

Resumo

Um critério transcendente da qualidade da educação médica é a formação de profissionais competentes e aptos a responder às necessidades de saúde da sociedade como um todo. Nessa perspectiva, o artigo sintetiza os subsídios resultantes da Cúpula Mundial sobre educação médica, em Edimburgo – 1993. Esses elementos são relacionados aos desafios correntes e a quatro estratégias globais de reorientação, as quais têm em comum tal critério de qualidade.

Palavras-chave

- Educação, médica
- Estratégias de reorientação
- Cúpula mundial, Edimburgo

Introdução

A reforma do ensino médico tem sido propugnada há vários anos no Brasil e muitos outros países. Existe uma forte corrente de opinião que aponta esse processo como fator necessário na busca de melhoria no uso de recursos para a assistência à saúde. Tal melhoria – que visa ao atendimento de necessidades definidas da sociedade – leva em conta, entre outros elementos, a equidade, a humanização e o custo da assistência, conforme a chamada Declaração de Edimburgo, que data de 1988, ano da primeira Conferência²¹.

Contudo, a frustração das esperanças em tentativas anteriores de reforma realça a complexidade problemática da educação médica, em termos da multiplicidade de seus objetos, relações, expectativas e agentes, e do conflito de valores e afetos entretidos na concepção e na prática do processo¹⁷. A visão atual do somatório de seus desafios é delineada em muitos documentos, a exemplo da resenha dos estudos produzidos pelo Projeto EMA⁵, dos relatórios da CINAEM sobre avaliação das Escolas Médicas⁶, e do manifesto sobre mudanças na profissão médica, elaborado pela OPAS e divulgado no XXXI Congresso da ABEM, em 1992¹³.

Neste artigo, as recomendações para ação geradas pela recente Conferência de Edimburgo, em agosto de 1993, são examinadas sob o prisma do renovamento de valores e da recomposição de estratégias, os quais são requeridos para construir a garantia de qualidade dos serviços de assistência à saúde¹⁷. Presume-se que as perspectivas desta Conferência possam contribuir para iluminar o panorama atual e os rumos da reorientação do ensino médico brasileiro. Nesse sentido, a apresentação

é dividida em 4 partes: (i) panorama do ensino médico; (ii) desenvolvimento e resultados da Cúpula de Edimburgo; (iii) estratégias para a reorientação e (iv) dinâmica da mudança e proposições.

I – Panorama do Ensino Médico

Cabe afirmar, preliminarmente, que a educação médica envolve interação de diferentes agentes, exemplarmente docentes e alunos. O processo é mediado pelo currículo *lato sensu*, sentido que inclui o enfoque pedagógico global da instituição. Tem como objetos de estudo e de prática a pessoa individualmente e a população em geral, no âmbito da concepção de saúde/doença e das imbricações que são moldadas por fatores do contexto interno e do entorno sócio-sanitário. Seu propósito imediato é formar médicos que tenham capacidade e disposição para prestar serviços com a necessária competência, os quais possam influir positivamente nos indicadores de qualidade da saúde de indivíduos e da população.

Numerosos problemas e desafios estão embutidos no panorama atual do ensino médico, face ao potencial que está implícito na supracitada definição. Três aspectos dessa conjuntura são delineados em seqüência: (i) “pressões” dos usuários; (ii) inadequações dos serviços de assistência; (iii) insuficiências da escola médica.

1. “Pressões” dos usuários

Uma faceta importante da problemática do ensino médico deriva das expectativas crescentes das pessoas e dos grupos organizados acerca do potencial alcançável de saúde, não apenas em termos de ausência de doença mas, também, como elemento da qualidade de vida individual e coletiva. Tais expectativas derivam de percepções mais informadas acerca das necessidades humanas e do incremento das aspirações no âmbito da saúde, as quais são vislumbradas pelo acesso à informação e pela democratização de oportunidades no contexto sociopolítico. Esses fatores têm contribuído para uma postura adversiva em relação aos sistemas de formação e de prestação de serviços, quando as demandas geradas pelas expectativas não são bem, nem prontamente atendidas.

2. Inadequação dos serviços

Uma segunda faceta da problemática se prende às limitações da qualidade dos serviços de assistência à saúde. Vários fatores contribuem para essa situação:

NB – Comunicação preliminar na conferência “Perspectivas do Ensino Médico frente à 2ª Conferência Mundial de Educação Médica”, ministrada na Universidade Federal de Uberlândia, em 21 de setembro de 1994, na VII Semana Científica de Medicina.

* Coordenador, curso de Medicina Universidade de Brasília

a) Deficiência de recursos, tanto em volume de aporte quanto em prioridade de utilização, em relação aos custos progressivos da incorporação tecnológica e da ampliação da cobertura;

b) Sobrecarga no atendimento médico, associada à ampliação da procura e à deterioração da infraestrutura hospitalar;

c) Desequilíbrio de tipos de profissionais, mormente quanto ao atendimento de primeira linha da população em geral;

d) Complexificação de procedimentos, derivada dos avanços tecnológicos e da fragmentação da atuação profissional;

e) Reorganização desordenada da prática médica – no sentido da coletivização do trabalho com intermediação institucional pública, ou privada – a qual acarreta efeitos desfavoráveis na comunicação e na relação médico-paciente;

f) Bloqueio na realização profissional, em termos dos anseios e das expectativas das novas gerações de médicos e das possibilidades de inadaptação à situação concreta da prática médica na iniciação da carreira.

3. Insuficiências da Escola Médica

Além das pressões externas, o ensino médico enfrenta os desafios internos da Escola, numa situação que foi qualificada de “independência subordinada”. Alguns dos problemas são identificados abaixo:

a) Baixa definição de lideranças e de coesão interna do corpo docente, associada à fragmentação departamental e à prioridade técnica na sua constituição e atuação;

b) Conflitos sobre a missão da Escola Médica, em termos das expectativas de responsabilidades no desenvolvimento educativo e na remodelação dos serviços de saúde, em contraposição aos encargos tradicionais;

c) Estrutura curricular ineficiente, em que se evidencia mínima articulação interdisciplinar, sobrecarga de informações, tempo reduzido para aprendizagem ativa e profunda, diversificação restrita de ambientes de aprendizagem para treinamento em serviço;

d) Limitação de parcerias institucionais, tanto no âmbito universitário quanto do setor da saúde, bem como de comunicação social em geral.

Vale ressaltar que o programa traçado não é homogêneo, nem representa especificamente qualquer instituição de ensino brasileira;

Que tem a haver a Conferência de Edimburgo com tais desafios e problemas?

II – Desenvolvimento e Desfechos da Conferência de Edimburgo – 1993

A Conferência – cognominada Cúpula Mundial sobre Educação Médica – foi um empreendimento de

múltiplas parcerias envolvendo diversas organizações com interesse no campo da saúde, sob a liderança da Federação Mundial para a Educação Médica. Participaram da conferência 240 representantes de 80 países, movidos pela necessidade de delinear respostas às pressões sobre o ensino médico em suas sucessivas etapas.

Os trabalhos efetuados na Conferência são resumidos aqui em 2 partes: (a) desenvolvimento (temas, programação e recursos, e produtos) e (b) desfechos práticos.

A. Desenvolvimento

Quais foram os temas? O desenvolvimento das atividades da Conferência se concentrou em três áreas de desafio: (i) contexto social ampliado; (ii) profissão médica em mudança e (iii) resposta educacional ao crescimento do conhecimento e aos avanços tecnológicos. Tais temas serviram de cenário para indicativos de mudança, contemplando 4 elementos: demanda por serviços, resposta educacional, missão dos médicos e direção da reforma nas escolas médicas.

Como foi a programação? As atividades da Conferência se desdobraram em sessões plenárias e grupos de trabalho, incluindo discussões de tópicos, relatórios e vários documentos de apoio. Nas 14 sessões plenárias foram discutidos 23 tópicos relativos aos temas gerais, além dos relatórios de 11 grupos de trabalho e do comunicado final. Os tópicos referidos foram expostos por figuras de renome e estão transcritos nos Anais da Conferência, que foram publicados como suplemento do volume 28 do periódico *Medical Education*²³.

Quais foram os produtos? Os trabalhos da Conferência, transcritos nos Anais, incluem um comunicado sintético e recomendações pormenorizadas. O documento final da Conferência admite que, na percepção da sociedade mundialmente, as Escolas Médicas não têm respondido adequadamente aos enormes desafios que afetam o ensino. Vários aspectos foram ressaltados, em relação a cada tema. O crescimento das expectativas e da demanda por serviços de saúde, a mudança no contexto do trabalho médico e os conflitos éticos são três exemplos. Outros desafios incluem o acúmulo epidemiológico na transição do perfil demográfico, os custos e as limitações dos sistemas de saúde, o desequilíbrio entre especialistas e generalistas, e a pressão comercial dos avanços tecnológicos.

Quais devem ser as respostas da educação médica? O documento assevera que a profissão médica deve melhor cumprir seu contrato social e parte de três premissas para delinear as recomendações para ação: (i) a pertinência dos desafios que foram identificados; (ii) o potencial do “papel ampliado do médico”²² para lidar com tais desafios; e (iii) a consistência e atualidade dos 12 pontos de reforma reunidos na Declaração de Edimburgo de 1988.

B. Desfechos: recomendações para ação

Para implementar os princípios propostos são então indicadas estratégias de impacto, reunidas em Recomendações para Ação e apelo à Cooperação Internacional. As 22 recomendações foram agrupadas em 5 componentes assim identificados: (i) prática e política de saúde; (ii) resposta educacional; (iii) continuum da educação médica; (iv) parcerias na aprendizagem; (v) cenários para aprendizagem. Os Quadros 1, 2 e 3 resumem os temas das recomendações.

Quadro 1 – Temas das Recomendações¹

1. Prática e Política de Saúde

- a) Conjunção entre a educação médica e o cenário da prática médica
- b) Planejamento nacional de recursos humanos em saúde
- c) Reformulação dos sistemas de atenção à saúde
- d) Busca de equilíbrio entre especialistas e generalistas
- e) Preparação educacional para a transição demográfica na saúde
- f) Compreensão e compaixão na lida com agravos crônicos

Várias das recomendações são comentadas em seguida, considerando-se justificativas, exemplos de ações pertinentes e desfechos esperados. Três critérios são enfatizados: impacto estimado dos resultados, possibilidade de iniciativa das Escolas e importância corrente das medidas no cenário brasileiro.

1. Prática e política de saúde

Um médico contemporâneo não pode ser treinado exclusivamente no hospital universitário. A parceria de trabalho com a rede local de serviços intensifica a pertinência do currículo para a realidade da prática e o atendimento das necessidades da população servida pela rede. No caso brasileiro, a propósito, as articulações administrativas e operacionais com os serviços locais de saúde e a representação comunitária tornam-se obrigatórias com a implantação progressiva do SUS e são essenciais para o alcance de interações coerentes e potencializadoras entre a educação e a prática médicas.

O papel das Escolas Médicas no desenvolvimento do sistema de saúde também precisa ser fortalecido, inclusive mediante cooperação na determinação do número e do perfil de competência de cada categoria profissional na força de trabalho nacional. Outro aspecto pertinente é a busca de equilíbrio na formação de especialistas e generalistas, com ênfase na formulação de política de incentivos baseada em realidades epidemiológicas e financeiras. Essa busca deve levar em consideração regionalmente a composição dos níveis de atenção, o grau de elevação da expectativa de vida na população e o fenômeno do acúmulo epidemiológico na transição demográfica, entre

outros elementos. Parece claro, também, a necessidade da abertura da base humanista e social da medicina, para assegurar competências psicossociais no trato com pessoas padecendo de diferentes agravos crônicos na população.

2. Resposta educacional

Esta seção contempla recomendações sobre o contexto interno das Escolas Médicas. A principal medida diz respeito ao plano institucional de gerência e ação em apoio à educação médica, o qual abrange as questões do mandato ou missão da Escolas e da sua estrutura administrativa para planejamento e incorporação de mudanças curriculares. Merecem realce as considerações sobre formulação e viabilização do novo mandato institucional – que contemple responsabilidades intra – e extra-murais – assim como a criação de equipes interdisciplinares para a elaboração e implantação de novos programas transdepartamentais.

A preparação do médico com um papel ampliado no sistema de saúde requer estratégias e métodos de ensino mais eficazes em termos do alcance de competência e de motivação para aprendizagem permanente. A organização de consórcios entre Escolas – conforme exemplificado pelo “Network of Community-Oriented Educational for Health Sciences”¹⁶ – inclusive para preparação de material educativo apropriado e pertinente, pode facilitar a implantação de três das estratégias endossadas: aprendizagem centrada na comunidade, aprendizagem orientada por problemas e apreciação crítica de textos científicos.

Quadro 2 – Temas das Recomendações²

2. Resposta Educacional

- a) Política institucional em apoio à educação médica
- b) Procedimentos de seleção para admissão na Escola Médica
- c) Aprimoramento docente para a melhoria da educação médica
- d) Engajamento do estudante no planejamento e no ensino
- e) Posição da Ciência em relação à Medicina
- f) Base ética da educação médica
- g) Estratégias e métodos de ensino e aprendizagem
- h) Opções curriculares para lidar com a sobrecarga de informação

O documento sustenta o valor do enfoque científico – em que se fundamenta a medicina baseada na evidência – e realça a propriedade da integração das ciências biomédicas e sociais, tanto no ensino clínico quanto da saúde coletiva. Nesse particular, existe uma ênfase à plena aplicação dos princípios da ética tanto em nível clínico (para o indivíduo), quanto em nível comunitário (para a população). Estes aspectos foram sublinhados por Bryant³ e pelo documento sobre a posição latinoamericana, distribuído na Conferência¹⁵.

Na questão específica da reestruturação curricular, são examinadas as opções para lidar com a sobrecarga de informação. O problema da oferta de informação é importante, por sua velocidade de crescimento e seus efeitos na qualidade da aprendizagem. Parece viável a proposta de grupos de trabalho nacionais examinarem tipos de currículo que lidam com a sobrecarga de informação, incluindo a apreciação da possibilidade de desenvolvimento de um currículo nuclear que promova a competência básica e seja suplementado por opções de aprofundamento. Os módulos-chaves do currículo nuclear se concentrariam nos fundamentos, tais como raciocínio crítico, habilidades de entrevista e comunicação, e deveriam enfatizar, também, a aprendizagem autodirigida em áreas temáticas prioritárias. Já os módulos especiais suplementares proporcionariam oportunidades de estudos e atividades em profundidade em áreas eletivas.

Esta questão envolve a otimização da estrutura curricular, em que duas facetas devem ser examinadas: (a) o delineamento da competência necessária do conluente, em termos de três dimensões básicas (funções e atividades, problemas de saúde e elementos de estrutura do aprendizado); (b) a estruturação do cenário educativo, considerando elementos da qualidade da aprendizagem¹⁹.

A melhoria da educação médica requer claramente um processo de desenvolvimento docente. Nesse sentido, a Conferência recomenda que as Escolas Médicas devam fortalecer o preparo pedagógico, para ampliar as habilidades de comunicação e a versatilidade docente no uso de estratégias educativas – o que me parece válido para a situação brasileira. Paralelamente, contudo, os docentes devem ser recrutados, promovidos e recompensados, em parte, por seu desempenho no ensino e sua contribuição para o desenvolvimento educativo. A melhoria no ensino pode ser incentivada, também, pela monitoração do desempenho docente que inclua a participação direta dos estudantes.

No que tange ao papel do estudante, o documento aponta para o reconhecimento do valor – e o aproveitamento explícito – das parcerias com os estudantes em todas as fases do processo educacional. Ao mesmo tempo, indica a necessidade de implantação de novos procedimentos de admissão, que estejam baseados no mandato e na capacidade da instituição, bem como nas diretrizes das metas nacionais sobre os recursos humanos em saúde. Isso implica, possivelmente, a inclusão de critérios que contemplem qualidades não-cognitivas, tais como a empatia pessoal e o compromisso social.

3. Outras medidas priorizadas

O compromisso com a educação médica baseada na comunidade é uma questão focal nas recomendações para ação. O ensino médico centrado no hospital descuida do

contexto epidemiológico da saúde e dos fatores de risco para a doença, enquanto o atendimento primário à saúde requer equidade. A eficácia do papel da Escola Médica é ampliada por um compromisso explícito com a saúde de uma população definida e o sistema local de atenção à saúde.

Esse princípio deve ser complementado pela diversificação dos ambientes de aprendizagem e ampliação dos cenários do mundo real na educação médica. A necessária experiência hospitalar pode ser modulada e enriquecida pela exposição dos estudantes a uma gama mais realista de condições humanas e de problemas de saúde, nos locais de trabalho, escolas, domicílios e centros de saúde.

Na verdade, o enfoque de orientação comunitária recebeu pleno endosso na Conferência. A participação comunitária no processo decisório e nas ações de saúde é agora essencial e pode encorajar a aprendizagem interdisciplinar e a necessária cooperação interprofissional na aprendizagem e na prática. Espera-se que um papel mais ampliado da comunidade no próprio processo educacional aumente o compromisso e a pertinência da educação médica, incrementando a adesão das comunidades às iniciativas na área de saúde e promovendo o desenvolvimento social. Isso implica o reconhecimento do direito à informação e à participação do paciente e da comunidade no questionamento em matéria de saúde e doença. Espera-se que a ocorrência de demandas reais para participação possam advir da aprendizagem centrada na resolução de problemas concretos na comunidade.

A perspectiva de ampliação de parcerias reforça a necessidade de melhoria na comunicação profissional com os pacientes e o público, inclusive para intensificação da educação para a saúde.

O continuum da educação médica também foi enfocado. Uma visão holística do ensino e treinamento pós-graduados foi realçada, visando ao alcance de 3 pontos: pertinência para o contexto local, conexão com programas de graduação e de aprimoramento profissional, e esforço para a produção equilibrada de especialistas, mediante planejamento global de oportunidades que seja responsivo às necessidades profissionais.

Quadro 3 – Temas das Recomendações^{3, 4, 5}

3. Continuum da Educação Médica

- a) Visão holística do ensino médico pós-graduado
- b) Educação médica continuada e aprendizagem permanente

4. Parcerias na aprendizagem

- a) Equipe de saúde e educação multiprofissional
- b) Participação das comunidades na educação médica
- c) Comunicação com os pacientes e o público
- d) Participação ampliada no processo decisório em saúde

5. Cenários para a Aprendizagem

- a) Ambientes do mundo real para a educação médica
- b) Compromisso da Universidade com a educação baseada em população

III – Estratégias para Reorganização Institucional

Como ficam as perspectivas de reorientação do ensino médico, face aos processos e resultados da Cúpula de Edimburgo? Convém, a propósito, reexaminar 4 estratégias globais que foram concebidas antes da Cúpula de Edimburgo mas que incorporam muitos dos princípios que foram endossados: (a) Agenda para a Mudança, apresentada pela OMS; (b) Gestão de qualidade na educação médica, oriunda da OPAS; (c) União com a Comunidade, patrocinada pela Fundação Kellogg; (d) Avaliação das Escolas Médicas, patrocinada pela CINAEM.

A. Agenda para a Mudança

Este é um plano global de cooperação institucional, que foi traçado em linhas gerais pela divisão de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde da OMS²². O documento original identifica os problemas e desafios da educação médica e define dois componentes principais de mudança:

1) Estabelecimento de padrões para a qualidade do ensino médico. Essa etapa envolve a redefinição do mandato da Escola Médica na busca da qualidade da formação, o que se constitui substancialmente em um renovamento da base de valores que explicitam a responsabilidade social. O novo mandato tem dupla perspectiva, implicando 4 valores principais:

a) Responsabilidade intra-institucional, em que sobressaem: (i) garantia de pertinência do ensino e da pesquisa às necessidades prioritárias da saúde; (ii) esforço constante para construir, aplicar e disseminar processos de aprendizagem eficazes nas ciências da saúde.

b) Responsabilidade extra-institucional, em que despontam: (i) participação ativa na melhoria da qualidade e da cobertura da assistência à saúde e (ii) envolvimento firme na garantia de qualidade da prestação de serviços e na avaliação da tecnologia médica.

A natureza do novo mandato implica que a busca do incremento da qualidade da educação médica deve ser referenciada tanto pelos requisitos intrínsecos do sistema educativo, quanto pelo espectro de qualidade total a ser priorizado no sistema de saúde – o qual vai direcionar o papel e a distribuição dos profissionais nos serviços²⁰. A definição dos padrões de qualidade da educação médica mediante instrumentos apropriados é, aliás, uma etapa essencial deste primeiro componente da Agenda para Ação¹.

2) Estratégias de reestruturação educacional. O segundo componente da Agenda envolve a apreciação de possíveis estratégias de mudança, sua seleção e estrutura-

ção para aplicação. Oito enfoques de potencialidade reconhecida são descritos no documento original²², alguns dos quais podem ser incorporados a um currículo tradicional. Alternativamente, um enfoque inovador – aprendizagem baseada em problemas, por exemplo – pode ser o elemento modelador de um novo currículo, apesar de algumas restrições feitas ao seu impacto^{4, 9}.

B. Gestão de Qualidade na Educação Médica

A proposta manifesta da OPAS consta de documento elaborado para a reunião de Punta del Este¹⁴. Inse-re-se em uma concepção abrangente de avaliação total, a qual incorpora a gestão de qualidade e o novo arcabouço referencial na formação médica, considerando elementos do processo de trabalho e componentes doutrinários sobre conceito de saúde-doença, conhecimento-tecnologia, valores éticos e significado prático da qualidade. Sua operacionalização compreende três etapas:

1) Avaliação externa mediante critérios e indicadores, com apoio de consultoria externa, para sensibilização dos agentes envolvidos.

2) Enfoque de planejamento estratégico contemplando: primeiro a análise da situação das práticas de serviço, de educação e de pesquisa médicas; segundo, a definição da missão institucional, segundo um enfoque prospectivo que considere o delineamento de novo paradigma e a formulação e análise de novas propostas de desenvolvimento⁸.

3) Seguimento e avaliação contínua. Implica a incorporação da gestão permanente de qualidade na rotina da instituição, a qual inclui a estruturação de círculos de qualidade da educação médica.

A condução do processo de avaliação total envolve pré-requisitos básicos executáveis, o que torna a proposta uma iniciativa promissora no contexto do desenvolvimento institucional.

C. Proposta UNI: Parcerias com a Comunidade

O propósito geral dessa estratégia global é o desenvolvimento sincrônico de modelos educacionais, os quais são baseados em sistemas locais de atenção à saúde com importante participação comunitária¹⁰. O estabelecimento de sistemas locais de saúde baseados na comunidade tem sentido acadêmico na medida em que proporcionam ensino, conduzem pesquisas em saúde com orientação comunitária e prestam serviços de saúde. Os componentes básicos de cada projeto UNI abrangem:

1) Desenvolvimento de lideranças capacitadas e comprometidas com a criação de parcerias entre comunidades e instituições acadêmicas e de serviços, visando à reorientação da educação das profissões de saúde para os ditos sistemas de saúde.

2) Modelo acadêmico que realce o trabalho comu-

nitário, com ênfase na interdisciplinaridade e na cooperação interprofissional nos processos educacionais.

3) Modelo de serviços que promova respostas conseqüentes às necessidades, aspirações e demandas por serviços de saúde da comunidade.

4) Participação e habilitação de comunidade, na busca da melhoria da qualidade de vida e da afirmação da cidadania, mormente no campo da saúde.

O Programa UNI é uma iniciativa em andamento que envolve 23 projetos na América Latina. Apreciações preliminares sobre 4 projetos brasileiros foram reproduzidas em **Divulgação para Saúde em Debate** (agosto, 1994).

D. Avaliação das Escolas Médicas

Refere-se aqui ao projeto de avaliação dos recursos humanos e do modelo pedagógico das Escolas Médicas e de sua relação com a qualificação dos médicos formandos⁷. Esta proposta da CINAEM abarca três componentes ou subprojetos:

1) Estudo de coorte para avaliação de médicos formandos.

2) Estudo transversal de avaliação dos docentes.

3) Avaliação do modelo pedagógico, a partir de enfoque de planejamento estratégico e conseqüente estímulo para a superação dos problemas identificados.

A proposta de Avaliação das Escolas Médicas tem perspectiva de transformação das Escolas, e é uma iniciativa que envolve diretamente a ABEM. Por isso mesmo, merece uma consideração especial dentre as opções de estratégia global que estejam ao alcance das instituições nacionais. Como resultado das discussões do IV Fórum de Avaliação das Escolas Médicas, sua proposta de implantação deve ser amadurecida.

Em suma, as 4 estratégias globais descritas têm abrangência diversa – em relação aos componentes das Recomendações para Ação da Cúpula de Edimburgo – mas podem, igualmente, servir de referência para um projeto de reorientação, se forem considerados os requisitos e as limitações envolvidos na mudança. Quais são esses?

IV – Dinâmica de Mudança e Proposições

As questões referentes à dinâmica da mudança são críticas para a implantação e sustentação de qualquer estratégia que possa alterar o *status quo* na educação médica, já que numerosos requisitos e limitações são envolvidos na adesão à mudança¹¹. As condições e circunstâncias que podem afetar a escolha e as possibilidades de sucesso variam de uma Escola para outra, na dependência de fatores extrínsecos, ou intrínsecos e das forças existentes, ou potenciais que podem ter influência positiva, ou negativa. O Quadro 4 resume esses fatores, na forma de indicadores para aquilatar o potencial de mudança²².

Quadro 4 – Aquilatação do Potencial de Mudança

1. Fatores Extrínsecos

- Política global (imposição constitucional, necessidade de desenvolvimento social, diretrizes da comissão de ensino médico).
- Política de saúde (organização do sistema de saúde regional, valoração do perfil de qualidade na assistência, entre outros).
- Crise potencial (demandas crescentes dos usuários, divulgação de "erro médico" na imprensa, reclamos de conferência nacional de saúde, condições e perspectivas do mercado de trabalho).
- Grupos de pressão (ABEM, CINAEM, movimento estudantil e outros).
- Diretrizes educacionais (grau de autonomia universitária, concepção pedagógica institucional, etc.).
- Interações interinstitucionais (convênios e programas de apoio)

2. Fatores Intrínsecos

- Docentes (vínculos associativos, círculos de qualidade, etc.).
- Alunos (tendências de carreira, qualidades pessoais, etc.).
- Oportunidades e condições (recursos e circunstâncias especiais).
- Agentes de mudança (ocorrência e competência de lideranças)

A opção institucional por qualquer estratégia promissora deve levar em consideração o peso local dos diferentes fatores, na perspectiva da ação organizacional que será traçada a seguir¹⁸.

Três princípios organizacionais podem ser úteis, no contexto dos fatores recém relacionados, para a Escola que assumiu nova missão ou mandato e elabora projeto de busca de qualidade na educação médica, com foco nos resultados – isto é, no desempenho de seus egressos nos serviços de saúde.

1) Coleta de dados concretos sobre as realidades de seu contexto e entorno, visando a estruturar informações úteis, orientadas para a ação, especialmente quanto às necessidades não atendidas no seu campo de atuação e que podem ser confrontadas no programa novo.

2) Reformulação a partir do embasamento disponível. Isso inclui a reapreciação das forças e potencialidades de seus recursos, das vivências institucionais e dos elementos concretos existentes. A auto-análise institucional é um instrumento importante nessa etapa, conforme proposto explicitamente em três das estratégias globais.

3) Reestruturação por incrementos sucessivos. São geralmente mais apropriadas as iniciativas que se afastam das posturas mais convencionais sem destruí-las totalmente. Múltiplas experimentações abrem oportunidades e for-

talecem a confiança dos grupos docentes envolvidos.

A implantação de iniciativas de mudança pode ser formulada como projetos de pesquisa-ação. Nesse particular, compensa começar pequeno em escopo e objetivos, com enfoques variados, incentivos positivos, ampla participação e comunicação interna – para obter adesões mais profundas e duradouras. Uma característica comum nas iniciativas internacionais que demonstram sucesso é a percepção, por todos os envolvidos, de que as “pessoas importam”¹².

Supõe-se, por fim, que o caminho brasileiro para a reformulação da educação médica passa pelo caminho de cada Escola, ainda que as instituições sigam princípios comuns, compartilhem recursos e sejam solidárias em suas ações. Em cada caso podem ser considerados os elementos do mandato renovado, os princípios de reestruturação adotados (com base nas recomendações da Cúpula de Edimburgo) e a estratégia global de reforma.

Vale, em conclusão, reiterar esta mensagem: a Escola responsiva aos desafios de seu contexto e entorno pode dar agora importante passo no sentido de reformulação do processo educativo, se assimilar os valores da qualidade em saúde e educação, avaliar seu potencial na escolha de estratégias e atentar para a dinâmica de mudança na estruturação dos projetos.

Summary

A transcendent criterium of quality in medical education is the training of competent professionals who are responsive to the health needs of society as a whole. In this respect, the article synthesizes the propositions that resulted from the World Summit on Medical Education at Edinburgh. It relates such propositions with the current challenges facing the medical schools and the global strategies for reorientation of medical education that have such a quality criterium in common.

Key-words

- Education medical
- Reorientation strategies
- World Summit, Edinburgh

Referências Bibliográficas

01. BOELEN, C., BANDARANAIKE, R., BOUHUIJS, P.A.J., et al. – *Towards the assesment of quality in medical education*. Geneva, WHO/HRH/92.7, 1992.
02. BOELEN, C. – Interlinking medical practice and medical education: prospects for international action. In: *Proceedings of the World Summit on Medical Education*. *Med. Educ.*, 28 (supl.1), 82-85, 1994.
03. BRYANT, J.H. – The moral ethos of medical education. In: *Proceedings of the World Summit on Medical Education*. *Med. Educ.* 28(supl. 1): 38-42, 1994.
04. BYRNE, N. & ROSENAL, M. – Tendencias actuales de 1ª educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. *Educ. Méd. Salud*, 28(1): 53-93, 1994.
05. CHAVES, M. & ROSA, A.R. – *Educação Médica nas Américas*. Rio de Janeiro, Cortez, 1990
06. CINAEM – (Comissão Internacional de Avaliação do Ensino Médico). Avaliação do ensino médico no Brasil – Relatório da 1ª fase: estudo epidemiológico de desenho ecológico. *R. Bras. Educ. Méd.*, 16: (1/3): 37-42, 1992.
07. _____ - Avaliação das Escolas Médicas do Brasil. Projeto (Segunda fase, 1º módulo), 1994.
08. FERREIRA, J.R., NETO, A.C. COLLADO, A.B. et al. – El análisis prospectivo de la educación médica en América Latina. *Educ. Méd. Salud*, 22(3): 242-367, 1988.
09. GLICK, S.M. – Problem-based learning and community-oriented medical education. *Med. Educ.*, 25: 542-545, 1991.
10. KISIL, M. – Community partnerships: the UNI Program. In *Proceedings of the World Summit on Medical Education*. *Med. Educ.*, 28 (supl.1): 117-120, 1994.
11. MENNIN, S.P. & KAUFMAN, A. – The change process and medical education. *Medical Teacher*, 11: (1): 9-16, 1989.
12. NEUFELD, V. – Medical education as if people mattered: some observations on institutional case studies from six countries. *Teaching and Learning in Medicine*, (3): 215-20, 1991.
13. OPAS – Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. *Educ. Méd. Salud*, 28(1): 7-19, 1994.
14. _____ – *Gestión de calidad en la educación medica: una propuesta de evaluación total*. PAHO/HRD/93.02, 1994.
15. PAHO/PAFAMS – *The Changing Medical Profession*. Implications for Medical Educations. Latin American Position Paper, at the World Summit on Medical Education, Edinburgh, 1993.
16. SCHIMIDT, H.G., NEUFELD, V.R., NOONAN, Z.M. & OGUNBODE, T. – Network of

- Community- Oriented Educations for the Health Sciences. *Acad. Med.*, 66(5): 259-63, 1991.
17. SOBRAL, D.T. – Três casos de inovação curricular no panorama recente (1964-1988) da educação médica brasileira: subsídios de um retrospecto baseado na revisão de documentos. *R. Bras. Educ. Méd.*, 15(1/3): 11-17, 1991.
18. _____ – Educação Médica para a qualidade da assistência à saúde. *Documento inédito*, janeiro de 1993.
19. _____ – *Os desafios da reestruturação curricular*. Comunicação no curso Estratégias de Mudança Curricular. Londrina, 10 de maio de 1994.
20. VOURI, H. – Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Rio de Janeiro, OPAS/ Escola Nacional de Saúde Pública: Seminário de avaliação dos serviços de saúde – aspectos metodológicos, nov. 1988 (mimeo).
21. WORLD CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION – *The Declaration of Edinburgh*. Edinburgh, World Federation for Medical Education, 1988 (mimeo).
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Changing Medical Education: an agenda for action*. Geneva, WHO/Educ./91-200, 1991.
23. WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. Proceedings of the Eorld Summit on Medical Education. Ed. by H. Walton. *Med. Educ.*, 28 (supl. 1), 1994.

Endereço do Autor:
SHIN, QLO8; Conj. 8 - casa 1
71520-280 – Brasília - DF