

## ENSINO MÉDICO: BASES E DIRETRIZES PARA SUA REFORMULAÇÃO\*

### Introdução

Nos últimos 15 anos, acumularam-se, no Brasil, numerosos estudos e documentos acerca do ensino médico, procurando seguir o que se passava no mundo, em geral, e na América Latina, em particular. Sem dúvida, os mais significativos terão sido aqueles que tendem a demonstrar que a educação médica não pode ser considerada como um processo isolado, e, sim, como um aspecto fundamental do sistema de atendimento à saúde. Como tal, ela há de acompanhar as mudanças que ocorrem na organização dos serviços de saúde, na estrutura assistencial e na prática médica, admitindo-se, ainda, que as instituições educacionais devem exercer influência sobre as transformações em curso e desempenhar um papel catalítico nas reações de ambos os sistemas — o de saúde e o de educação.

Não se pode cuidar da educação médica sem pensar, paralelamente, na organização e funcionamento do sistema de saúde. A formação de recursos humanos, em especial os de nível universitário, para trabalhar nesse setor, tem apresentado sérias distorções de quantidade e qualidade, que requerem, para seu equacionamento harmônico, a adoção de medidas de caráter político, econômico e técnico-administrativo, no sentido de intervir nos fatores externos às instituições formadoras, como também nos que lhes são inerentes.

Este documento preocupa-se, sobretudo, com a responsabilidade da escola médica. Mas, é preciso salientar que, do lado da prestação de serviços de saúde, somente nos últimos anos foi despertada a consciência para o imperativo de mudanças que venham a contribuir para a resolução de graves problemas existentes nessa área. A estrutura sócio-econômica e a organização administrativa vigentes tendem a perpetuar um modelo ineficiente e injusto.

(\*) Documento n.º 6 da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação. Agosto, 1986.

A escola médica acomoda-se, definindo suas ações na linha da saúde individual, não necessariamente vinculadas ao interesse da comunidade. Por tais razões, seu compromisso social, aparentemente óbvio, deve ser explicitado.

A situação atual dos profissionais de saúde de nível universitário, mal retribuídos e, na maioria dos casos, sem condições satisfatórias de trabalho, vem produzindo efeitos nocivos, quanto à ética e ao padrão da assistência. É indispensável considerar, de imediato, os aspectos quantitativos e qualitativos da formação desses profissionais, graduados por um número grande de cursos. A distribuição desigual das oportunidades de emprego nos vários Estados ou Regiões com plethora de médicos nas grandes cidades a disputarem um mercado de trabalho cada vez mais restrito, acaba por facilitar a exploração salarial que, indiscutivelmente, aflige uma boa parte dos mais jovens, sem falar no aumento progressivo de diplomados desempregados.

Não faltaram, durante esse tempo, idéias inovadoras. Terá faltado a compreensão mais generalizada do processo de reforma e dos elementos que as poderiam facilitar. Além da lentidão das transformações educacionais, fatores circunstanciais — de ordem social, econômica, política e institucional — terão concorrido para a verificação, repetidamente assinalada, de que a prática acadêmica não tem correspondido à doutrina recomendada e de que a qualidade do ensino médico está em declínio. Seria um raciocínio simplista atribuir tais fatos somente à redução drástica dos recursos financeiros nos últimos anos, sem dúvida da maior importância, mas o que equivaleria a reconhecer que o aumento das verbas, por si só, asseguraria a melhoria da qualidade.

“A maioria dos problemas aqui identificados não é nova. As instituições, de modo intermitente, mudaram seus currículos, mas, infelizmente, pequeno tem sido o progresso quanto a uma revisão fundamental de como os médicos são formados. Assim, não proclamamos novidades na descoberta das deficiências. O que afirmamos é a urgência crescente em encontrar soluções ade-

quadas".<sup>1</sup> Esta citação mostra que as dificuldades não se restringem ao ensino médico brasileiro.

Vivemos uma época de reivindicações sociais, de dificuldades econômicas, de resíduos de autoritarismo político, de desprestígio da instituição universitária, de desestímulo da classe docente. Com a redemocratização do País, surge o esforço de reformulação do ensino, paralelo ao da reestruturação do sistema de saúde. Criam-se, no MEC, comissões de especialistas, para avaliar a realidade atual do ensino nas respectivas áreas, captar opiniões e tendências da comunidade acadêmica e assessorar o Governo na implantação de medidas reformadoras. Em muitas escolas médicas, procura-se desenvolver estudos que levem ao aprimoramento do ensino. A ABEM prossegue em seu trabalho ininterrupto, de quase cinco lustros, no mesmo sentido.

Ao definir prioridades para o trabalho no breve espaço de dois anos de um mandato, pareceu conveniente à Comissão de Especialistas do Ensino Médico elaborar um documento sintético, que tentasse realizar a consolidação dos muitos trabalhos produzidos e dos conceitos estratificados nos últimos quinze anos, porque há razões para acreditar que não tenham sido conhecidos ou assimilados pela maioria da comunidade de professores e alunos. A condensação desses conceitos, que não pretende ser abrangente, facilitará sua apreciação crítica pelas escolas.

Vale acentuar que este documento se refere, essencialmente, ao ensino de graduação, uma vez que a pós-graduação, *lato sensu* e *stricto sensu*, dispõe de órgãos específicos para seu estudo e regulamentação.

### Compromisso Científico da Escola Médica

As escolas européias, especialmente a germânica, foram as primeiras a absorver as conquistas científicas no campo da Medicina e a implantá-las no ensino. A John's Hopkins, fundada em 1893, deve ser considerada como precursora do modelo de ensino científico nos Estados Unidos. Mas, foi preciso que surgisse, em 1910, o Relatório Flexner, para que ocorresse verdadeira revolução na educação médica, até então dominada por interesses privados, que apenas visavam ao lucro. Muitas escolas foram fechadas e as subsistentes procuraram guiar-se pelas normas flexnerianas. O tipo ideal do médico passou a ser o de sólida formação nas ciências básicas, treinado em hospitais ligados às universidades, bem equipados e com professores em regime de tempo integral.

Esses padrões demoraram a ser implantados no Brasil, cujas escolas de Medicina tardaram a conseguir laboratórios bem aparelhados, para o ensino das matérias básicas, e hospitais de ensino próprios, para o treinamento clínico. Tais objetivos tornaram-se ainda mais difíceis de alcançar com o grande aumento do número de escolas, na década de 1960, não dispondo ainda muitas delas de condições necessárias ao ensino de boa qualidade.

Isso, todavia, não impediu que a aplicação dos progressos da ciência e da técnica continuasse a constituir a preocupação da moderna formação médica. Os estudantes, muitas vezes, procuram fora da escola, não só adquirir a experiência prática, limitada por um ensino demasiado teórico, como também conhecer a utilização de métodos complementares mais diferenciados, que não lhes são acessíveis nos cursos regulares.

O compromisso da escola médica com a formação científica é inquestionável, porque não se pode admitir bom atendimento à saúde feito por médicos incompetentes, nem maior risco que o representado por profissional despreparado. Para atingir esse compromisso, são indispensáveis sólida formação básica, uso do método científico, desenvolvimento da aptidão para resolver problemas, preparo para a educação continuada.

É inegável que a má utilização dos recursos técnicos, favorecida pela pressão das poderosas indústrias de equipamentos e de medicamentos, leva a distorções e conseqüências indesejáveis, tais como o excesso da subespecialização, sem o preparo geral necessário; muitas vezes, a transformação do médico em simples técnico e sua submissão à máquina, que o distancia do ser humano a quem deve atender; a limitação da capacidade de relacionar-se com o doente; a subestima dos dados colhidos pela anamnese e pelo exame clínico; o custo exagerado dos serviços assistenciais.

Não são outras as razões pelas quais documentos mais autorizados acerca da educação médica, antigos e recentes, nacionais e estrangeiros, insistem na necessidade da formação geral e humanística, no apreço da relação médico-paciente, na responsabilidade do médico perante a sociedade, na valorização do dever ético da profissão. Assim, urge a inclusão, entre as matérias básicas, de Ciências Sociais, pois, além do conhecimento científico do homem biológico, é fundamental o conhecimento científico do homem social.

Não será privilégio dos especialistas, treinados nos métodos mais apurados de investigação diagnóstica, praticar a medicina científica. Esta deverá ser meta e instrumento de qualquer médico.

Durante o curso de graduação, todos os estudantes deverão adquirir o núcleo de conhecimentos fundamentais, o domínio das técnicas essen-

(1) ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. *Physicians for the twenty-first century*. Washington, AAMC, 1984. 48 p. (The GPEP Report).

ciais do exame clínico e dos métodos complementares mais simples, assim como a crítica das indicações e resultados dos mais complexos. As minúcias do uso destes últimos virão mais tardiamente, nas fases da pós-graduação, destinados à formação do especialista.

*Compromisso da Escola Médica com a Assistência à Saúde*

A expansão do ensino médico no Brasil, de 1960 até 1971, pelo grande aumento do número de escolas e de vagas oferecidas nas já existentes, não teve qualquer repercussão favorável no atendimento à saúde. Muitas das novas escolas foram criadas sem consideração prévia das condições demográficas e sócio-econômicas das respectivas regiões e sem dispor de recursos humanos e materiais suficientes.

Aquela época, a preocupação com o ensino da Medicina Preventiva já fora objeto de reuniões das escolas latino-americanas, além de ocorrerem outros fatos importantes para a evolução do ensino médico, tais como a ação da Organização Pan-Americana de Saúde, a criação de Associações de Faculdades de Medicina, as reuniões de Ministros da Saúde dos países das Américas. As transformações sociais e o reconhecimento da necessidade de extensão da cobertura de saúde tornaram imperativo que a formação de médicos, em quantidade e qualidade, correspondesse aos problemas suscitados pela realidade de saúde desses países.

Mas, a sedução dos progressos científicos e tecnológicos é de tal vulto que, no terreno da educação médica, persistem o predomínio da medicina do indivíduo, orgânica e curativa e a resistência à prática da medicina comunitária e preventiva. Para isso têm concorrido fatores externos à escola médica, como a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e o mercado de trabalho médico. O progresso científico demonstra que a saúde, demais da dimensão biológica, tem dimensões social e ecológica. Entretanto, presos ao conceito mecanicista de saúde, professores relutam em aceitar a existência dessas duas vertentes mais atuais, o que pode explicar, em parte, a recusa ao abandono do grande hospital em favor do trabalho docente na comunidade.

Dois movimentos, de âmbito mundial, nos últimos vinte anos, refletiram a procura de mudança. Nos anos de 1960, surgiu, no Canadá e nos Estados Unidos, a ação organizada no sentido da formação do médico de família. Representou uma reação à especialização excessiva e, entretanto, levou ao surgimento de uma nova especialidade, tão numerosos foram os programas de Residência em Medicina Familiar oferecidos.

O segundo movimento, expressão reivindicatória de justiça social, acentuou o caráter priori-

tário dos cuidados básicos de saúde, como meio de melhorar o atendimento às populações carentes. Culminou com a Conferência Internacional, realizada em Alma-Ata, em 1978, de que resultou uma Declaração assinada pelos representantes de 134 países.

Esses dois movimentos convergem, no propósito de assegurar melhor assistência à saúde. Para tanto, é indispensável a articulação dos setores de formação de recursos humanos e de prestação de serviços, o que, no Brasil, tem sido enfatizado desde 1974, ano do documento n.º 2 — Ensino Médico e Instituições de Saúde — da Comissão de Ensino Médico do MEC.

Na mesma linha, seguiram-se, em nosso meio, vários documentos, que representam a síntese de trabalhos e experiências do maior relevo para a implantação dessas idéias. Vale citar os seguintes: Programa de Integração Docente-Assistencial — IDA (*Série Cadernos de Ciências da Saúde* n.º 3, MEC, 1981); Integração Docente-Assistencial (*Série Documentos da ABEM*, n.º 6, 1983); Preparação do Médico Geral (*Série Documentos da ABEM*, n.º 3, 1983); Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (CONASP-MPAS, 1982). Esses documentos, ora tratando mais do setor saúde, ora da educação, demonstram a necessidade de aproximação de ambos e cuidam de mecanismos mediante os quais ela se pode exercer.

Nos dois últimos anos, um plano de Governo procurou dar realidade a esses conceitos: o Plano das Ações Integradas de Saúde (AIS), que visa a congregar, num sistema regionalizado, hierarquizado e descentralizado, todos os órgãos, dos setores público e privado, que atuam, nos níveis preventivo/curativo e individual/coletivo, na prestação de serviços de saúde. Segundo o documento "Formação Médica para a Nova Política de Saúde" aprovado no XXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, em outubro de 1985, o compromisso da escola médica com as AIS deve-se materializar nos seguintes aspectos: a) *participação na gestão das AIS*, exercida, não apenas através da representação legal nas Comissões Coordenadoras, mas no envolvimento político na proposta, do qual devem resultar diversas medidas de ordem funcional; b) *revisão do processo ensino-aprendizagem e da atividade de pesquisa*, aprimorando a formação de recursos humanos, em níveis de graduação, pós-graduação e educação continuada, ajustando a programação educacional às necessidades de saúde, abrindo novas e amplas linhas de pesquisa e avaliando a tecnologia; c) *contribuição ao processo de desenvolvimento das AIS*, exercendo crítica permanente às distorções vigentes no modelo assistencial, quer em seus próprios serviços, quer nas demais instituições de saúde.

As AIS cumprem, apenas, papel transitório, estratégico, que permite, além da reflexão, exer-

citar transformações necessárias para o pleno desenvolvimento e implantação efetiva de um sistema de saúde justo e eficaz. Premente é a elaboração da proposta desse novo sistema, da qual a escola médica não se pode excluir.

Justifica-se, pois, a afirmação categórica de editorial recente de um periódico dos mais autorizados: "a educação médica não pode mais ser divorciada da prestação de cuidados de saúde".<sup>1</sup>

### Objetivo dos Cursos de Graduação em Medicina

Na América Latina, diante das precárias condições de saúde das populações, e da falta de oportunidades de formação pós-graduada para todos os egressos das escolas médicas, será indispensável assegurar a terminalidade do curso de Medicina, graduando-se um profissional capaz, logo, de entrar em ação, se assim o exigirem sua situação pessoal ou as condições do meio em que vive. É claro que, para isso, é preciso que a escola defina bem prioridades, objetivos e estratégias educacionais.

No aludido documento "Formação Médica para uma nova política de Saúde", supõe-se a concordância, no Brasil, quanto ao objetivo primordial dos cursos de graduação: *formação geral do médico, em qualquer circunstância*. Entretanto, as discussões, ao longo de mais de dez anos, deixam, ainda, sem resposta a indagação acerca do perfil profissional do médico ao final da graduação.

Algumas questões podem ser levantadas a propósito. A primeira delas refere-se à diversidade das características das 76 escolas médicas brasileiras, situadas em regiões igualmente marcadas pela diversidade. Argumenta-se, ainda, com a vocação e a autonomia de cada escola. Cabe, assim, indagar se todas as escolas devem formar o mesmo tipo de médico. Por outro lado, deve-se considerar se a organização dos serviços assistenciais e o mercado de trabalho estão sofrendo transformações, de modo a assegurar a absorção do tipo de profissional que tem sido qualificado de médico geral, isto é, o médico com formação básica em Clínica, Pediatria, Tocoginecologia e pequena cirurgia.

Em fase dessas razões, admite-se a conveniência de preparar vários modelos de profissional. Será, sempre, o médico de formação geral nas áreas mencionadas, acrescidas da Psiquiatria e da Medicina Social. Mas, atendendo à tradição da escola, região em que se situa, recursos de que dispõe, podem-se aceitar variações, no sentido da formação para a clínica geral de adultos ou de crianças e para a Tocoginecologia.

Em qualquer hipótese, adquirido o lastro essencial, deverá estar o médico apto para iniciar o exercício da profissão ou para acrescentar novas experiências educacionais, em pós-graduação, e, sempre, para a educação continuada.

A escola médica tem de preparar para a prática competente da profissão, a que não bastam informação e técnica, mas, que exige, ainda, virtudes morais. A sociedade tem claramente demonstrado seu descontentamento com as infrações à ética e a desatenção com o doente.

Essas idéias aparecem claramente expostas em documento anteriormente citado: todos os médicos, independente da sua especialidade, requerem um fundamento comum de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes; devem todos os médicos procurar ser compassivos e dedicados aos pacientes; todos empenhados no trabalho, no aprimoramento, na racionalidade, na ciência e no serviço da sociedade; todos devem guardar sensibilidade ética e integridade moral, equanimidade e humildade. Nem todos lograrão alcançar, na plenitude, esses atributos, porém todos deverão sentir-se obrigados a os procurar e manter.<sup>2</sup>

### Integração da Escola Médica à Rede de Serviços de Saúde

Flexner, numa antecipação do que está atualmente ocorrendo, chamou a atenção para o fato de que a reconstrução da educação médica, naquela época, não iria extinguir as questões. Deixaria intocados problemas que se tornariam importantes quando a formação médica estivesse estabelecida em bases científicas. Nesse momento, disse ele, vai-se expandir o papel social do médico, o que exigirá experiência educacional diversa.

Aceito o compromisso social das escolas de Medicina, como devem elas agir em relação aos serviços de saúde? Esses serviços serão ocupados por egressos das escolas e o desempenho das instituições de saúde vai depender, entre tantos fatores, da atuação de cada médico em particular. Seu despreparo para a integração de conhecimentos, a resolução de problemas, a abordagem epidemiológica e o trabalho cooperativo com outros profissionais; seu despreço pelos aspectos alusivos ao custo/benefício da assistência médica e pela relação médico-paciente têm sido apontados entre as causas, reconhecidamente múltiplas, da ineficiência dos serviços de saúde. Pode-se afirmar, aliás, que, se qualidade dos recursos humanos é efeito do modelo assistencial vigente, ela é, ao mesmo tempo, causa de muitas das dificuldades existentes nesse modelo.

(1) REVIEWING medical education. *Med. Educ.*, 19 (6): 429-30, nov. 1985.

(2) ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. *Physicians for the twenty-first century*. Washington, AAMC, 1984. 49 p. (The GPEP Report).

Espera-se das escolas médicas o empenho em procurar soluções que contribuam para reduzir tal ineficiência. Para muitos professores, entretanto, a aproximação com os serviços representa um afastamento do que consideram sua principal tarefa: a pesquisa e o desenvolvimento da ciência médica. Consideram as missões acadêmica e social inconciliáveis; receiam que o movimento em direção aos serviços dilua os esforços do corpo docente e que, futuramente, a qualidade do atendimento se ressentiria da menor exposição dos alunos ao pensamento mais avançado na ciência e tecnologia médicas.

Os dois compromissos da escola — o técnico-científico e o social — não devem ser considerados excludentes. Pretende-se ter deixado claro esse ponto de vista, ao admitir variações do modelo de médico a graduar, em face de condições institucionais e individuais, respeitados os princípios básicos que devem nortear sua formação e oferecidas as possibilidades de educação continuada e de aprimoramento em pós-graduação.

#### *Relacionamento Escola Médica/Hospital de Ensino*

A criação de hospitais vinculados às universidades foi decorrência do Relatório Flexner e visava a assegurar a qualidade científica do ensino médico, de par com o alto padrão assistencial. Em nosso meio, as dificuldades eventuais de entendimento com as instituições mantenedoras e a falta de condições para o treinamento mais eficiente dos estudantes concorreram para estimular as aspirações das escolas médicas e, assim, a partir do início da década de 1940, foram construídos numerosos hospitais, quase todos inacabados por período de mais de 20 anos. Retomadas as obras, alguns foram concluídos, total ou parcialmente, e postos a funcionar. Começaram a surgir, então, divergências quanto à sua administração, os mecanismos de relacionamento entre faculdade e hospital, a posição dos docentes dentro deste. E, ainda mais, as dificuldades de obtenção de recursos para seu funcionamento e sua manutenção.

Os modelos são diferentes, mas, em geral, a administração do hospital é independente da escola médica. Ora se filia a um Centro de Ciências da Saúde, ora diretamente à Reitoria, quando não ao Governo do Estado, ou ao próprio MEC.

Existem os que pretendem seja o hospital subordinado, administrativamente, à direção da escola de Medicina, já que depende, tecnicamente, da ação de seus docentes. Esquecem-se de que o moderno hospital universitário não serve de local de preparação apenas para estudantes de Medicina, mas de alunos de todas as demais profissões de saúde. Por outro lado, um hospital universitário deve estar inserido no sistema regionalizado e

hierarquizado de saúde e, como tal, é um órgão prestador de serviços, que serve de treinamento para estudantes. Acresce que a administração hospitalar tem problemas muito peculiares, os quais nada têm a ver com a vida acadêmica, sendo conveniente que a direção da escola possa dispor de tempo e organização adequada para tratar das questões inerentes à educação. A estrutura acadêmica é mais estática, cuidando, em geral, de problemas não emergenciais, ao passo que a hospitalar, muitas vezes, tem de lidar com situações críticas, ligadas ao trabalho assistencial. De qualquer modo, a relação entre hospital e escola deve ser de interdependência, e não de dependência. É preciso, ademais, assegurar condições de relativa autonomia e necessária flexibilidade à administração hospitalar.

Quanto à posição dos docentes, o ideal seria que constituíssem todo o corpo clínico do hospital universitário, acumulando as tarefas de ensino com as assistenciais e, para isso, recebendo salários acrescidos, de acordo com sua responsabilidade e hierarquia e com o tempo consagrado ao trabalho. Na prática, isso não tem acontecido de maneira uniforme nos numerosos hospitais de ensino brasileiros. A insuficiência do número de docentes e sua eventual recusa à aceitação de encargos assistenciais, tem levado à contratação de médicos, em número considerável, criando uma dupla população clínica dentro do hospital, sob contratos e atribuições diferentes. Como não é possível ensinar Medicina sem doentes, não se chega a entender como possa o professor de matéria clínica se eximir do acompanhamento desses. Este é um tipo de problema que tem prejudicado o funcionamento dos hospitais e que, no entanto, poderia ser resolvido com a participação dos próprios docentes, atendidos os seus interesses e os da instituição.

Duas palavras sobre o financiamento dos hospitais de ensino. Por sua importância e peso relativo nos orçamentos universitários, esses hospitais devem ser orçados separadamente. Os recursos gerados pela prestação de serviços, inclusive os remunerados pelo INAMPS, e recebidos através da universidade, ou de suas fundações, devem retornar, na totalidade, ao hospital, não sendo admissível sua utilização para outros fins.

Finalmente, é preciso ter em conta que as ações de ensino devem ser secundárias às de saúde. Onde se presta boa assistência, no nível definido pelos objetivos do hospital no sistema de saúde hierarquizado, certamente o ensino será de boa qualidade. Mais difícil será encontrar boas ações de ensino coincidindo com mau atendimento. A meta do relacionamento entre hospital e escola médica deve ser o atendimento prioritário às necessidades de saúde, e é em razão dessa meta que devem ser fixados, com precisão e clareza, os objetivos das duas instituições. Estas devem empenhar-se para que seus quadros de pes-

soal compreendam suas funções e desfaçam preconceitos e desconfianças recíprocas. Ainda aqui, deve-se cuidar de que não se tornem inconciliáveis os compromissos acadêmico e social.

### Estratégias Educacionais

A indefinição do conjunto de competências que devem ter os médicos recém-formados é apontada entre os fatores do desempenho inadequado das escolas médicas. De fato, dessa definição depende a escolha das estratégias educacionais, ou seja, da organização curricular, do conteúdo dos programas, dos métodos de ensino, dos locais de treinamento, dos procedimentos de avaliação do rendimento acadêmico.

A forma habitual de decisão quanto a tais estratégias, de regra selecionadas por grupos isolados de professores, nos limites de suas disciplinas, não se ajusta aos objetivos das escolas. Os currículos compõem-se de dezenas de disciplinas, numa seriação nem sempre consistente, muitas vezes com total desarticulação entre o ensino das matérias básicas e o das profissionais e o ostensivo descompasso entre o estudo da patologia, da epidemiologia, da clínica, dos métodos de investigação e da terapêutica; os conteúdos programáticos são extensos, definidos, exclusivamente, com base na percepção de relevância dos especialistas na matéria, sem confronto com dados de morbimortalidade, sem preocupação com as inter-relações dos assuntos com outras áreas do conhecimento; os procedimentos didáticos dominantes são a aula expositiva e a demonstração; os locais de ensino são as salas de aula e as enfermarias; o instrumento de avaliação é a prova escrita.

Concorre para manter essas estratégias a acentuação, ao longo tempo, dos inconvenientes da estrutura departamental: "tendência dos departamentos a se tornarem auto-suficientes e fechados em si mesmos; (...) a falta de coordenação (entre eles), prejudicando a integração do ensino (...), fragmentando o conhecimento (...). A multiplicação excessiva do número de departamentos concorre para aumentar tais inconvenientes. Cresce o risco da perda da interdisciplinaridade, porque os novos departamentos surgem de disciplinas, que se tornam independentes".<sup>1</sup>

Uma escola médica comprometida com a qualidade da assistência prestada à população tem, necessariamente, que modificar tais estratégias. O currículo não pode ser constituído por disciplinas correspondentes a especialidades ou sub-

especialidades, senão que por programas interdisciplinares, em consonância com a prática médica. Os cenários da formação têm que ser alterados. Ambulatórios, unidades de saúde de diferentes níveis, inclusive periféricas, passam a ser os locais de treinamento preferenciais. A integração docente-assistencial deve constituir-se em instrumento pedagógico fundamental. O treinamento-em-serviço, de regra limitado ao interno, deve, também, ser privilegiado entre as estratégias de ensino das disciplinas que precedem ao estágio curricular. Quanto a este, a Resolução do Conselho Federal de Educação, em vigor, não impede o treinamento mais prolongado em uma das áreas gerais, conforme o tipo de profissional que a escola prefere formar.

A necessidade de desenvolver no estudante a capacidade de tomar decisões e resolver problemas reduz a apresentação do longo conteúdo das disciplinas, o que importa substituir provas escritas por outros procedimentos, que permitam aferir as habilidades adquiridas.

Convém insistir na questão dos cenários de treinamento dos estudantes. O documento número 2 da Comissão de Ensino Médico, já referido, assinalou, de maneira categórica, que esse treinamento não pode ficar limitado ao hospital de ensino. Por outro lado, do reconhecimento do compromisso social da escola médica decorreu a necessidade de efetiva utilização, para o ensino, dos ambulatórios e da rede periférica de cuidados de saúde. Tais afirmações parecem inquestionáveis. Mas, a formação técnico-científica exige, também, o treinamento em unidade mais diferenciada, como o hospital de ensino, e, ainda, que a utilização da rede ambulatorial e periférica não deve prescindir da supervisão pedagógica.

A mudança das estratégias educacionais implica outra questão central: o preparo pedagógico dos professores. A ação política que hoje se espera da escola médica, de participação na definição de prioridades para a sociedade, no que respeita ao setor saúde, não deve excluir a preocupação com o preparo didático-pedagógico dos docentes. Apenas, essa preparação tem que se orientar, também, pela mudança do papel do professor e dos ambientes onde passa a exercer esse papel. "Ensinar professores de Medicina a ensinar é instrumento tão valioso para o futuro da educação, quanto o poder, o dinheiro, as condições políticas e sociais".<sup>2</sup>

A prática educacional tem-se mostrado notavelmente resistente às modificações. Para os docentes, é sempre difícil modificar seus métodos e suas atitudes. Continuam a ensinar da maneira que sabem, alheios às modificações da prática e

(1) BRASIL. Secretaria da Educação Superior. *Uma nova política para a educação superior; relatório final*. Brasília. Comissão Nacional para Reformulação da Educação Superior, 1985. 118 p.

(2) MILLER, G. E. Teaching the teacher to teach; educating tomorrow doctors. In: WORLD CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION, 4. Copenhagen, 1972.

do ensino da Medicina. É por isso que tantas propostas bem intencionadas de reforma curricular acabam sem resultados positivos.

### *A Necessidade de Avaliação*

Criam-se, no País, organismos dedicados ao aprimoramento da seleção dos estudantes para as instituições de ensino superior, mantendo-se comissões permanentes para estudos acerca do assunto. Cuidado semelhante não se observou em relação à qualidade dos programas educacionais oferecidos por essas instituições, nem quanto à seleção de seus corpos docentes. Entre os próprios professores do ensino superior, não se observa preocupação em discutir o problema, parecendo dominar a acomodação com as condições e práticas vigentes.

No documento recente "Uma nova política para a educação superior brasileira", afirma-se que "um dos problemas mais graves do ensino superior brasileiro nos dias de hoje é que lhe faltam parâmetros". (. . .) A ausência de parâmetros afeta o ensino superior sob muitos pontos de vista. Para o Governo, ela não permite que se tenha uma política racional de alocação de recursos públicos, que fortaleça as melhores instituições e induza as demais ao aperfeiçoamento. Para professores e administradores educacionais, ela impede que saibam exatamente como melhorar suas instituições, quais os falsos caminhos, quais as soluções mais promissoras. Para o candidato à universidade e sua família, a escolha de uma escola superior e de uma profissão é como uma loteria: os alunos decidem suas carreiras baseados em fragmentos de informação, o que explica, em parte, a grande frustração e um certo ceticismo que acabam permeando o sistema universitário do País".

Essa deficiência registrada no mencionado documento resulta do esquecimento de que, entre as funções da avaliação, se distingue a de proteção da sociedade.

No momento em que o Governo solicita um trabalho participativo de formulação de nova política para a educação superior, a qual "atenda às exigências do desenvolvimento do País e aos anseios democráticos de seu povo", fica fortalecida a necessidade do estabelecimento de mecanismos de avaliação que assegurem a proteção referida. Neste sentido, a avaliação é inseparável do compromisso social das escolas médicas. Por outro lado, no instante em que se reforça a defesa da autonomia da universidade, deve-se lembrar que "autonomia e avaliação formam binômio inseparável".<sup>1</sup>

Ainda aquele documento chama a atenção para a complexidade técnica e política do desenvolvimento de sistemas de avaliação. Por isso mesmo, seria conveniente e oportuno que as escolas médicas indicassem os mecanismos que julguem adequados à aferição da qualidade dos programas educacionais que oferecem.

O sistema de avaliação deve contemplar múltiplos procedimentos: uns de responsabilidade da própria escola; outros, de responsabilidade de agentes externos. A revisão dos conteúdos programáticos da organização das experiências de aprendizagem, dos instrumentos de medida do desempenho dos estudantes tem de ser tarefa contínua e de responsabilidade do corpo docente.

É necessário que a escola médica seja estimulada a fazer, periodicamente, a auto-avaliação do desempenho da instituição, levando em conta, inclusive, padrões externos de comparação. Isto se pode fazer por intermédio da criação de instrumentos de aplicação nacional, à semelhança do que ocorre na América do Norte e, mais recentemente, em países da América Latina, ou, ainda, pelo trabalho associativo de escolas próximas com a participação de representantes dos serviços e de usuários desses.

Esses processos de avaliação, conduzidos pelas próprias escolas, não excluem a necessidade de avaliação por uma agência governamental. O MEC, por intermédio do CFE, autoriza e reconhece cursos de graduação. Seria indispensável que, periodicamente, se assegurasse de que estão sendo mantidos os padrões educacionais mínimos que permitiram a autorização e o reconhecimento dos cursos, sem que isso represente indesejável classificação das escolas médicas. Este tipo de avaliação, além de acrescentar resultados aos obtidos pelos meios anteriores, enriquecendo o processo, serve aos interesses do público em geral, dos estudantes em particular e orienta a administração federal na distribuição de recursos, permitindo-lhe auxiliar a escola.

Nesse sentido, valerá o empenho em verificar as condições em que se estão realizando o ensino das matérias básicas, o ensino clínico e o estágio curricular.

Há indícios de que tais condições não atendem aos padrões desejados. A análise dos projetos apresentados pelas escolas médicas ao MEC, com vistas à obtenção de recursos do Programa Nova Universidade, permitiu identificar inconclusão de obras e extensa depreciação de instalações e equipamentos, com repercussões inevitáveis nos cursos de graduação. Persiste a luta dos administradores de hospitais de ensino pelo apoio financeiro que garanta o funcionamento regular dessas instituições para os fins indissociáveis da formação de profissionais e serviços à comunidade. Cerca de 800 estudantes estão fazendo internato em hospitais da Previdência So-

(1) GIANNOTTI, J. A. *A universidade em ritmo de barbárie*. São Paulo, Brasiliense, 1986.

cial nos quais "oficialmente, na maior parte das Unidades, o internato vem-se desenvolvendo em caráter eletivo, numa das grandes áreas", conforme informação do próprio INAMPS. Uma escola médica do Norte celebrou convênio com vinte hospitais do Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Paraná para a realização do estágio curricular.

Retomando o início deste capítulo, merece referência a questão da avaliação do desempenho do aluno e do professor.

Reacende-se no MEC e em algumas universidades a discussão sobre o processo de admissão às escolas de 3.º grau. O debate será incompleto se não se seguir da análise do acompanhamento do desempenho desses alunos ao longo dos cursos superiores. Mostra a experiência que a quase totalidade dos que ingressam nos cursos médicos chega à formatura, numa demonstração de que as dificuldades, de qualquer natureza, são sempre superáveis.

Quanto aos professores, manifestam-se muitos contra o atual mecanismo de promoção na carreira do magistério, especialmente nas universidades federais. Propõem o restabelecimento do tradicional concurso de títulos e provas, confiantes em sua isenção e validade. Nesse particular, a experiência pode também levantar dúvidas, pois que não são raros os concursos em que se cometem injustiças.

Enquanto não chegamos ao grau de avanço e seriedade em que o preenchimento dos postos mais elevados da hierarquia docente se faça pela análise judiciosa da obra dos candidatos, em regime aberto, os concursos ainda serão, talvez, o processo preferível.

De qualquer forma, não é possível prosseguir no caminho iniciado há cinco anos, quando alguns milhares de professores, em universidades federais, foram admitidos, ao arrepio da lei, sem qualquer forma de competição ou demonstração pública de competência. É tempo de rever as características corporativistas e paroquiais de nossos atuais costumes universitários. É indispensável rever todo o processo de seleção e promoção de professores, para que não se frustrem justas aspirações, nem se desmereçam os valores culturais da universidade.

#### Comentários Finais

Ao termo deste documento-síntese, cabe insistir em alguns pontos, julgados da maior importância pelos que o subscrevem. Em matéria de educação médica, já se constituiu um corpo de doutrina que, certamente, não conciliará todas as opiniões, mas que representa o consenso dos mais significativos estudos e debates realizados nas duas últimas décadas, no Brasil, nas Américas e em todo o mundo. Trata-se, agora, não

mais de repetir, mas de saber como implementar os conceitos recomendados. Em outras palavras, como ajudar as escolas médicas a aprimorarem o padrão de ensino que ministram, a melhor se articularem com o sistema de saúde, a organizarem os currículos plenos de acordo com as bases e diretrizes estabelecidas, com sabedoria, no currículo mínimo fixado pelo Conselho Federal de Educação, desde 1969.

Outro ponto essencial é a necessidade de aperfeiçoar os processos de avaliação — do aluno, do professor, do curso. Não se devem classificar as escolas médicas. Cada uma poderá alcançar um nível de boa qualidade, em função de seus objetivos e compromissos com a comunidade. É preciso procurar fórmulas para ajudar as que se encontram em maiores dificuldades, não, simplesmente, com a injeção de recursos materiais, mas com o apoio a programas inovadores, com assessoria didático-pedagógica e com a limitação do número de vagas oferecidas, em razão das disponibilidades em recursos humanos e materiais. As escolas mais fortes de determinada região poderiam, de alguma forma, assessorar aquelas mais necessitadas e, eventualmente, poderia ser estudada a fusão de escolas de uma determinada região.

Considerando que o ensino médico não pode ser dissociado das instituições de prestação de serviços, torna-se imperativa a reformulação do sistema de saúde, pois que, nessa área, tanto quanto na da educação, já existem as idéias e os conceitos fundamentais, faltando as medidas estratégicas e operacionais para a implementação.

Finalmente, no momento em que fazem justas reivindicações em favor da autonomia e da democratização da universidade, que se tenha presente que tais conceitos não excluem, antes impõem, a valorização da competência, sob o primado da inteligência e da cultura, legítimos patrimônios universitários.

Clementino Fraga Filho, *Coordenador*

Alice Reis Rosa, *Relator*

Adib Domingos Jatene

Adonis Reis Lira de Carvalho

Cícero Adolpho da Silva

Eduardo Marcondes Machado

João José Cândido da Silva (\*)

Lupércio de Souza Cortez Junior (\*\*)

Sérgio Carlos Eduardo Pinto Machado

Tancredo Alves Furtado

(\*) Em substituição a Luiz Lindbergh de Farias

(\*\*) Em substituição a Henri Eugène Jouval Junior