Predomínio de curativo sobre o preventivo.

### 3. ADMINISTRAÇÃO

De responsabilidade da universidade, ou dos serviços, com predominâncias ou substituição de uma das instituições.

## INTERAÇÃO

### 1. ESPAÇO

#### FÍSICO FUNCIONAL

O Hospital Universitário, (o mito da excelência), ou outras instituições de saúde. Mais raramente, atividades limitadas e socialmente descompromissadas na comunidade.

### 2. RELAÇÕES

#### INTER-

#### INSTITUCIONAIS

Superficiais. "utilização" dos serviços por meio de estágios curriculares e outros instrumentos descompromissados com a realidade social; exposição dos alunos descontinua e tardia.

### PESQUISA

Descompromissada do conteúdo social. Utilizada como instrumento de análise.

### EDUCAÇÃO CONTINUADA

Programas tímidos, episódicos, iniciativas individuais em muito poucas universidades brasileiras.

## MODELO IDA

das na realidade concreta onde se gera o conhecimento.

Aceitando o princípio acima, os currículos são extremamente flexíveis e dinâmicos, e seus conteúdos são desenvolvidos em torno a vivências práticas "(...) com a participação ativa dos aprendizes em todo o processo". A integração vertical implica em reconhecer que o conteúdo curricular não permite a separação de ciclo profissionalizante, como também não separa o curativo do preventivo.

Participativa, com especificação das responsabilidades, próprias e comuns, mas sem a substituição ou predomínio de umas sobre outras".

Nessa perspectiva, a integração docente-assistencial não se limita apenas a utilização eventual, ou mesmo permanente, de um nível de prestação de serviços pelo sistema educacional, mas deve constituir-se numa interação permanente dos dois sistemas e de suas responsabilidades específicas".

Criação do Distrito Docente Assistencial que constitui "o substrato físico funcional-administrativo do processo educacional, "exigindo, por consequência completa articulação entre os sistemas da educação e da saúde" (...) sendo as responsabilidades de cada instituição participante bem definidas.

"IDA significa compromissos claros das instituições formadoras e utilizadoras de recursos humanos para a melhoria de prestação de serviços, com redefinição de suas práticas, determinação dos recursos humanos necessários e preparação adequada dos mesmos. Desta forma o processo está centrado na prestação de serviços, da qual flui a identificação de necessidades para sua preparação".

Comprometida com o social através do "elevado grau de interdependência entre serviços, ensino e pesquisa". Utilizada como instrumento transformador.

(...) a preparação de recursos humanos não se esgota na etapa de formação do sistema educacional formal, senão que é uma função permanente que se deve cumprir em forma continuada no exercício da prática real, específica de saúde ou social".

"A verdade é sempre revolucionária" e como tal não interessa à classe dominante. "A prática se apóia na verdade do poder: a prática educativa no poder da verdade"<sup>8</sup>.

Diante disso, resta aos educadores não tradicionais, nem escolanovistas, uma atitude utópica diante da educação. Utopia entendida como força criadora capaz de potencializar a tese filosófica-histórica de uma pedagogia transformadora que se situa além, tanto da pedagogia da essência, como da pedagogia da existência.

"Mas é evidente que a utopia é contraditória por natureza, desde que se opõe à realidade que pretende mudar. É essencialmente transformadora, e só assim pode ser entendida. Entretanto em conflito com a realidade, ela questiona — e questionando o faz em base dialética — aceitando que "o desenvolvimento das coisas e dos fenômenos é provocado pelas suas contradições internas e que (...) a interdependência e a luta dos aspectos contraditórios que lhes são próprios determinam a sua vida e animam o seu desenvolvimento"<sup>3</sup>.

Ninguém pode ignorar as relações entre escola e sociedade. Isto é particularmente importante em países do Terceiro Mundo onde a educação deve estar a serviço dos fatores do desenvolvimento, não podendo aceitar que a ela esteja reservado um papel subalterno na política nacional. Deve-se lutar contra a posição dominante, em quase todo o mundo, de considerar a educação como formadora de mão-de-obra em seu sentido acrítico. Não é preciso apenas formar indivíduos em número e qualificação suficientes para a sociedade em que estão inseridos, nem tão pouco prever as necessidades futuras. Faz-se mister conceber o planejamento educacional orientado no sentido de formar homens e mulheres capazes de entender a sociedade e contribuir para o seu aperfeiçoamento e transformação. Este é o sentido dinâmico da educação.<sup>2</sup>

Historicamente, o movimento médico renovador teve início na França a partir de 1830. Foi de Paris que surgiram, através das idéias políticas liberais da época, as mais avançadas concepções entre ciência (a Medicina aqui incluída) e a sociedade. Estas foram transmitidas, logo em seguida, para a Alemanha, onde teve impulso face aos movimentos político-sociais da época. Admite-se que a derrota da revolução alemã de 1848 sepultou os ideais que, entretanto, deixaram as sementes da reforma médica.

Na Inglaterra, o movimento social da Medicina teve início em meados do século XIX, coincidindo com a Revolução Industrial. Esta acompanhada por graves problemas sociais, e a necessidade da manutenção da saúde da mão-de-obra operária para a produção em larga escala, exigia a reformulação de toda a legislação anacrônica existente até então.

Entretanto, somente a partir de 1860 fortaleceu-se a idéia de que a saúde da população é objetivo social, cabendo ao poder público a responsabilidade de sua manutenção. Isso, evidentemente, contrariava a filosofia social dominante do liberalismo econômico. As contradições entre o estado industrial e o liberalismo acentuaram-se nas décadas seguintes.

Naquele momento, a existência de uma classe operária industrial assalariada não podia mais ser ignorada na Europa. Assim, historicamente, a Medicina Social nasceu como uma resposta aos problemas sociais e de saúde surgidos com a industrialização.

Este momento histórico-social projetou-se sobre os Estados Unidos, correspondendo ao grande desenvolvimento industrial através da produção de equipamentos e medicamentos originados das novas descobertas médicas do início deste século.

É, assim, fácil compreender como o setor educacional na área da saúde posicionou-se a fim de atender às necessidades da sociedade americana que começava a expandir-se em ritmo acelerado. Era preciso formar profissionais que pudessem acompanhar e utilizar os enormes recursos disponíveis produzidos pela indústria. Era o "consumismo" que se antevia. A partir de então a educação médica teve que se adaptar ao novo modelo da sociedade capitalista.

Nos Estados Unidos, na base do famoso Relatório Flexner<sup>6</sup>, várias escolas médicas, ditas de qualidade inferior, fecharam, criando-se o mito da excelência na educação médica, o que significava preparar médicos da mais elevada qualificação técnica. Era o "cientificismo" baseado no conceito da supremacia da técnica e da ciência, com desprezo pelo homem em seu contexto histórico-social.

Como era de se esperar, as escolas de Medicina no Brasil foram influenciadas pelos sucessivos movimentos da educação médica oriundos dos Estados Unidos. Todas elas foram submetidas ao jugo da influência flexneriana, tendo como objetivo a formação de especialistas para a utilização de tecnologia sofisticada e manipulação excessiva de medicamentos. A docência era exercida intra-muros nos hospitais universitários, com nítida separação dos ciclos básico e clínico, como o privilégio das ações curativas e ignorância muito ampla do que vinha ocorrendo no setor saúde.

O movimento da educação médica, conhecido geralmente como "Medicina Integral/Medicina Preventiva", chegou à América Latina no início da década de 50, sendo representado pelas escolas médicas de Cali (Colômbia) e Ribeirão Preto (São Paulo).

A partir do início da década de 70, o Brasil, como outros países da América Latina, foi inten-

samente influenciado pelo movimento chamado de Medicina Comunitária.<sup>1</sup>

Em 1974, as escolas ou cursos de Ciências da Saúde no País ainda estavam bastante influenciados pelo movimento de Medicina Comunitária, embora a docência continuasse a se fazer nos moldes clássicos da Medicina flexneriana. Apesar disso, algumas escolas admitiram programas de Medicina Comunitária atuando fora, e muitas vezes, distante do campus universitário, que de fato nada mais eram que programas de extensão.

Os problemas da América Latina, relacionados com a distribuição e utilização dos serviços de saúde e com a formação de recursos humanos para a saúde, são por demais conhecidos.

A inadequação e falta de racionalidade dos sistemas de saúde, na maioria dos países latino-americanos, e suas interrelações com o sistema educacional, resultam em baixa eficácia dos aparelhos formador e utilizador de mão-de-obra de saúde.

Esta situação não parece ter melhorado nos últimos anos. Os sistemas de saúde continuam fragmentados e a educação antiquada. A pressão do crescimento demográfico e a extensão dos benefícios a maiores contingentes da população vem inflando os obsoletos sistemas de saúde cuja elasticidade não é infinita. O resultado é a deterioração do sistema com conseqüente inferiorização dos serviços.

As universidades, por outro lado, são organismos anacrônicos e elitizantes, cada vez mais afastados da realidade de seus próprios países. O produto é de má qualidade e sempre orientado para servir a um mercado de trabalho sem compromissos com as necessidades reais da população.<sup>2</sup>

As escolas de saúde do País continuam com seus currículos clássicos apesar de algumas modernizações que não funcionam, porque montadas sobre estruturas obsoletas e sem pessoal administrativo e docente adequadamente preparado e estimulado.<sup>2</sup>

Via de regra, estas escolas não têm objetivos definidos e quando os têm estão em desacordo com a realidade brasileira. Na maioria dos casos, estas escolas possuem equipamentos de mais alta qualidade, laboratórios extremamente sofisticados e docentes de mais elevada qualificação. Os hospitais, ditos universitários, são os melhores equipados e servidos, embora deficientes e deficitários. Funcionam geralmente sem nenhum relacionamento efetivo, e muito menos afetivo, com o sistema local de saúde. Estes hospitais são, entretanto, os principais centros de formação da mão-de-obra de saúde.<sup>2</sup>

As duas principais experiências brasileiras de programas inovadores de ensino médico, os da Universidade de Brasília e o do Curso Experimental de Medicina da Universidade de São Pau-

lo, falharam e isto simplesmente ocorreu porque o País não estava preparado para os receber.

A Universidade de Brasília foi pioneira quando da implementação de sua Faculdade de Ciências Médicas em 1966. Naquela época, Brasília partiu com objetivos bem definidos para um sistema integrado de educação médica voltado para a comunidade de uma pequena cidade satélite do Distrito Federal, Sobradinho, distante 25 Km do centro da capital. As ações de saúde eram comandadas por um pequeno hospital comunitário.

A maioria de outros programas, menos abrangentes, do tipo semelhante, teve duração efêmera devido especialmente à falta de compreensão e estímulo das universidades onde foram implantados.<sup>2</sup>

Compreendem-se, assim, as dificuldades do desenvolvimento de programas educacionais inovadores, desde que o País não se encontrava devidamente preparado, não obstante alguns instrumentos legais produzidos por instituições oficiais de âmbito nacional.

A este propósito, vale mencionar também as iniciativas e esforços da ABEM, Fundação KELLOGG, OPS/OMS, SESu e outras instituições, que se vêm posicionando pela renovação das práticas médicas e da formação de recursos humanos. Mencionem-se também algumas experiências que foram ou vêm sendo realizadas em ambientes universitários, embora na maioria das vezes, sem comprometimento institucional.

Hoje, entretanto, estes instrumentos se multiplicaram, e o discurso educação/empresa há que ser substituído por uma postura comprometida com o desenvolvimento social e não apenas com o crescimento econômico.

Por outro lado, a comunidade médico-científica do País emergiu da indiferença e do marasmo de anos atrás para aceitar a luta pela renovação das práticas educacionais. Educadores médicos já não hesitam em classificar os modelos educacionais clássicos como obsoletos e inadimplentes.

Deve-se, no entanto, compreender que o purismo do objetivo educacional, mencionado anteriormente, como "contribuir para o aperfeiçoamento do Homem" é bastante vago, permitindo que se possa interpretar, de várias maneiras, o sentido da educação.

A educação deve projetar-se para o futuro, desde que esteja comprometida com a atividade social. Este ponto é fundamental para a compreensão da filosofia de um programa educacional que se pretende desenvolver em integração com os serviços. Aceitando "serviços" em seu sentido mais abrangente, compreende-se que esta integração terá que atender aos interesses, às aspirações e aos anseios da sociedade.

Do ponto de vista clássico, costuma-se enumerar os seguintes objetivos da educação superior:

a) formação profissional em todos os campos da ciência, letras ou artes;

b) investigação como instrumento de renovação cultural, geralmente orientado para a solução de problemas;

c) extensão dos benefícios da educação e da cultura a todos os setores da sociedade.<sup>2</sup>

Não há dúvida de que esses objetivos continuam válidos desde que: a) a educação esteja inserida em contexto social e político aberto (democrático); b) os objetivos enunciados estejam integrados com o sentido de superação e transformação da sociedade. Este último conceito pode ser considerado como objetivo finalístico da educação e aquele que a projeta no tempo futuro.

Costuma-se dizer — o que já se tornou um lugar comum — que os serviços são hegemônicos. Claro que sim, quando se confere à escola médica uma de suas funções, a de formadora de recursos humanos. Mas, a escola médica, assim como a universidade como um todo, é muito mais do que isso.

Todavia, se na formação de recursos humanos se espera algo de novo com a instalação do governo atual, deve-se estar consciente de que as universidades terão que propugnar, ao lado dos serviços, pelas seguintes conquistas:

— criação de um novo Sistema Nacional de Saúde, tendo como características sua unificação, hierarquização, regionalização e descentralização;

— instalação de um modelo de atenção primária de cobertura total e universalização do acesso aos serviços básicos de saúde à população constituem o eixo de ações cujas diretrizes dizem respeito, sobretudo, à responsabilidade pública pelos serviços básicos e pela condução e controle de todo o sistema);<sup>4</sup>

— criação de um sistema de referência e contra-referência como condição essencial ao funcionamento da atenção primária;

— integração entre todas as atividades de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde;

— utilização de tecnologias apropriadas, em seu sentido mais amplo;

— subordinação da medicina privada (sob todos os seus disfarços) ao Sistema Nacional de Saúde, com atribuição de responsabilidades definidas nos setores secundários e terciários de atenção;

— participação da comunidade em todos os níveis e setores de atuação;

— reclassificação total e abrangente de todas as profissões de saúde, implicando isso o conhecimento das tarefas que são desenvolvidas pelos atuais profissionais face à nova realidade a ser criada com o Sistema Nacional de Saúde.

Aceitando a hegemonia dos serviços em um programa de integração docente-assistencial, a

universidade não se coloca na retaguarda deste movimento. A universidade brasileira caberá o extraordinário papel de construir, em colaboração com os serviços e a comunidade, um novo sistema educacional, "cujo ponto de partida seja a prática social".<sup>8</sup> Nesta tarefa, a universidade se coloca em posição única e privilegiada de exercer seu potencial criativo para chegar a atuar em um modelo humanístico de atenção à saúde. "Não precisamos de erudição, mas de imaginação criativa e ousadia no planejamento e nas realizações".<sup>7</sup> Primordialmente, à universidade cabe a formação de recursos humanos e a investigação sobre a problemática da saúde.

É evidente que a proposta inicial da universidade será a de levantar o problema dos tipos de profissionais necessários à condução do novo Sistema Nacional de Saúde. E a primeira pergunta estará relacionada com os novos perfis profissionais.

Fica claro que, no momento, é impossível traçar estes perfis sem que se incorra em um exercício "ideo-imaginativo" sobre uma realidade que desconhecemos:

Propugnamos por mudanças estruturais e não apenas instrumentais. Isso significa que poderemos apenas imaginar o produto destas mudanças. Teremos antes que eliminar resíduo deixado pelas estruturas autoritárias do ensino. Esta será uma fase extremamente criativa da universidade, fase de reflexão e de maturação.

Podemos, entretanto, admitir, *a priori*, que o novo profissional de saúde, dentro de seu nível de competência, deve: estar comprometido com a praxis social coletiva, em seu sentido mais amplo; ser capaz de participar do planejamento e da administração de serviços locais de saúde; praticar ações curativas e preventivas; encaminhar pacientes no sistema de referência/contrareferência; participar da avaliação de programas locais de saúde; participar dos programas docentes e de investigação.

#### Referências bibliográficas

1. BARBOSA, F. S. *Programa integrado de saúde comunitária: uma história de caso*. Planaltina, s. ed., 1981. 56p.
2. BARBOSA, F. S. *Sugestões para a implantação e o desenvolvimento de um programa de integração docente-assistencial na área da saúde na UFSCar*, São Carlos, Universidade Federal de São Carlos, 1982. 47p.
3. BARBOSA, F. S. As utopias da educação médica, *R. bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, 7(1): 7-8, 1983.
4. BRAZIL, Ministério da Saúde. Programa nacional de serviços básicos de saúde: PREV-SAÚDE: anteprojeto. Brasília, MS/MPAS, 1980: 50p.

