

# Educação Médica em Programas de Extensão

*Frederico Simões Barbosa (\*)*

## **Introdução**

A medicina tem sido ensinada através dos tempos como a "arte de curar e aliviar a dor". De tal modo esta conotação individualista está impregnada na mente de professores e alunos que esta maneira de ser da figura do profissional vai sendo naturalmente transmitida de geração a geração. A figura do médico sempre se revestiu de algo mágico, extra-humano, herança de feiticeiros de épocas imemoriais e que ainda se encontra nas sociedades ditas primitivas.

Os médicos que se dedicam a ações coletivas de saúde pertencem a uma outra categoria, sem as prerrogativas e sem o *status* social da classe.

Esta visão unilateral da medicina vem, há séculos, orientando a educação médica. Gradua-se médicos para a medicina individualista, dicotonizando-se as medicinas curativa e preventiva.

Embora o Sistema Nacional de Saúde (1), recentemente promulgado, defina as atribuições dos vários setores que devem atuar no campo da saúde, o país continua com um sistema de saúde fragmentado e distorcido, o que vem dificultando e onerando as ações curativas e preventivas.

As primeiras escolas médicas do país receberam, através de Portugal, a clássica tradição européia da ciência e da arte de curar.

A transferência cultural do país para a área de influência norte-americana, no início deste século, e o extraordinário desenvolvimento da tecnologia naquele país exerceu sobre a medicina brasileira enorme influência. As novas tecnologias, altamente sofisticadas, são aqui estimuladas e reproduzidas. Os estudantes se adestram nas novas técnicas, deprezando as mais mezinhas tarefas de um médico integral, com atribuições para com a família e a comunidade.

Isto fez com que a medicina, para ser "bem" ensinada, tivesse que utilizar os mais sofisticados equipamentos. As Santas Casas já não servem. Constroem-se, então, os grandes Hospitais Universitários, também chamados Hospitais das Clínicas. Enclausuram-se professores e alunos nestas torres de marfim, onde há do melhor em recursos materiais e humanos. Alguns destes hospitais não chegaram a ser concluídos e outros funcionam com grande capacidade ociosa.

Esta visão do ensino médico situou o aluno em plano totalmente irrealístico em relação aos problemas de saúde do país. A maioria dos alunos egressos de Faculdade de Medicina chega mesmo a

(\*) Professor Titular — Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

desconhecer os recursos de saúde da comunidade onde vive.

Entretanto, os melhores profissionais estão engajados na carreira universitária, principalmente onde esta atividade é exercida em tempo parcial. Neste país o profissional liberal assumindo posição de professor universitário junta ao seu *status* social o *status* científico, o que lhe é de muita valia.

As maiores distorções são, entretanto, encontradas nestes grandes hospitais. Estes fatos são do conhecimento geral, sendo de justiça mencionar que há tentativas sérias para equacionar estes problemas. Entretanto, sua solução não é fácil, não obstante a força da reforma universitária. O maior obstáculo é a figura tradicional do "catedrático" que ainda persiste.

Na realidade, administrados, na maioria das vezes, de maneira ineficiente, tendo de suportar distorções técnicas de toda ordem, os hospitais universitários são deficientes e deficitários, não obstante consumirem verbas muito além das possibilidades das universidades. Devem-se mencionar, entretanto, as tentativas e avanços feitos em acordos entre as Universidades e o Ministério da Previdência Social (2) no sentido de minorar os efeitos de uma política econômica irreal para manutenção dos hospitais universitários. Na realidade, um dos principais objetivos do MEC (3) para 1976 foi a incorporação dos hospitais universitários à rede pública de prestação de serviços de saúde.

Na década de 60 começam a surgir no Brasil algumas insatisfações sobre o tipo de ensino médico em vigor e seus reflexos sobre a educação médica. O modelo norte-americano mostrou-se totalmente inadequado à formação do médico latino-americano.

Várias tentativas foram feitas e modelos comunitários de ensino foram utilizados em alguns países da América Latina. Devem-se, particularmente, à Organização Pan-Americana de Saúde, à Federação Pan-Americana de Faculdades de Medicina e algumas Fundações norte-americanas o necessário apoio para programas desta natureza.

No Brasil, a maioria dos programas teve duração efêmera devido, especialmente, à falta de compreensão das universidades onde foram implantados. Foram, de fato, programas desencadeados por alguns professores muito estimulados que se antepunham à política educacional de sua própria faculdade. Na realidade isto só foi possível porque as faculdades não tinham políticas educacionais bem definidas.

A Universidade de Brasília foi pioneira quando da implantação de sua então chamada Faculdade de Ciências Médicas em 1966. Naquela ocasião 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. As ações de saúde eram comandadas por um pequeno hospital universitário.

Efêmeros ou não, os programas comunitários deixaram raízes profundas, questionando os sistemas de ensino correntes, formando e conquistando novos professores e abalando a fé nos sistemas clássicos de saúde.

De um lado, então, encontravam-se as faculdades com grandes hospitais universitários e, alguns deles, quase que por concessão, permitindo o funcionamento de programas comunitários, que se poderiam chamar de "paralelos". De outro lado, a Universidade de Brasília funciona em hospital periférico com atendimento

limitado aos primeiros níveis de saúde, em programa de educação médica integrado e comunitário. Este era o programa no fim da década de 60.

O panorama não era apenas latino-americano, mas uma contingência dos países em desenvolvimento, em luta pela afirmação de sua própria tecnologia.

### Saúde e programa de extensão

Saúde e desenvolvimento têm sido analisados sob vários ângulos. Economistas, cientistas sociais e profissionais de saúde estão de acordo em que o binômio acima está intimamente relacionado. As divergências encontram-se apenas em bases ideológicas e, conseqüentemente, nas maneiras de tentar resolver o problema.

Os profissionais de saúde, entretanto, estão cada vez mais seguros de que a saúde não é apenas um subproduto do desenvolvimento econômico, mas um importante meio para o próprio desenvolvimento.

Os Ministérios de Saúde das Américas (4) recomendaram que para definir os programas de saúde fossem consideradas as condições sociais e culturais das comunidades.

A participação das comunidades na identificação e solução de suas necessidades de saúde é primordial para a prestação de serviços de saúde mais racionais.

A extensão é reconhecidamente uma das três funções da Universidade. Na realidade, todo programa de saúde deveria ser um programa de extensão, muito particularmente quando estes programas extravasam os hospitais e se distribuem na comunidade.

Os programas de extensão universitária foram recentemente bem definidos

por Linhares (5). Segundo o autor acima... "a extensão só pode ter eficácia se os serviços e cursos oferecidos à comunidade correspondem efetivamente às suas reais necessidades, para que se realize também um processo reflexo, isto é, através da interação universidade-comunidade sejam discriminadas quais as atividades de pesquisa e ensino que devem ser efetivadas, em concordância com as realidades local e nacional".

Daí porque os programas de saúde comunitária só poderão ser classificados como de extensão quando... "a universidade abandone definitivamente a sua situação de elite intelectual 'intramuros', transformando-se em núcleo aberto — sem rebaixamento de seu nível cultural — respondendo às suas necessidades e exigências".

Não será possível, por conseqüência, pretender desenvolver trabalho de saúde comunitária sem levar em consideração os princípios que regem os programas de extensão.

Todos os componentes da equipe de saúde deverão ser agentes de desenvolvimento comunitário.

Um princípio muito importante, particularmente no setor saúde, cuja inobservância tem sido responsável pelo fracasso de alguns programas comunitários, é o de que a universidade não deve substituir as agências distribuidoras de serviços. Entretanto, a universidade deverá estar integrada com as instituições tradicionalmente prestadoras de serviço e as atribuições deverão ser bem definidas.

A medicina comunitária é, assim, a única forma de atenção que permite estender os serviços de saúde às populações periféricas.

São consideradas periféricas populações migratórias, rurais e aquelas vivendo em favelas, isto é, todas as que estão,

parcial ou totalmente, excluídas do processo de atenção à saúde.

Os conceitos acima estão hoje bem definidos e aceitos pela comunidade internacional de especialistas em atenção à saúde. Os exemplos de programas comunitários com sucesso, em várias partes do mundo, em países de estrutura política, social e econômica as mais diversas, são o testemunho desta afirmação (6).

A Universidade brasileira, pejada de um tradicionalismo elitizante, inconsciente de seus deveres para com a comunidade a que deveria servir, procura sacudir hoje estas desagradáveis reminiscências para ingressar definitivamente na luta pela remodelação do ensino médico e suas relações com a atenção à saúde.

Deve-se partir do princípio de que não se pode educar corretamente o médico sem contar com um adequado sistema de saúde.

Dai se infere que se pode ensinar medicina em um único nível de atendimento. O Hospital Universitário, nos moldes antigos, é obsoleto. Ele precisa ser reformulado para constituir-se no mais elevado nível de atenção à saúde, dentro de um sistema regionalizado. Como obsoleto também é a idéia de que a medicina pode ser ensinada utilizando-se apenas os primeiros níveis de atenção.

A noção de que a saúde deve ser encarada antes da doença, dando-lhe ênfase a todas as ações de saúde conjuntamente, a idéia de que o médico não é o único membro da equipe de saúde e que as ciências de saúde devem manter estreitas relações com outras do conhecimento, transformaram conceitualmente a Educação Médica.

As velhas faculdades de medicina, incluída aqui a tradicional Faculdade de Medicina da Bahia, estão se transfor-

mando em centros ou Faculdades de Ciências da Saúde.

O médico deve ser educado para a realidade social e econômica do país a que ele vai servir com a consciência de que ele tem deveres não apenas para com o indivíduo mas com a família e a comunidade.

A Universidade é a instituição mais adequada para testar modelos e apresentar soluções. No campo da saúde é ela quem está em condições de experimentar e recomendar, em trabalho de cooperação com as entidades assistenciais, as soluções mais adequadas para melhor atendimento médico.

#### **Integração docente-assistencial**

A integração entre serviços e Universidade é indispensável. "A Universidade, de modo geral, tende a sofisticar os seus serviços, enfatizando o ensino e a pesquisa em detrimento da atenção individual e comunitária, enquanto as agências distribuidoras de serviços, com suas precípua obrigações assistenciais, tendem a rotinizar os serviços." (7)

A integração resultará em saudável equilíbrio para os dois tipos de instituições com os inestimáveis benefícios para a comunidade a que servem.

O sistema formador tem que interagir com o sistema utilizador mantendo mecanismo de retroalimentação, desde que tanto o processo educativo como o assistencial têm que se adaptar continuamente às novas circunstâncias ditadas pelo desenvolvimento social e cultural de um povo.

A Universidade cabe o papel de constituir-se em líder de ações que promovem congregar os serviços locais de saúde, a fim de que possam, conjuntamente, estabelecer modelos realísticos de aten-

ção à saúde na região de sua influência, modelos estes que possam ser avaliados e estendidos a outras regiões do país.

A tecnologia existe, os recursos materiais e humanos que se encontram dispersos podem ser melhor aproveitados. Não há desculpa de que somos um país em fase de desenvolvimento e que os recursos são escassos.

Outros países do terceiro mundo já tomaram ações efetivas no campo da saúde. São exatamente os países em desenvolvimento que não se podem dar ao luxo de esbanjar recursos.

De fato o grau de articulação desejável... "entre os sistemas de ensino e de prestação de serviços ainda não foi atingido" (13).

### **Regionalização em integração docente-assistencial**

A regionalização docente assistencial responde à dupla tarefa de: 1) racionalizar os serviços de saúde, dando cobertura global à população, e 2) dar oportunidade de educar o médico dentro de uma perspectiva mais humana e realística da medicina.

Regionalizar significa racionalizar serviços dentro de determinada área geográfica homogênea, escalonando a atenção à saúde em níveis de complexidade crescente. O centro regional corresponde ao nível de atenção mais complexo que se expande e desdobra em níveis menos complexos até o de tipo primário.

A atenção a nível primário não pode nem deve ser exercida diretamente por médico. A experiência mundial na preparação de um novo tipo de profissional de saúde para atuar em nível periférico tem tido extraordinário sucesso. O nome e as funções destes "Auxiliares de Saúde" têm variado nas suas atribuições, defini-

das em seus respectivos sistemas de saúde, estão sempre relacionadas com o atendimento primário das populações periféricas (8).

Essa é a única maneira racional pela qual a medicina tem conseguido cobrir aquelas áreas onde o médico não pode chegar. A supervisão destes auxiliares de saúde deve ser feita diretamente por pessoal mais categorizado.

O atendimento primário converge para outros níveis de atenção cada vez mais complexos caminhando para o centro regional através de postos ou centros de saúde. Em seguida, situam-se os hospitais comunitários, hospitais regionais e, finalmente, a unidade central do sistema que é o hospital de base ou de referência. A estrutura aqui desenhada pode variar muito de acordo com circunstâncias as mais diversas de ordem geográfica e sócio-econômica e as peculiaridades de cada região.

É essencial ao "desenho" do sistema de saúde definir corretamente a competência de cada unidade de saúde. Somente com esta definição será possível quantificar os recursos materiais e humanos.

Os sistemas mais simples dividem os níveis de atenção em três categorias, enquanto outros mais complexos admitem até oito destes níveis.

O número e a distribuição dos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde devem corresponder à complexidade do sistema.

Não há dúvida, entretanto, de que o sistema regionalizado é o único que permite situar cada profissional em seu correto lugar, economizando a mão-de-obra de saúde e, particularmente, utilizando mais eficiente e economicamente a mão-de-obra médica.

No momento, a Universidade de Brasília, em colaboração com instituições lo-

cais (Fundação Hospitalar, Fundação do Serviço Social), o FUNRURAL e com financiamento da Fundação Kellogg, da Fundação Interamericana e Ministério de Educação desenvolve um Modelo de Atenção à Saúde em Nível Periférico, implantado nas regiões administrativas de Planaltina e Jardim, DF (9).

O Projeto atual é baseado nos conceitos de regionalização de serviços em integração docente-assistencial e objetiva a avaliação de um sistema simplificado de atenção à saúde em níveis primário e secundário.

Detalhes do projeto acima foram recentemente apresentados à Conferência Pan-Americana de Educação Médica e Congresso Brasileiro de Educação Médica (10).

### **O modelo-proposta para o Distrito Federal**

A experiência desenvolvida em Planaltina e Jardim levou a Comissão Coordenadora do Projeto a uma proposição para a criação de uma área operacional com integração Serviço-Universidade, na qual se disponham de todos os níveis de atenção à saúde.

A proposição acima deverá ser detalhada em futuro próximo embora já estejam claramente definidas algumas características da área operacional. O sistema deverá partir do Plano-Piloto, onde deverá estar localizado o Hospital de Base ou de Referência. Daí alonga-se um cone englobando a área urbana norte de Brasília e as regiões administrativas de Sobradinho, Planaltina e Jardim.

A área acima, como foi definida, dispõe de fato de todos os níveis de saúde necessários ao ensino das ciências de saúde.

Em sua fase de implantação o Distrito Federal recebeu um adequado planeja-

mento de saúde (11) no qual foi prevista a distribuição de unidades de saúde em um tipo de "zoneamento" que facilita uma tentativa de regionalização.

Apesar das distorções que o planejamento sofreu devido principalmente ao rápido crescimento demográfico do DF a disposição atual das unidades de saúde permitem de maneira bastante satisfatória a implantação do sistema proposto. Esta situação é melhor em Brasília do que em qualquer outra parte do país para uma experiência do tipo acima.

Embora os níveis de atenção ainda não estejam definidos, é possível prever os cinco níveis seguintes. Nível um, atenção primária, por meio de auxiliares de saúde, em toda a área rural e urbana deficientes. Nível dois, em postos de saúde atendidos por auxiliares de saúde e cobertura parcial por médicos generalistas, e/ou Internos e Residentes da Universidade de Brasília. Nível três, Hospital de Planaltina classificável como Hospital Comunitário (40 leitos), com serviços médicos gerais e urgência. Nível quatro, Hospital de Sobradinho (200 leitos), com serviços mais complexos e algumas especialidades. Finalmente, como fulcro de todo o sistema o quinto nível, representado pelo Hospital de Referência, indispensável ao atendimento especializado e ao ensino da medicina de nível mais complexo.

### **Novos currículos e a Educação Médica**

Com o tipo de serviços acima, será possível montar novos currículos para a medicina e outras ciências da saúde nos quais os estudantes possam compreender que a medicina para ser entendida globalmente deve: 1) atuar em diferentes níveis, de acordo com necessidades crescentes de atenção; 2) dar cobertura total

à população qualquer que sejam suas condições sócio-econômicas; 3) distribuir a saúde através de serviços de alta qualidade qualquer que seja o nível de atenção, e 4) exercer as ações de saúde não apenas por meio de profissionais de formação universitária, mas através de equipes de saúde, organizadas e bem coordenadas, atuando especificamente em seus diferentes níveis.

O ensino das ciências da saúde montado sobre níveis de atenção elimina as desvantagens apontadas no início deste trabalho, quando foram indicadas as duas tendências do ensino médico no país, a mais comum centrada no nível mais complexo, e a outra, menos comum, na qual os estudantes estavam limitados aos níveis mais simples de atenção. Ambas mostram visão parcial do ensino das ciências da saúde.

Os reflexos de um sistema de saúde, como definido neste trabalho, sobre a Educação Médica, são óbvios. O médico formado em um sistema racional e humano de saúde saberá compreender melhor seus deveres para com o paciente, a família e a comunidade.

Não são outros, aliás, os objetivos do Ministério da Educação e Cultura (12). A "Universidade nas comunidades, o desenvolvimento de novas metodologias e a reformulação de currículos" . . . "São objetivos dos principais projetos e programas que serão desenvolvidos para a inovação e renovação do ensino" . . . De acordo com o Diretor do Departamento de Assuntos Universitários do MEC, Prof. Edson Machado . . . "O projeto de integração das universidades nas comunidades é o instrumento básico para a operacionalização do trabalho de extensão universitária" . . .

necessidades do País e, particularmente, das suas regiões fisiográficas é da mais alta importância. Há a urgente necessidade de as instituições de ensino refletirem realisticamente sobre o seu papel na região em que estão inseridas no sentido de, efetivamente, cumprir sua vocação regional. Foi com base nesse raciocínio que o Ministério da Educação e Cultura reservou à extensão universitária um importante papel nos próximos anos, pois tem esta a missão precípua de transformar o saber acadêmico numa experiência exata das coisas, introduzindo as instituições de ensino no seio da coletividade e trazendo esta para o campus universitário, num processo recíproco da realidade." (13)

Os problemas relacionados com a atenção à saúde e a educação médica no Brasil são sobejamente conhecidos. As distorções do atendimento médico, em grande parte relacionadas com a mercantilização da medicina, atingiram extremos intoleráveis chegando a ser assunto quase que diário na imprensa leiga do país.

O que se pretende com este trabalho é simplesmente oferecer um modelo de atenção à saúde em integração docente-assistencial, adaptado às condições regionais. Por um lado, o modelo deverá desenvolver amplamente no médico e em outros profissionais de saúde, os objetivos definidos pelo MEC e, por outro lado, deverá responder a um tipo de atenção à saúde justo, econômico e eficaz que são, sem dúvida, metas finais do Sistema Nacional de Saúde.

### Resumo e Conclusões

O presente trabalho propõe um modelo de educação médica em programa de extensão.

"A adequação dos currículos às reais

São analisados os aspectos do ensino médico e a situação dos serviços de saúde do país.

Partindo do princípio de que não se pode educar convenientemente o médico sem que se disponha de um adequado serviço de saúde, o autor propõe um modelo regionalizado de atenção em integração docente-assistencial.

Aproveitando o modelo limitado à região periférica do Distrito Federal, operado pela UnB em integração com serviços assistenciais locais, o autor propõe

sua extensão para cobrir determinada região do DF na qual se encontram os diferentes níveis de atenção à saúde considerados como indispensáveis à formação do médico.

Com o sistema acima, acredita o autor que as atuais distorções tanto da educação médica como da prestação de serviços de saúde poderão ser corrigidas.

A implantação do modelo proposto resultará em aproveitamento racional da mão-de-obra de saúde capaz de proporcionar serviços de alta qualidade a toda a população.

### Referências Bibliográficas

1. SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE (Lei 6.229 de 17.07.75). *Diário Oficial*, 113 (135), 1975.
2. INPS — *Diretrizes do M. P. A. S. fixadas no plano de Pronta Ação*. 1976.
3. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA — Fatos da educação: saúde, formação compatível. *Educação*, 5 (20): 115, 1976.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE — Reunião Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe final. OPAS, Documento Oficial nº 89, 1969.
5. LINHARES, Flávio Q. — A extensão universitária — origens e desenvolvimento. *Educação*, 5 (20): 56-61, 1976.
6. DJUKA OVIC, V. & MACH, E. P. — *Distintos médicos de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo*. Estudo conjunto UNICEF/OMS. Geneva, 1976.
7. BARBOSA, F. S., CARVALHO, A. C., LAVOR, A. C. H. & SANTANA, J. F. N. P. — Atenção à saúde e educação médica — Uma experiência e uma proposição. *Educ. Med. y Salud*, 11 (1): 26-40, 1977.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION — Primary health care. *World Health*, April, 1975.
9. BARBOSA, F. S. — *A model of health care delivery process at peripheral level with emphasis on family health*. Document presented to Kellogg Foundation, 1975.
10. BARBOSA, F. S. & SANTANA, J. F. N. P. — *Regionalização docente-assistencial. O Projeto Planaltina*. Documento apresentado a VI Conferência Pan-americana de Educação Médica e XIV Congresso Brasileiro de Educação Médica. Rio de Janeiro, 1976.
11. BANDEIRA DE MELLO, H. — Plano geral da rede médico-hospitalar de Brasília. *R. Ser. Esp. Saúde Públ.*, 11: 1-121, 1959.
12. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA — Fatos da Educação: metas e planos de ação. *Educação*, 5 (20): 121, 1976.
13. SOUZA, E. Machado — Conferência apresentada ao XIII Congresso Brasileiro de Educação Médica. Salvador, 1975. pp. 37-44.