

Marcio José de Almeida

EDUCAÇÃO MÉDICA E SAÚDE

A Mudança é Possível!





A capa desta edição retrata o conceito de MUDANÇA, de uma maneira diferente. Ela traz a ideia de "reverberação/ propagação": a ação que gera outras ações em rede. Um primeiro movimento que influencia pessoas, que influenciam outras, provocando novas ações em série.

Porém, esta rede precisa ser alimentada de ações propulsoras que gerem novos movimentos. Ao abrir a capa vê-se, acima, a imagem do movimento inicial, que pode ter sido provocado pela pedra lançada na água ou simplesmente pelo impacto de uma gota.

Esta foi a reflexão trazida pela leitura do prefácio e posfácio desta edição, que tratam sobre a importância do lançamento do livro há 12 anos. De lá para cá muita coisa aconteceu. No entanto, o livro – resultado da reflexão de ações e movimentos –, permanece atual em sua análise e propostas. Ele próprio, o livro, representou a possibilidade de mudança. 12 anos depois, o livro continua reverberando e, hoje, reforça que a mudança é possível sim!

Marcio José de Almeida

EDUCAÇÃO MÉDICA E SAÚDE
A Mudança é Possível!

SEGUNDA EDIÇÃO
Revista e ampliada

Rio de Janeiro
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA - ABEM
Coedição UNESC | PUCPR
2011

©Direitos autorais, 2011, de Marcio Jose de Almeida
Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira de Educação
Médica.

ISBN 978-85-99530-03-0

1ª edição: 1999

2ª edição revista e ampliada: 2011

Depósito legal efetuado

Co-edição com: Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC) e a
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Campus Londrina (PUCPR)

Projeto gráfico e diagramação: Visualitá Criação Visual
Composição e revisão do texto original: Rosana Correa Dias
Revisão ortográfica: Maria Christina Boni
Impressão: Gráfica e Editora Midiograf

*Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.
Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira de Educação Médica.
Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por qualquer meio, sem prévia
autorização deste órgão.*

Catálogo na fonte
Biblioteca da Associação Brasileira de Educação Médica
Bibliotecária Responsável: Angélica Sodré dos Santos CRB7/5721

A447e Almeida, Marcio Jose de
Educação Médica e Saúde: a mudança é possível!/Marcio José de
Almeida. 2 ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro: ABEM, 2011.
xxvi, 212 p.

Publicado em co-edição com o Centro Universitário do Espírito
Santo (UNESC) e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná –
Campus Londrina (PUCPR)
Bibliografia

1. Educação Médica – Brasil 2. Formação de Recursos Humanos
I. Almeida, Marcio José de. II. Título

CDD – 610.70981
610.69

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil.*

EDITORA ABEM
Av. Brasil. 4036, salas 1006 e 1008, Mangueiros
21040-361 – Rio de Janeiro –RJ
Tel/fax (21) 2260-6161 - secretaria@abem-educmed.org.br
www.abem-educmed.org.br

*Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.*

(Fernando Pessoa)

A todos que acreditam valer a pena
continuar lutando por uma universidade
relevante e uma sociedade mais justa.

AGRADECIMENTOS

A reedição deste livro só foi possível porque a insistência de amigos, professores e estudantes de medicina de várias escolas foi maior do que as nossas reticências. Afinal, faz tanto tempo...

À medida que fomos escrevendo o Posfácio fui me tranquilizando. De fato, parece que os resultados da pesquisa realizada nos anos 1990 e as reflexões em torno do assunto ainda podem ter um significado.

Especialmente no caso dos professores, alunos e dirigentes das escolas “inquietas” com a situação preocupante da saúde, da assistência médica, do trabalho dos médicos e da formação dos estudantes de medicina.

Mas a reedição não seria possível se não tivesse ocorrido a parceria entre a Associação Brasileira da Educação Médica, o Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC) e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Campus de Londrina.

A ABEM continua sendo um dos principais atores no movimento nacional da educação médica. A UNESC formou a primeira turma do seu curso médico no início de 2011. Com um currículo integrado, é uma instituição comprometida com a formação de médicos para a realidade de saúde da população regional e do país. Com a UNESC tenho tido a satisfação de conviver nos últimos 6 anos, inicialmente como apoiador e ultimamente como professor.

A PUCPR, que na sua sede, em Curitiba, mantém um dos cursos médicos pioneiros na implantação das Diretrizes Curriculares aprovadas em 2001, em breve estará iniciando um novo curso, em Londrina, com as mesmas características e qualidades. Desde o início dos anos 2000, quando decidiram implantar o campus de Londrina, os dirigentes da PUCPR sempre tiveram nossa palavra de apoio e estímulo para que abrissem em Londrina um curso de medicina.

Os agradecimentos são devidos às instituições e, especialmente, aos seus dirigentes. Esperamos que a iniciativa desta segunda edição seja bem sucedida e que cumpra seu papel, apoiando a consolidação das inovações e reformas implantadas em algumas escolas e apoiando as novas iniciativas de mudança e de melhoria da formação médica em nosso país.

Alguém disse que “a saúde é muito importante para ser assunto tratado só pelos médicos!”. Eu reitero o que tenho dito, “Não se faz saúde contra os médicos, a participação deles é essencial e é por isso que desde a graduação devem ser comprometidos com a excelência técnica na vida profissional e com a relevância social na atuação cidadã!”. Este é o enfoque das novas escolas médicas, identificadas com as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Londrina, outubro de 2011.

Marcio José de Almeida

SUMÁRIO

Agradecimentos	v
Apresentação da 2ª Edição	ix
Prefácio da 2ª Edição	xi
Apresentação da 1ª Edição	xvii
Prefácio da 1ª Edição	xxi
INTRODUÇÃO	1
Arcabouço Conceitual	3
AS REFORMAS DO SETOR SAÚDE	
Um Fenômeno Internacional	18
As Reformas no Cenário Latino-Americano	19
Principais Aspectos das Reformas	20
Os Recursos Humanos no Contexto das Reformas	23
Tendências e Expectativas em Relação às Reformas, aos Modelos de Atenção e à Educação e Prática Médica	25
A EDUCAÇÃO MÉDICA E AS PROPOSTAS DE MUDANÇA	
Os Principais Passos para a Construção de um Marco Conceitual da Educação Médica na América Latina	34
Formação e Desenvolvimento do Movimento de Educação Médica na América Latina	38
A Educação Médica Latino-Americana nos Anos 70/80 e o Movimento Mundial de Educação Médica no Final dos Anos 80	44
Anos 90: Acontecimentos Relevantes e o Surgimento de Novas Propostas de Mudança	57
UMA NOVA INICIATIVA NA EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UNIÃO COM A COMUNIDADE – A PROPOSTA “UNI”	
Breve Histórico	65
Concepção Teórico-Metodológica	68
Implantação e Desenvolvimento	81
Análise da Proposta	100

**MUDANDO A EDUCAÇÃO E A PRÁTICA MÉDICA: UMA AGENDA PARA
A AÇÃO – A PROPOSTA “CHANGING”**

Breve Histórico	109
Concepção Teórico-Metodológica	110
Implantação e Desenvolvimento	113
Análise da Proposta	121

**APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS EM INSTITUIÇÕES DE EN-
SINO ORIENTADAS PARA A COMUNIDADE – A PROPOSTA “NETWORK”**

Breve Histórico	125
Concepção Teórico-Metodológica	127
Implantação e Desenvolvimento	131
Análise da Proposta	136

**UMA PROPOSTA DE GESTÃO DE QUALIDADE NA EDUCAÇÃO MÉDICA
- A PROPOSTA “GESTÃO DE QUALIDADE”**

Breve Histórico	141
Concepção Teórico-Metodológica	143
Implantação e Desenvolvimento	150
Análise da Proposta	156

CONCLUSÕES	159
-------------------------	-----

POSFÁCIO	185
-----------------------	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	201
---	-----

APRESENTAÇÃO da 2.^a Edição

No Brasil, falar de ensino superior é falar de debates históricos que, necessariamente, ao longo do tempo, abordam a reforma universitária dentro de um Estado que se propõe a ser de direito e de fato. Esse debate ideológico de pequenos núcleos contrapondo-se às forças hegemônicas existentes está presente nos escritos do Marcio Almeida, enfocando as desigualdades, em especial, na área da Educação. Com isso, nada mais oportuno do que essa releitura. Ela nos permite, a partir de questões relacionadas às políticas do ensino superior, refletir oportunidades.

Sonhos são visões do futuro que queremos. Incluem alvos e percursos, destinos e caminhos. Falam-nos a respeito de possibilidades palpáveis, por mais distantes que estas pareçam quando aqueles são concebidos. Enchem o coração de coragem e o espírito de ânimo. Inundam a alma de quem não aceita os fatos como dados e definidos, pois crê na mudança e na construção do amanhã.

Falar desse livro é versar sobre visões do futuro, o romantismo da Universidade, que, ligada e aliada à sociedade, necessita de democracia, busca autonomia, e vive essa dimensão, presente e futura, onde sonho e realidade se coadunam.

Nessa obra, Marcio Almeida vive a essência da sua existência, perpetuada pela contemporaneidade do tema, em especial, quando o assunto são políticas públicas.

Escrever não é uma tarefa individual, mas uma parceria entre quem põe suas ideias no papel e quem de lá as retirará! Márcio é habilidoso nessa prática, nos provoca, incomoda e nos leva a promover mudança, tornando-a possível!

Marcio, com maestria, nos fala de Educação Médica e Saúde, registra a crise passível de mudança, desnuda o pensamento como o artista em seu traço perfeito e, em cada linha, acusa a importância dos sujeitos políticos, mostrando uma possibilidade mais do que utópica, numa negativa ao derrotismo piegas dos que insistem em não construir.

Machado de Assis escreveu que “há ideias que são da família das moscas teimosas: por mais que a gente as sacuda, elas tornam e pousam”.

Esta reedição do livro é o testemunho de que a possibilidade da mudança pertence a esse grupo de ideias, influenciando a mudança na formação superior e na gestão da Escola Médica.

Maria José Rossi de Vasconcellos¹

José Eduardo Siqueira²

Nilce Marzolla Ideriba³

¹ Médica e Vice-Reitora do Centro Universitário do Espírito Santo.

² Coordenador do Núcleo Docente Estruturante do Curso de Medicina da PUCPR-Campus Londrina.

³ Professora da Universidade Estadual de Londrina.

PREFÁCIO da 2.^a Edição

A nova edição do livro *Educação Médica e Saúde – possibilidades de mudança* vem em boa hora, transcorridos 12 anos desde o seu lançamento, como uma das formas de disseminação da tese de doutorado de Marcio Almeida, defendida em 1997 na Faculdade de Saúde Pública da USP, com o título “Educação Médica e Saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança”.

Nesse período, de acordo com os planos de profundidade das mudanças na educação médica apontados no estudo, muitas inovações, reformas e algumas transformações aconteceram na educação médica brasileira, latino-americana e mundial. Ao longo desses anos, este livro figurou nas referências bibliográficas de muitas dissertações de mestrado e teses de doutorado no mundo acadêmico.

A última década do século XX foi marcada por descompassos entre os setores da saúde e da educação. O primeiro foi orientado por um movimento social democratizante e pela conquista de princípios e diretrizes constitucionais estruturantes para o setor; o segundo pautou-se pelas diretrizes do estado mínimo. Somente em 1996, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, e o início dos anos 2000, com a discussão e a aprovação das novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde, foi possível observar indicações concretas de novos caminhos para o enfrentamento dos desafios da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde.

As diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde, resultantes de intensos debates e mobilização dos movimentos dos profissionais de saúde, dos educadores, das associações educacionais, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde por mudanças na educação, configuraram uma estratégia política relevante para a confluência entre os dois setores.

Em função da necessidade de mudanças na formação profissional relacionadas à organização e às práticas dos serviços, há várias iniciativas orientadas à construção de uma agenda comum entre gestores municipais e instituições formadoras, visando uma maior cooperação entre as universidades e os serviços de saúde, bem como a elaboração de projetos pedagógicos capazes de produzir perfis profissionais mais adequados ao sistema de saúde.

Nessa direção, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a articulação entre trabalho e aprendizagem, a prática ao longo de todo o curso e em todos os cenários onde ocorram ações de atenção à saúde, o compromisso com a resolução de problemas da realidade são alguns dos elementos fundamentais da proposta para a formação profissional do médico. Nesse sentido, o processo de consolidação do SUS também alimentou diretamente o movimento por mudanças na educação dos profissionais de saúde.

Em 2001, a Secretaria Executiva da Rede Unida transferiu-se para Londrina, tendo o Prof. Marcio Almeida como seu coordenador nacional. Em outubro desse ano foi realizado o seu 4º. Congresso Nacional, com o tema: *“Impulsionando Movimentos de Mudança na Formação e Desenvolvimento de Profissionais de Saúde para o SUS”*, contribuindo, entre outras iniciativas, para que em novembro de 2001 fosse finalmente aprovada pelo Conselho Nacional de Educação, a Resolução Nº. 4, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

Como uma ação articulada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, e destinada a redirecionar a formação dos médicos, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) foi estabelecido em agosto de 2002, assumido

enquanto uma política pública, para fortalecer o movimento de mudanças da formação dos profissionais de saúde.

No ano de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES no Ministério da Saúde, além de tratar da formação dos profissionais de saúde integrada à questão do trabalho em saúde, a nova Secretaria e sua equipe gestora inicial buscaram incessantemente a articulação entre os setores da educação e da saúde, propondo várias estratégias para a implantação de uma política pública que incentivasse a mudança na formação, tendo como base a Educação Permanente em Saúde.

Nesse ano, ocorria em Londrina o debate sobre “*Governos novos, desafios antigos: investindo sempre nos processos de mudança*”, como tema central do 5º. Congresso Nacional da Rede Unida, também coordenado pelo Prof. Marcio Almeida.

Visando disseminar as várias experiências de mudanças das profissões de saúde, construídas em parceria com as instituições de ensino, gestores do SUS, profissionais dos serviços de saúde e a população organizada, a Rede Unida, com o apoio do Ministério da Saúde, e em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, viabilizou nos anos de 2005 e 2006, o curso de pós-graduação *lato sensu* para formar especialistas em *Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde*. Na perspectiva de que os processos de mudança na formação dos profissionais exigem o envolvimento e o apoio dos diversos segmentos internos e externos às instituições de ensino superior.

No prefácio da segunda edição deste livro, gostaríamos de falar o que o Marcio teve a ver com tudo isso. Que lugar político ocupava quando da discussão das diretrizes curriculares? Como contribuiu para a discussão das políticas da SGTES no Ministério da Saúde? E quanto a Rede UNIDA se ampliou regional, política e nacionalmente quando ele esteve na sua coordenação, entre 2001 e 2006? Foram quatro congressos nacionais, com discussão de temas de extrema relevância para o movimento de mudança, que ampliaram consideravelmente tanto o número de pessoas, quanto as profissões da saúde envolvidas na construção desta resposta: sim, a mudança é possível!

Outra iniciativa de indução da mudança no ensino de saúde no Brasil, também promovida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, foi o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com três cursos contemplados inicialmente (Medicina, Enfermagem e Odontologia). O Programa visava à integração ensino e serviço, a reorientação da formação profissional e pretendia assegurar uma abordagem mais integral do processo saúde-doença, com ênfase na Atenção Primária, para promover a melhoria na prestação de serviços à população. Nesse momento o nosso ativo militante do movimento pró-mudança na formação dos profissionais de saúde, desde os idos dos Projetos UNI, estava à frente da Coordenação do Colegiado do Curso de Medicina da UEL em duas gestões de 2004 a 2007.

Outro exemplo importante da cooperação entre esses dois ministérios é a criação em 2007 da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, com vistas ao estabelecimento de diretrizes conjuntas para a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil, em especial no que diz respeito aos critérios para a autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos superiores na saúde e ao provimento e fixação de profissionais em áreas prioritárias, conforme necessidades regionais, além de várias outras ações potenciais considerando a sua enorme relevância.

Outra iniciativa de destaque do movimento brasileiro de educação médica, a partir do ano de 2007, que vem se desenvolvendo com apoio decisivo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, na abordagem da Saúde Internacional em nosso meio, foi a criação do Curso de Especialização em Educação Médica ancorado na Universidade Federal do Ceará, em parceria com a OPAS, visando a implementação de um Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores Médicos e Profissionais de Saúde do Instituto Regional de Educação Médica - FAIMER Brasil.

Em outra direção, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET – SAÚDE), foi regulamentado em março de 2010, disponibilizando bolsas para professores das universidades envolvidos no programa, profissionais dos serviços e estudantes de graduação da área da saúde, podendo ser considerado mais um dos dispositivos de integração ensino e serviços de saúde.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), em parceria com a SGTES/MS, lançou em junho de 2010 o Pró-Ensino da Saúde, que teve por objetivo possibilitar a produção de pesquisas científicas e tecnológicas e a formação de mestres, doutores e estágio pós-doutoral na área do ensino na saúde, contribuindo, assim, para desenvolver e consolidar esta área de formação, considerada estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), procurando responder a demandas e necessidades já explicitadas em vários congressos da Rede Unida e da ABEM, e em eventos do processo de mudança da educação dos profissionais de saúde.

Mais recentemente, a estruturação da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) pretende criar um acervo público e colaborativo de materiais educacionais para a área da saúde, além de disponibilizar aos trabalhadores da saúde a oferta de cursos adequados à realidade local, utilizando-se de interações presenciais e a distância, com vistas à capacitação em áreas estratégicas para o SUS. Além de criar a plataforma Arouca, de registro de toda a formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, na perspectiva da transformação da rede de serviços numa rede-escola em que todos estão permanentemente aprendendo e refletindo sobre o seu processo de trabalho.

O que nos parece mais significativo contar, misturando relato e reflexão sobre esta segunda edição do livro, é o testemunho de que ele também pode influenciar a docência médica, algumas iniciativas de ativadores de mudança na formação superior, novas formas de gestão da Escola Médica, com crítica e autocrítica, além de várias orientações em pós-graduações, especialmente na Saúde Coletiva da UEL.

A obra foi totalmente revista pelo autor. Não por estar desatualizada, mas para tentar organizar o quebra-cabeça, dividido pelos ciclos da pesquisa realizada sobre a Proposta “UNI”, a Proposta “Changing”, a Proposta “Network” e a Proposta “Gestão de Qualidade”, relacionando as diferentes concepções teórico-metodológicas, com a análise de cada uma das propostas de mudança. É possível constatar que a trajetória de produção e busca do autor continuam atuais e contextualizadas ao atual cenário da educação médica.

Avaliamos que o produto final das possibilidades de mudança ao longo desta última década foi muito além do que se podia imaginar no

final do século XX. No entanto, são processos longos e que continuam precisando de muitas reflexões para que possam não apenas amadurecer, mas também florescer e dar frutos. Este livro é uma parte do todo que ele fez e ativou nesse movimento de demonstrar que, sim, a mudança é até mais do que possível, é necessária!

A nova edição é bem-vinda na certeza de que continuará germinando e contribuindo para o bom debate das complexas e profundas relações entre a educação médica e a saúde nas suas inúmeras, difíceis e necessárias possibilidades de parceria, como elementos essenciais da construção da mudança.

Jadete Barbosa Lampert¹
João José Batista de Campos²

¹ Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)

² Professor da Universidade Estadual de Londrina (UEL)

APRESENTAÇÃO da 1.^a Edição

É com grande satisfação que a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em coedição com a Editora da Universidade Estadual de Londrina (EDUEL), traz a público o livro de Marcio José de Almeida. Trata-se, a nosso ver, de um livro oportuno, necessário, útil e relevante.

É oportuno porque é lançado no apagar das luzes do século XX, século em que ocorreram os avanços e transformações mais profundas da história da humanidade. É o momento de fim de ano, década, século e milênio. Não há nada de mágico no próximo fim de ano, mas ele terá um significado simbólico para todos nós: momento de visita ao passado e revisão de planos para o futuro. Para aqueles que se dedicam à educação e à prática nas mais variadas áreas do setor saúde e não estão satisfeitos com o atual “status quo”, é o momento de repensá-lo, e examinar as possibilidades de mudança enunciadas no subtítulo.

É necessário porque o livro apresenta, em termos de educação médica na América Latina, uma das mais completas e atualizadas revisões dos eventos e programas multinacionais e multi-institucionais, ocorridos nesta segunda metade de século. Inclui uma visão dos movimentos precursores dos quatro modelos que constituem o foco principal de atenção do livro. O olhar crítico do Autor aponta tanto êxitos como deficiências. Estas últimas são particularmente importantes porque, como já se disse, aquele que não aprende com os erros do passado está condenado a repeti-los.

É útil por sua farta revisão bibliográfica que inclui dados, datas e informações do passado, espalhados por muitas bibliotecas, resultados e recomendações de reuniões, muitas das quais com a participação do próprio Autor. Ao recuperar, organizar e analisar essa informação dispersa, Marcio Almeida presta um serviço de valor a todos nós. É de sua análise que surgem as oito “reflexões inconclusas” ou “proposições para o debate e para novos estudos” que ele cautelosamente apresenta ao final do livro.

O livro nos proporciona uma viagem através do espaço e do tempo. Quanto ao tempo, o livro é histórico, atual e prospectivo. Com fidelidade aos textos e agudo espírito crítico nos dá uma visão do caminho percorrido desde a adoção quase universal do paradigma flexneriano pela educação médica latino-americana após a segunda guerra mundial, até o momento presente em que movimentos claros de transição paradigmática se fazem sentir. O novo paradigma é o que se persegue nos quatro modelos apresentados e analisados no livro, representando sua discussão prospectiva por estarem ainda em fase de implantação e desenvolvimento.

Quanto ao espaço, o livro abrange uma dimensão mundial. Inclui duas redes de projetos institucionais na América Latina, uma apoiada pela OPS, a outra pela Fundação Kellogg, e duas redes mundiais, uma auspiciada pela OMS, a outra pela “Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences”. Em conjunto as quatro iniciativas dão realmente ao livro de Marcio Almeida um caráter de saúde internacional, como é por ele assinalado.

Um ponto importante a destacar é que os quatro modelos apresentados no livro apontam na mesma direção. As diferenças são mais de forma do que de fundo; podem ser explicadas por diferenças no modo de trabalhar e características das entidades auspiciadoras e da estratégia escolhida: duas são organizações governamentais, a OMS e a OPS; uma é organização não governamental, a rede citada anteriormente; e a quarta é uma fundação filantrópica americana de atuação internacional, a Fundação Kellogg.

Deixamos para o final a menção inicialmente feita de que o livro é por nós considerado relevante. Ele discute e analisa propostas de mudança que se fazem necessárias no setor saúde e, por conseguinte na educação médica, para enfrentar as crises da sociedade contemporânea. Os enormes avanços da ciência e da tecnologia biomédica neste século precisam agora abrir espaço para dimensões faltantes nas áreas das ciências humanas e sociais, da ética e da equidade. O modelo atual deve sofrer uma metamorfose refletida principalmente na esfera dos valores. É momento de mudança de século, de novo começo, de um novo paradigma do eterno devir. O livro é relevante porque nos inspira e ajuda a pensar sobre o novo paradigma. É um livro para ser lido, relido e discutido em pequenos grupos. Seu subtítulo, posto sob a forma de pergunta, é o nosso desafio: existem possibilidades de mudança? Esperamos que ele ajude o leitor a responder sem titubear: sim, é possível.

Mário M. Chaves¹
Regina C. R. Stella²

¹ Assessor Acadêmico da ABEM.

² Presidente da ABEM.

PREFÁCIO da 1.^a Edição

O crescimento acentuado do aparelho formador em medicina nas três últimas décadas, sobretudo na América Latina e em particular no Brasil, foi acompanhado, obviamente, da expansão do número de professores e alunos que atuam nesse campo. Cabe indagar, entretanto, se tal expansão vem contribuindo para uma maior dedicação à causa da educação médica. Até que ponto esses atores vêm limitando-se às funções precípuas de transmissão de conhecimentos e aprendizagem, sem maior preocupação com os aspectos conceituais e metodológicos inerentes ao processo educativo e sua repercussão, a médio e longo prazos, na melhoria dos serviços de saúde e nas condições de vida da população.

Marcio Almeida, neste trabalho, partiu da experiência que acumulou no campo social e de sua vivência, na direção de serviços de saúde e de uma instituição acadêmica, para dedicar-se justamente a uma área de preocupação pouco explorada: a educação médica. Diferencia-se, assim, do corpo docente convencional de nossas Escolas para situar-se como líder nas duas vertentes, de educação e de serviços de saúde, procurando na relação entre ambas analisar as mudanças necessárias e/ou possíveis na educação médica para fazer frente às reformas que vêm sendo introduzidas no setor saúde.

Ao realizar este esforço, Marcio demonstra entender que o estudante encontra apoio e inspiração no docente que aceita o desafio das mudanças e continua estudando. Estudando não só “o que” mas especialmente “o como” na educação médica, acompanhando a visão de Paulo Freire, que não pode ser esquecida pelos inovadores potenciais.

O autor rejeita, por ser historicamente ineficiente, a posição hegemônica do médico tradicional na abordagem da saúde. E, apesar de indicar que a pesquisa desenvolvida se limita ao estudo dos problemas da educação médica, não enfoca estas discussões de modo independente da sociedade que as determina. Pelo contrário, ressalta que os esforços em saúde não podem ser abordados fora do contexto das novas sociedades, mesmo se a globalização pretende estabelecer blocos de países mais fechados e novos grupos socialmente excluídos.

Nesse particular é fundamental destacar a relatividade dos aspectos incorporados nas diversas situações estudadas, no sentido de que a multiplicidade de intervenções não constitui opção aleatória, sujeita a critérios de preferência atribuídos pelos eventuais usuários das mesmas. Sempre haverá que priorizar a devida consideração da realidade local e das circunstâncias que mais favorecem o adequado aproveitamento dos recursos disponíveis, a máxima efetividade das relações técnicas e sociais e o melhor rendimento dos serviços oferecidos à comunidade, dando ênfase à responsabilidade dos atores envolvidos e assegurando o alcance de equidade e justiça social.

Vale, ainda, destacar que, ao tratar todos estes aspectos, o autor não assume a posição de dono da verdade sobre o tema, propondo soluções definitivas, senão que busca ampliar o campo de análise e o instrumental disponível, abrindo oportunidades para um esforço continuado de aprofundamento dos estudos que se realizam sobre o mesmo. Este livro não é um tratado sociológico ou historiográfico da educação médica, mas o Marcio não esquece a importância dessas dimensões ao afirmar que “contudo, o levantamento bibliográfico mostrou que a história (da educação médica na América Latina) ainda não está escrita”.

Nesta mesma linha, por havermos acompanhado os diversos momentos de evolução deste trabalho, é possível testemunhar sobre a grande preocupação do autor com a veracidade dos fatos históricos que apoiaram a interpretação do estudo e a procura de justificativas das orientações adotadas. Esta postura, que realça a credibilidade do relato, embora obrigatória em trabalhos dessa natureza, contrasta com outras abordagens, no próprio campo da educação médica, nas quais se pode observar revisões históricas adaptativas que, na ausência de informações fidedignas, tratam de ajustar os fatos às explicações que melhor aclaram as hipóteses preestabelecidas para o estudo.

Nesse realce da importância desta contribuição, é importante assinalar o destaque que concedeu o autor à influência da dimensão internacional nas mudanças educacionais na área da saúde. Tal abordagem, adotada anteriormente, entre outros e com especial habilidade, por Jorge Andrade em seu “Marco Conceitual da Educação Médica na América Latina” (1979), tem sido pouco explorada no Brasil. Porém, neste texto, ela é tratada extensamente, mostrando a grande influência dos centros mais desenvolvidos sobre o campo da educação médica. Através do trabalho das associações especializadas, fundações e organismos internacionais, que aparecem muito antes que a própria ideia da globalização começasse a ser considerada, essa influência, diga-se de passagem, nem sempre tem sido a mais benéfica, no contexto dos países periféricos.

Conforme diz o autor: “A hipótese principal do estudo é que as mudanças na educação médica são possíveis e seu grau de profundidade depende de certas características das propostas de intervenção, principalmente de sua consistência teórico-metodológica, da solidez de sua base estrutural e da pertinência de suas estratégias”.

No instrumental adotado para a exploração dessa hipótese foram utilizadas novas categorias de análise caracterizando diferentes graus de aprofundamento das reorientações educacionais. Marcio assim procedeu com vistas a distinguir o que poderiam ser simples inovações, de mudanças mais amplas e de reais transformações. Tais diferenças, correlacionadas posteriormente com a reforma setorial e as reorientações do modelo de atenção, com enfoques decorrentes do “movimento de promoção da saúde” e da combinação de atenção primária de saúde com a medicina geral ou de família, permitiram explorar uma abordagem inédita e bastante promissora.

A partir desta fundamentação e para efeito de sua apresentação como tese, o trabalho realiza uma análise comparativa entre situações que apresenta como quatro propostas diferentes - Projetos UNI, apoiados pela Fundação Kellogg; “Changing”, da OMS; “Network” da rede de escolas orientadas à comunidade; e “Gestão de Qualidade”, advogado pela OPAS. Na realidade, estas não são propostas inteiramente comparáveis, destacando-se, desde logo, a primeira, única que vem sendo aplicada a instituições selecionadas e que conta com um aporte financeiro importante, cuja revisão, no presente trabalho, supera, em extensão e profundidade, todas as demais.

Chama a atenção nessa análise a ausência de um compromisso consistente dos governos, especialmente dos Ministérios de Educação e de Saúde, no que se refere às mudanças necessárias. Certamente, não porque Marcio os excluísse, mas porque o oportunismo e os fatores determinantes do social pesam forte na realidade e, nesse caso, levam a uma das maiores debilidades dos processos de reforma na saúde. Não se trata de que os projetos UNI ou as outras propostas sejam deficientes (embora apoiem processos de mudanças importantes com eficiência e visão), mas sem um compromisso dos governos e de uma clara definição por uma sociedade mais justa, não será possível resolver nem o problema da saúde, nem o da educação dos profissionais de saúde. Sem justiça social, mesmo existindo já claras linhas e diretivas para um progresso real, não é possível quebrar o círculo de ferro que impede, por já muitas décadas, os verdadeiros avanços na saúde.

A análise, por outro lado, deixa de fora outro fator comprometedor, ao não tratar das causas históricas do enorme retrocesso que as universidades enfrentaram nas décadas de 1960, 70 e 80 no subcontinente latino-americano. Ao referir-se aos regimes autoritários não aclara o enorme impacto, ainda hoje visível, das ditaduras da época, não só na perda de oportunidades e orçamentos para uma educação equitativa, mas também com um enorme prejuízo conceitual, do qual a recuperação é muito mais lenta. A implantação de modelos sociais mercenários, de solidariedade social zero e a privatização desenfreada, levou a que as universidades também perdessem o sentido social e a necessidade de identificarem-se com as prioridades dos povos que sustentam sua própria sobrevivência.

A busca de saídas pessoais de grande número de profissionais de alta qualificação – que talvez não haja ocorrido no Brasil na mesma intensidade – levou a que projetos em países latino-americanos fossem interrompidos ou reduzidos em seus desafios reais frente ao novo “status quo”. Foi assim que um sistema de saúde relativamente eficiente – o Chileno –, pôde ser destruído e transformado num modelo aceitável à economia de mercado que a ditadura estabeleceu. Ao mesmo tempo, afastou os segmentos universitários e a categoria médica da busca necessária (que foi por muito tempo parte do cenário social daquele país) de uma saúde com equidade, com qualidade, eficiência e relevância.

Esse processo, que resultou das ditaduras com a aceitação cúmplice ou silenciosa - mesmo havendo contado com a oposição de gente corajosa, e o Marcio foi uma delas -, mas não menos real dos velhos paradigmas social e de saúde, tem que estar onipresente na mente dos leitores para ser aplicado em cada uma das tabelas e figuras deste trabalho.

A triste realidade do progresso social e das armadilhas impostas neste enorme, fraternal e formoso país que é o Brasil, que tem o potencial e a população necessários para avançar no caminho de uma saúde e vida realmente democráticas (onde o “homem seja o amigo dos homens” e a justiça social não seja um sonho mas uma realidade), resultou daqueles modelos das décadas anteriores. A especulação financeira que hoje se faz contra os países do Terceiro Mundo não pode ser deixada fora de um trabalho como este. É necessário que sempre fique no primeiro plano quando as discussões de propostas em saúde sejam consideradas. As tentativas, hoje mais evidentes que ontem, de fazer das universidades campos de decisão do mundo privado e, conseqüentemente, “determinada pelas leis do mercado” terão que ser parte das análises futuras dos novos projetos em saúde.

Um dos coautores deste prefácio, conhecendo bem o sistema de saúde do Canadá, assinala que o país atingiu objetivos sociais importantes. E não foi o modelo de Aprendizagem Baseada em Problemas, nascido em McMaster, que conseguiu isso. Trabalhando naquela universidade por mais de 25 anos, ele conhece suas virtudes e limitações. O resultado daquele processo de equidade social nasceu de uma decisão popular e um compromisso indiscutível das lideranças em todos os níveis da sociedade. Hoje, com mais de uma escola “inovada” no Canadá, pode-se ver que a ameaça contra um dos sistemas de saúde de maior eficiência, qualidade, equidade e relevância do mundo, não deve ser, como não foi ao início tampouco, defendido só com as tecnicidades e a assepsia que o complexo médico-farmacêutico-industrial e bancário gostaria de fazer-nos crer.

Existe uma canção que tem uma boa frase para todos nós, que o Marcio conhece e respeita. Diz, mais ou menos, “temos que olhar para o futuro e não só para a ponta de nossos pés”. Nesta busca eficiente feita por Marcio Almeida encontramos as bases para avançar. Tarefa difícil quando nós mesmos, que trabalhamos neste processo, podemos ter uma tendência a esclerosar as melhores ideias por razões às vezes técnicas, e outras por falta de razões, para modelos socialmente ineficientes.

Ler este trabalho é um desafio porque estimula, como este prefácio demonstra, a querer acrescentar ao compromisso do autor: aquele de uma busca de soluções reais a esta enorme tarefa. E isto ele próprio o propõe ao pretender haver contribuído para que “os próximos passos, de cunho mais coletivo do que individual, rumo ao aprofundamento, consolidação e disseminação das mudanças na educação médica latino-americana, sejam firmes e não trôpegos”.

“Novos tropeços ocorrerão, mas o conhecimento do terreno torna a caminhada mais segura, principalmente quando se tem clareza sobre onde se quer chegar, sobre quem ajuda e quem atrapalha para dar os passos necessários.”

Com isso estamos introduzindo uma publicação de grande valor, com informações que pela primeira vez divulgam-se neste idioma e com uma abordagem analítica certamente enriquecedora, elementos de grande importância para os estudiosos do campo da educação médica, que se preocupam, como o autor, com o seu permanente aprimoramento. E isto nos permite dizer ao final: amigo Marcio, sem dúvida, “valeu a pena”. O problema da saúde e da formação de seus recursos humanos não será o resultado de conversações técnicas exclusivamente: vai precisar do compromisso e da perseverança desse “corredor de fundo” que é o nosso colega londrinense.

José Roberto Ferreira¹

José Venturell²

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

² Faculty of Health Sciences, McMaster University, Hamilton, Canadá.

INTRODUÇÃO

Desde meados dos anos 1980, no Brasil e na maioria dos demais países da América Latina, desenvolvem-se processos de reforma do setor saúde. Nesses processos, reconhece-se o significado dos recursos humanos como força de produção e também como principal fator, favorável ou contrário, de mudança.

A necessidade de mudanças nos processos de trabalho, na gestão e na formação de recursos humanos é amplamente reconhecida e acompanhada de críticas à inércia do aparelho formador. As críticas concentram-se na educação médica, embora digam respeito também à formação dos demais profissionais.

No final do século XX, a rapidez das transformações sociais e a incerteza são características de um universo científico e cultural complexo, difícil de ser compreendido em sua totalidade. A compreensão da realidade e a ação transformadora enfrentam obstáculos, como a fragmentação e a desintegração do conhecimento, que devem ser objeto de permanente superação.

Essa dinâmica atinge também o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, campo de inserção do estudo¹ que deu origem a este livro e que vem apresentando, nos últimos anos, tendências de ampliação e aprofundamento. A ampliação vem ocorrendo através da incorporação de questões que anteriormente não eram consideradas de maior relevância, como as relativas aos processos de trabalho e de gestão.

¹ ALMEIDA, M.J. Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança. Tese defendida na Faculdade de Saúde Pública da USP em dezembro de 1997.

O aprofundamento vem se dando através da adoção de uma concepção do recurso humano como sujeito social, situado historicamente no interior de complexas estruturas sanitárias e sociais.

Embora reconhecendo que o enfoque multiprofissional representa um avanço no tratamento das questões relativas aos recursos humanos em saúde (rhs), optou-se por recortar a problemática, delimitando o tema do estudo à educação médica. Como a categoria médica segue sendo hegemônica na equipe e mantém seu papel de destaque nas ações de saúde, ela é indispensável à mudança do setor, apesar de ser a que apresenta maior resistência.

Considerando a necessidade de mudanças na educação médica frente ao contexto das reformas do setor saúde, definiu-se como objeto central do estudo as principais propostas de mudança na educação médica surgidas no início dos anos 1990.

Essas propostas vêm sendo desenvolvidas com graus variados de participação por parcela das escolas médicas da América Latina e são: 1. Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade - UNI (Fundação Kellogg); 2. Mudando a Educação e a Prática Médica: Uma Agenda para a Ação (OMS); 3. Aprendizagem Baseada em Problemas em Instituições de Ensino Orientadas para a Comunidade (NETWORK); 4. Gestão de Qualidade na Educação Médica (OPS).

Após alguns anos do lançamento dessas propostas, impõe-se a necessidade de maior compreensão sobre suas lógicas, processos e resultados. Detecta-se a existência de desconfianças e descrenças quanto à validade e possibilidade de sucesso de iniciativas de mudança na formação de rhs. Persiste em muitas áreas, especialmente nas relacionadas ao planejamento e organização dos serviços de saúde, um pensamento determinístico que atribui ao mercado de trabalho a prerrogativa de traçar os perfis profissionais e ditar as normas da formação. Há também uma certa confusão por parte de autoridades e lideranças universitárias, professores e alunos, quanto à coexistência das propostas no cenário latino-americano e sobre qual delas adotar.

Sendo a educação médica um terreno de conflitos e de lutas de interesses e de poder, como acontece em toda situação em que convivem sujeitos sociais com distintas concepções e compromissos, é importante aprofundar a compreensão acerca das propostas. No estudo realizado, as perguntas principais que se buscou responder foram: *O quê diferencia*

as propostas? Quais são suas bases conceituais, estruturais e principais estratégias? Quais são seus resultados? Enfim, vale a pena investir esforços na mudança da educação médica?

ARCABOUÇO CONCEITUAL

A base teórica e metodológica da pesquisa realizada representa mais um arcabouço conceitual apoiado no referencial da medicina social do que propriamente a construção de um marco conceitual específico. As principais categorias de análise utilizadas são provenientes da área do planejamento estratégico em saúde e do campo de saúde internacional.

Os recursos humanos não são um mero componente de um sistema ou um fator de produção, uma vez que eles constituem as próprias organizações e são os sujeitos do processo produtivo, que têm, nos fatores materiais e financeiros, seus instrumentos de trabalho.

A recomendação de que “há que superar a ideia de rhs como um mero insumo, tal como um recurso material ou financeiro, e recuperar a dimensão do trabalho” (PAIM, 1994) muitas vezes não é reconhecida, acarretando consequências desastrosas para a gestão das políticas de saúde, dos serviços de saúde, da formação de rhs e das próprias propostas de mudança em quaisquer dos terrenos exemplificados.

Afinal, o homem e a mulher se relacionam com a natureza, com as instituições e com os outros homens e mulheres, através do trabalho. Este constitui o elemento primordial das práticas e, conseqüentemente, de qualquer processo de mudança.

Fica evidente assim que, neste campo, os objetos de estudo estão constituídos por sujeitos. Para se compreender as formas de passagem dos recursos humanos de objeto a sujeito, tanto no processo educativo como no processo de trabalho, é importante resgatar a contribuição de L'Abbate (1994), que conceitua *sujeito* como “uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo (...) e na perspectiva de ser alguém capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento e assumindo-se como um ser engajado e responsável pelo que se passa ao seu redor”.

A noção de sujeito, individual ou coletivo, que nem sempre é diferenciada da de ator social, trouxe a possibilidade de renovação das perspectivas de análise na área de saúde coletiva, na qual, nos anos 70

e 80, constantemente se esquecia “de uma noção da velha dialética que indica que, se por um lado, as coisas ou as estruturas determinam a vida das pessoas, por outro lado, são estas mesmas pessoas que constroem as coisas, as normas, os valores, as estruturas” (CAMPOS, 1994).

A incorporação de uma lógica de sujeitos, aplicada ao campo de rhs, tem repercussões concretas sobre a formulação, identificação e análise das propostas de mudança e muitas vezes pode representar mais um problema do que uma solução (CECILIO, 1994). Isto porque se pode identificar esse campo como uma verdadeira arena de tensões, onde diferentes sujeitos sociais competem, com ou sem regras, para fazer prevalecer suas próprias perspectivas de análises e seus próprios interesses.

No estudo realizado, o termo ator social não assume a conotação de representação passiva de algo ou alguém, mas se confunde com o conceito de sujeito. Foi utilizado de forma mais relacionada às pessoas jurídicas – *ator institucional* – enquanto o termo sujeito foi mais utilizado em relação às pessoas físicas, individuais ou coletivas – *sujeito social*.

Esta perspectiva conduz à interpretação de que as múltiplas manifestações, análises e propostas existentes no campo de rhs podem ser consideradas como resultado das intervenções de sujeitos sociais e de atores institucionais que dele participam.

O poder, a participação, o conflito e a cooperação constituem-se em conceitos relevantes na intervenção dos sujeitos sociais no campo do desenvolvimento de rhs, ele próprio constituído por sujeitos e suas relações. Aliás, esta é, segundo Testa (1992), uma característica não só do campo do desenvolvimento de rhs, mas de toda a sociedade, pois não é possível definir um limite que a separe do que esta fora dela.

Nas ciências sociais não se podem estudar problemas sociais como objetos isolados. A educação médica, recorte do campo do desenvolvimento de rhs, pode então ser entendida como um *objeto-sujeito* em permanente desenvolvimento no contexto de realidades históricas e sociais concretas.

Os sujeitos sociais desenham suas ações, enfrentam conflitos, negociam e disputam poder nas estruturas sociais. Estas são totalidades articuladas, compostas por conjuntos de relações, internas e externas, que determinam a função que cumprem os seus vários elementos constituintes.

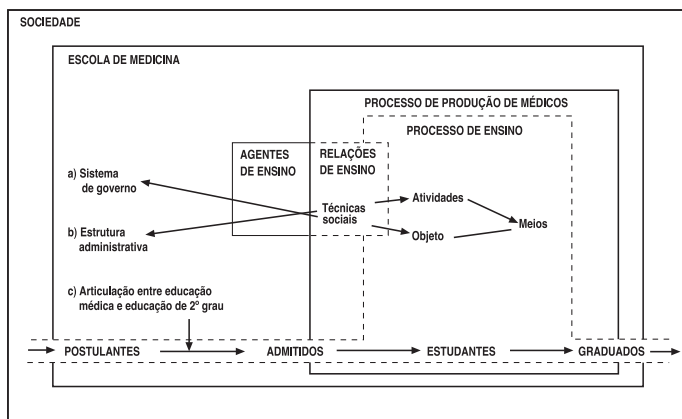
Partindo da ideia de totalidade social, a teoria marxista construiu o conceito de *modo de produção*, uma estrutura global dinâmica, composta por três dimensões: econômica, ideológica e jurídico-política. Cada uma dessas dimensões possui uma existência relativamente autônoma e suas próprias leis de funcionamento, estando porém determinadas, em última instância, pelo econômico.

A este respeito Arouca (1975) escreveu que “empregando uma metáfora arquitetônica, o materialismo histórico apresenta os elementos pertencentes a um modo de produção, como constituídos por uma base, que seria a infra-estrutura, representada pelo processo de produção econômica [mundo do trabalho] e uma superestrutura, constituída pelas instâncias jurídica, política e ideológica [mundo da cultura]. A infra-estrutura determina, em última instância, a superestrutura que, no entanto, possui uma autonomia relativa, determinando em certo grau a reprodução da infra-estrutura”.

Uma vez que as propostas de mudança, objeto de estudo da pesquisa realizada, referem-se a experiências institucionais de formação de recursos humanos em saúde, particularmente no referente à educação médica, enfrentou-se o desafio de articular alguns conceitos específicos, coerentes com o de modo de produção apresentado.

Para García (1972), a educação médica, entendida como processo de produção de médicos, constitui-se de dois componentes inseparáveis: o processo de ensino e as relações de ensino (Figura 1).

FIGURA 1 – Esquema do marco teórico da educação médica



Fonte: Nunes, 1989.

Proceso de ensino pode ser definido como o conjunto de momentos sucessivos que envolvem atividades, meios e objetos de ensino pelos quais passa o estudante até transformar-se em médico. *Relações de ensino* são as conexões ou vínculos que se estabelecem entre as pessoas participantes do processo de produção de médicos e são a resultante do papel que estes indivíduos desempenham no ensino médico. Estas relações podem ser de dois tipos: a) as que se estabelecem entre os agentes de ensino e todo o processo de ensino; b) as que se instituem entre os próprios agentes de ensino. O primeiro tipo configura o que se chama relações técnicas e o segundo, relações sociais.

Os agentes de ensino variam dependendo do modo de produção de médicos. Referem-se aos indivíduos que participam na educação médica e que ocupam uma determinada posição nela. Atualmente, o professor universitário é o mais característico dos agentes de ensino. O estudante de medicina, embora considerado também um dos agentes, na forma dominante de produção de médicos na América Latina, está numa posição dependente que o define mais como objeto do que como sujeito da educação médica.

Segundo García (1972): “la categoria de “estudiante” implica una serie de concesiones con respecto a otros grupos de la sociedad como, por ejemplo, el eximirse de realizar un trabajo productivo. Esta disociación entre estudio y trabajo constituye uno de los problemas más importantes de la educación actual, y su superación, junto con cambios en las relaciones de enseñanza, llevará a profundas transformaciones en la formación de médicos”.

A ordem institucional da educação médica, ou seja, a escola de medicina com suas características internas, tais como sistema de governo, estrutura administrativa, a articulação que estabelece com o ensino secundário, emerge do processo de produção de médicos. Isto é, do processo de ensino e das relações que se produzem no interior do próprio processo.

A forma institucional que um determinado modo de produção de médicos adquire, constitui a superestrutura do processo; o processo e as relações de ensino, sua infraestrutura.

Com base nos resultados do estudo que realizou, García (1972) registra que “(...) parece confirmar la teoría que dá importancia a la estructura de las relaciones que surgen en el proceso de enseñanza

(...) las relaciones en la enseñanza constituyen el fundamental de todo cambio educacional profundo”. Uma vez que o modo de formar médicos determina² a ordem institucional, é esperado que mudanças no primeiro levem a transformações substanciais na forma de organização da educação médica.

Esta concepção não implica no desconhecimento da influência que as características da escola (a superestrutura) possam ter, ainda que de forma limitada, sobre o processo de produção de médicos (a infraestrutura). É possível que mudanças produzidas no processo de ensino possam ser limitadas (no tempo e no espaço) ou anuladas porque a estrutura interna, acadêmico-administrativa, da faculdade e/ou da universidade não permite sua aplicação.

Dois situações exemplares de ocorrências, ainda hoje, na realidade dos processos de mudança, são relatadas na obra citada: “(...) el caso donde esfuerzos para incorporar el estudiante al sistema de servicios de salud chocan con la resistencia de las actuales estructuras de las escuelas de medicina” e “(...) la llamada enseñanza creativa, en la cual el profesor desempeña el papel de “concejero” o “experto” y donde, en consecuencia, desaparece la diferencia de poder entre el personal docente y los estudiantes. A pesar de que este método de enseñanza podría acelerar el proceso de aprendizaje, no ha sido posible aplicarlo porque lo impide la estructura de las escuelas de medicina, que se basa en una jerarquía de autoridad en la cual el alumno está subordinado” (GARCÍA, 1972).

Mas o processo de produção de médicos, com suas relações de determinação expostas, não é um processo isolado, pois se encontra intimamente relacionado à estrutura econômica predominante na sociedade, onde se desenvolve e estabelece relações com outros processos e, em especial, com a prática médica.

A prática médica está ligada à transformação histórica do processo de produção econômica. A estrutura econômica determina, como acontece com todos os demais componentes da sociedade, a importância, o lugar e a forma da medicina na estrutura social. Semelhante determinação não

² A palavra determinação, cujo uso já está consagrado na área das ciências sociais, é portadora de uma desvantagem, pois leva a um raciocínio de que “isto causa aquilo”. Na verdade, o conceito de determinação refere-se à existência de inter-relações dialéticas e ao estabelecimento de causalidades com base em análises históricas.

corresponde a uma causalidade simples, mas a outra, de tipo estrutural: *a determinação em última instância*. Esta consiste na abertura de espaços fora do alcance do econômico, ou seja, permite uma autonomia relativa do objeto (no caso, a prática médica) permitindo a entrada em jogo de novas causas e efeitos. Dentre as quais estão as provenientes das relações de força estabelecidas entre os distintos grupos sociais e o Estado em torno de demandas relativas à problemática de saúde.

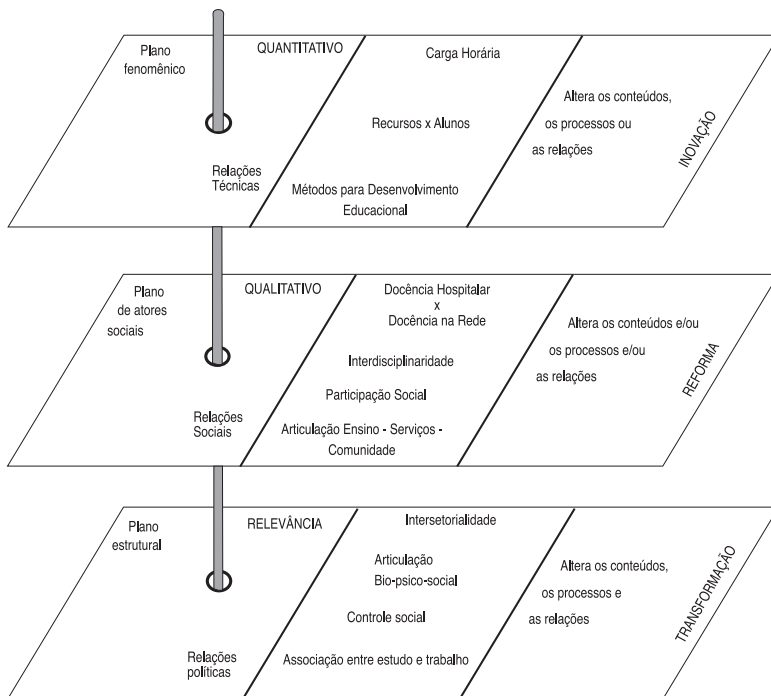
O conceito de determinação em última instância torna-se fundamental para se evitar o reducionismo economicista que desqualifica a importância da ação dos sujeitos sociais. Aliás, a visão estreita do estruturalismo que hipertrofia o determinismo econômico, embora ainda presente no campo da saúde coletiva, vem sendo bastante criticada por vários autores (CAMPOS, 1992; BODSTEIN, 1992).

Ao mesmo tempo, porém, o conceito contribui para evitar a desqualificação do elemento determinação nas relações entre infra e superestrutura, pois “(...) uma questão que se coloca para nós, ao fazer uma ‘autocrítica’ de nossa tradição determinista, é a de como evitar cair no extremo oposto” (OLIVEIRA, 1992).

Ou seja, o conceito de *determinação em última instância* ajuda a não incorrer no equívoco de se adotar um outro tipo de reducionismo, a causalção circular antideterminista. A identificação de mediações entre estruturas e processos, entre estruturas e sujeitos, é facilitada com a valorização do conceito de determinação em última instância.

Por *mudança* no contexto do estudo realizado entende-se as alterações nos processos, nas relações e nos conteúdos da educação médica. Tomando por base outros atores que utilizam três planos de análise para localizar os nós explicativos de um problema (MATUS, 1993; ROVERE, 1993) e para abordar iniciativas no campo da educação médica (FERREIRA, 1988), desenvolveu-se uma reflexão que resultou na formulação de três planos de profundidade das mudanças. Estas são classificadas em inovação, reforma e transformação. A Figura 2 apresenta esses planos e seus principais elementos de forma esquemática.

FIGURA 2 – Planos de profundidade das mudanças



Nota: O esquema básico desta figura foi extraído de Ferreira (1988). As modificações introduzidas são de responsabilidade do autor.

A linha vertical, que perpassa os três planos, indica que se trata de um único objeto-sujeito, a educação médica, submetido a diferentes níveis de análise e/ou intervenção, conforme a realidade concreta abordada.

Cada plano está constituído, esquematicamente, por três conjuntos de elementos explicativos, que correspondem a uma visão espacial modernizada dos mesmos componentes que Juan César García utilizou ao elaborar o marco de referência já apresentado. O primeiro deles, localizado à esquerda, contém o enfoque predominante em termos de quantidade, qualidade ou de relevância da educação médica e a indicação de qual tipo de relações existentes nos processos de produção de médicos é predominantemente alterado. O segundo conjunto de elementos explicativos, localizado no centro de cada plano, contém os componentes do processo de ensino. E o terceiro conjunto, localizado à direita, contém os resultados passíveis de serem analisados e/ou obtidos em cada um

dos planos e que caracterizam as inovações, reformas ou transformações na educação médica.

Conforme aponta Ferreira (1997), a tríade “quantitativo-qualitativo-relevância” corresponde ao predomínio de cada um desses enfoques nos distintos planos de análise ou de intervenção e, de certa forma, guarda relação com a história recente do desenvolvimento da educação médica na América Latina. Na década de 1960 a ênfase na carência de médicos levou a uma abordagem quantitativa do problema: número de escolas médicas, proporção professor-aluno (1x10 a 1x20), cargas horárias curriculares e das disciplinas, relação do número de leitos hospitalares por aluno, relação do número de alunos por cadáver (4x1) ou por microscópio (2x1), etc.

Nas décadas de 1970 e 80 a preocupação concentrou-se nas dimensões qualitativas da educação médica, enfocada sob o prisma da excelência técnica. A ênfase recai nas ações pedagógicas voltadas à melhoria da qualidade do ensino e nas ações organizacionais, no âmbito universitário, voltadas a permitir uma maior exposição ao aprendizado prático nos serviços hospitalares e ambulatoriais.

Finalmente, a “relevância” surge em consequência da estratégia de Atenção Primária de Saúde (APS) e introduz a concepção de qualidade. Esta, não mais como sinônimo de excelência técnica que, elevada ao mais alto grau de sofisticação científico-tecnológica, desconsidera critérios de acessibilidade e cobertura populacional, mas sim como condição que responde globalmente às reais necessidades da população.

No primeiro plano ou plano fenomênico, que também pode ser denominado como funcional ou dos fluxos, têm lugar as mudanças superficiais da educação médica. Geralmente pontuais, localizadas, particulares e parciais, as inovações concentram-se nas atividades, nos meios e nas relações técnicas entre os agentes de ensino e o processo de ensino. Desenvolvem-se em paralelo, respeitando o predomínio do tradicional, sem preocupação em aprofundar a análise dos fatores que determinam o modo dominante de formação.

As intervenções que se enquadram neste plano de profundidade de mudança resultam em alterações isoladas de processos, ou de conteúdos ou de relações, com maior ênfase nas alterações de processos. São exemplos deste tipo de intervenção: a criação e/ou ampliação de carga

horária de disciplinas e os tradicionais projetos de extensão extramurais, que estabelecem áreas de demonstração ou “laboratórios de comunidade”.

No segundo plano ou plano dos sujeitos e atores sociais, que também pode ser denominado como das acumulações humanas ou fenoestrutural (relação de forças), tem lugar as mudanças que buscam substituir dimensões mais abrangentes do processo de produção de médicos por outras que envolvem elementos essenciais do processo e algum grau de reinterpretção das bases conceituais da educação médica tradicional.

Embora também introduzam alterações nas relações técnicas, atingem as relações sociais estabelecidas na formação médica, estabelecendo novos critérios de convivência entre os sujeitos e/ou atores envolvidos, incluindo entre estes os pacientes ou a comunidade.

As intervenções que se enquadram neste plano de profundidade de mudança resultam em alterações combinadas, em algum grau, nas relações, e/ou nos processos e/ou nos conteúdos, caracterizando distintas reformas da educação médica. São exemplos deste tipo de intervenção as iniciativas de articulação entre ensino-serviços-comunidade, com seus vários graus de abrangência e profundidade em termos de cobertura populacional, níveis de atenção, participação de departamentos/disciplinas, dos profissionais dos serviços e da comunidade, etc.

No terceiro plano ou plano estrutural, que também pode ser denominado como das regras básicas ou geno-estrutural (relações sociais essenciais ao sistema de produção), têm lugar as mudanças que buscam introduzir uma nova ordem no processo de produção de médicos e nas suas relações com a estrutura socioeconômica. Ou seja, engloba todo o contexto e a própria sociedade. Envolve a essência do próprio processo de produção do conhecimento, a construção de novos paradigmas e os determinantes histórico-sociais.

Embora tenham lugar novas relações técnicas e sociais, são as relações políticas entre os sujeitos sociais e os atores institucionais envolvidos que sofrem maior impacto neste plano de profundidade das mudanças. Pressupõe uma ênfase especial na substituição da prática médica hegemônica por outra, ajustada à estratégia de APS, com o desenvolvimento e utilização de tecnologia apropriada, da articulação biopsicossocial, da intersectorialidade, a superação da dissociação entre estudo e trabalho, e o controle social.

As intervenções que se enquadram neste plano de profundidade de mudança resultam em alterações globais dos conteúdos, dos processos

e das relações, caracterizando verdadeiras transformações da educação médica. São exemplos deste tipo de intervenção: a ocorrida na educação médica latino-americana nos anos imediatamente anteriores à 2ª Guerra Mundial, mas principalmente nos que a sucederam, com a substituição do modelo europeu pelo modelo norte-americano (flexneriano) de educação médica, e a ocorrida em Cuba nos anos 1960, com a substituição de um modelo flexneriano, parcialmente implantado, por um modelo de medicina social que recebeu, durante seu desenvolvimento e no que se refere à área médico-hospitalar, forte influência do modelo vigente na ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas.

Apesar de haver relações de interdependência entre os três planos de profundidade, cada um deles possui autonomias. Conforme aponta Matus (1993), os fenômenos (fluxos) e os atores sociais (feno-estrutura) existem ou se produzem constantemente dentro dos espaços sociais e entre eles há qualidades distintas. As inovações não evoluem naturalmente, fruto de processos de acumulação, para situações de reforma da educação médica. Para isso, há necessidade de que os atores sociais interessados na introdução de mudanças mais profundas consigam estabelecer novas relações de força e imprimir direcionalidade a projetos de intervenção mais abrangentes.

Além disso, há uma relação de retrocondicionamento entre o segundo e o terceiro plano de profundidade: o segundo existe somente nos espaços permitidos pelo terceiro. Dessa forma, as regras fundamentais do processo dominante de produção de médicos determinam o espaço de variedade das reformas possíveis. Mas, como o plano estrutural também é um produto social, um produto dos sujeitos sociais, as intervenções neste plano, além de potencialmente gerarem transformações, também introduzem novos elementos que modificam os espaços de variedade antes mencionados.

As estruturas do modelo dominante de produção de médicos são muito estáveis e suas alterações marcam as grandes e profundas mudanças. Elas são estáveis porque os sujeitos sociais e os atores institucionais mais fortes as defendem e sustentam. Naturalmente, os defensores das regras geno-estruturais do sistema educacional, médico e social estão mais ou menos satisfeitos com elas. Por seu lado, os que querem mudar o jogo, alterando-lhe as regras, identificam as causas de seus problemas e insatisfações com a vigência daquelas.

Tudo isso tem uma importância vital na explicação situacional e no planejamento das intervenções. Às vezes se quer resolver no plano dos fenômenos problemas cujas causas essenciais estão no plano dos atores sociais; às vezes tenta-se aprofundar mudanças além dos limites permitidos pelas estruturas; às vezes procura-se produzir mudanças estruturais que estão fora do alcance das forças dos sujeitos sociais. Essas situações sugerem a existência de limites, mas também a necessidade de elaborar estratégias que levem em conta as possibilidades e limitações que se dão nos três planos.

Os problemas e as propostas de intervenção não podem ser bem analisados e implementados se não houver clareza sobre os elementos constituintes de cada plano de profundidade das mudanças. Uma coisa é atuar conscientemente apenas no plano dos fenômenos, das inovações, por não se ter forças para mudanças mais profundas; outra coisa é fazê-lo por incompreensão dessa dinâmica. Dinâmica que, dialeticamente, pode implicar em acumulações e saltos de qualidade, ou em estagnação e retrocessos em relação a imagens-objetivo almejadas.

Os sujeitos sociais podem produzir inovações que, alterando os conteúdos, os processos ou as relações, impactem sobre as relações sociais e estas podem abrir o caminho para a produção de fatos e processos que alterem as estruturas. A estratégia consiste em percorrer uma cadeia de eventos, que começa pela produção de fatos situados dentro do espaço das capacidades atuais dos sujeitos interessados e que têm como efeito sua ampliação.

Estreitamente relacionado com os planos de profundidade das mudanças surge o conceito de *estratégia*. Com frequência o adjetivo “estratégico” é utilizado para qualificar uma ação, outorgando-lhe ênfase num sentido semelhante ao termo “prioritário”. Esta é uma banalização da palavra estratégia que, segundo o enfoque do pensamento estratégico, não corresponde ao seu uso mais preciso.

Na sua origem e num sentido estrito, estratégia é um termo bélico que supõe a ideia de uma confrontação real ou potencial. Nenhuma força militar pode pensar estratégias sem identificar a existência de aliados e de inimigos. A incorporação desta terminologia pelo setor saúde atende à necessidade de identificar códigos comuns em processos que dependem de aliados e opositores. Em outras palavras, a sociedade e as estruturas micro ou macrossociais, especialmente quando objetos de transformação, são vistas como campos de tensão, campos de luta, campos de confronto.

Isto porque, sendo os objetivos sociais sistematicamente conflitivos em si mesmos, eles não são alcançáveis sem mudança na correlação de forças, atual ou futura, de maneira favorável a algum sujeito social. *Estratégia*, portanto, é considerada como o conjunto de movimentos (estratégicos) capazes de viabilizar avanços significativos na trajetória rumo ao objetivo pretendido. Avanços estes que, necessariamente, devem ser considerados resultado de mudança na correlação de forças entre os sujeitos sociais envolvidos.

A rede de relações sociais no campo da educação médica torna-se mais complexa, na medida em que se acrescentam à análise, a existência de formas diferenciadas de prática médica e outras instâncias, como a produção científico-tecnológica. Cada uma delas adquire, por sua vez, certa autonomia, ainda que, com frequência, a prática médica hegemônica mantenha um papel dominante sobre as outras instâncias.

Por *hegemonia* entende-se o poder político garantido pela dominação (coerção), mas também pela direção intelectual e moral (consenso); capacidade de formular uma proposta a partir do ponto de vista de um determinado grupo social, mas que, conseguindo adesão de outros grupos, se transforma em projeto comum, superando os corporativismos e as propostas antagônicas. É um conceito intrinsecamente relacionado à luta ideológica mais geral de uma sociedade de classes (COUTINHO, 1989). *Ideologia*, aqui entendida como o conjunto de concepções, ideias, representações e teorias que se orientam para a legitimação e reprodução de uma ordem social (geral ou particular) estabelecida, ou para a sua ruptura e substituição por outra. Esse conjunto inclui o conhecimento científico e suas teorias, também relacionados, direta ou indiretamente, a uma perspectiva socialmente determinada.

A prática médica hegemônica impõe suas próprias leis de funcionamento à formação médica, o que ocorre só até certo ponto. A educação médica possui relativa autonomia e, por vezes, chega a se confrontar com as exigências provenientes da prática médica dominante. Sucede da escola médica se transformar, sob determinadas circunstâncias e devido ao seu próprio papel legitimador das práticas, em arena de conflitos que ocorrem na prática médica (por exemplo, no que diz respeito à oficialização de subespecialidades) e/ou nos processos de construção de novos modelos assistenciais, preconizados por reformas do setor saúde.

Por outro lado, não só porque a pesquisa teve como pano de fundo a realidade regional latino-americana, mas também porque as instâncias relativas ao desenvolvimento científico-tecnológico e às práticas médicas constituem-se em instâncias internacionalizadas, é importante enfatizar o conceito de *saúde internacional*.

Na bibliografia sobre saúde internacional podem ser identificadas abordagens que a apresentam como disciplina, como modelo explicativo ou, ainda, como campo de estudo e de prática. Na perspectiva adotada nesta oportunidade, ela não é uma disciplina, no sentido de conformar um corpo de conhecimentos e uma metodologia particulares. Ao contrário, é configurada a partir dos conhecimentos produzidos por diferentes disciplinas, que convergem em torno de uma área de problematização específica. O conceito de saúde internacional adotado diz respeito às duas outras abordagens, modelo explicativo e campo de estudo e de prática, que não são excludentes. (GODUE, 1992; RODRÍGUEZ, 1992)

O modelo explicativo escolhido incorpora a categoria de *totalidade*, introduzindo novas dimensões à análise do processo saúde-doença, dos sistemas de atenção à saúde e dos processos de formação de rhs. Estas novas dimensões implicam na consideração (explícita ou não) de um conjunto de determinações que se dão em escala mundial e que se referem aos processos econômicos, políticos e sanitários.

Explicar o processo saúde-doença, os sistemas de atenção e a formação de rhs implica, na maioria dos casos, ter em conta o funcionamento do sistema capitalista em escala mundial, a divisão internacional do trabalho entre os países e a assimetria das relações de poder derivada de tal estrutura. (FERREIRA et al.,1992) Sem perder de vista que a democracia e o nível de desenvolvimento da cidadania em um dado país ou região exercem, igualmente, influência importante nessas relações de poder.

Como campo de estudo e de prática, adota-se um recorte alternativo à sua definição clássica. Segundo esta, saúde internacional se refere somente à saúde dos países subdesenvolvidos (por exemplo, as “doenças tropicais”), enfocada pela ótica da dependência e do assistencialismo. Num enfoque alternativo, denominado independente-cooperativo, com o qual as análises do estudo realizado se identificam, usa-se o termo *saúde internacional* para designar um campo de investigação e de intervenção que leva em conta as dimensões internacionais do processo saúde-doença,

dos sistemas de atenção e do desenvolvimento de rhs, enfocadas pela ótica da soberania entre as nações e do desenvolvimento autossustentável.

As categorias de análise, os conceitos e suas inter-relações, apresentados aqui sumariamente, constituem a base teórica que orientou o desenvolvimento da pesquisa que originou este livro.

AS REFORMAS DO SETOR SAÚDE

Neste capítulo busca-se desenvolver a problemática da necessidade de mudanças na educação médica frente ao contexto das reformas do setor saúde (rss) em desenvolvimento nos anos 1980 e 90 nos países da América Latina. Em linhas gerais, pode-se apontar que no decorrer das duas últimas décadas do século XX há dois momentos bastante distintos nos processos latino-americanos de reforma: a) um momento orientado pelos princípios da democratização e da universalização; b) um momento orientado por medidas racionalizadoras de contenção dos custos setoriais.

O primeiro predomina no final dos anos 1970 e nos anos 80. O segundo adquire mais densidade política a partir da segunda metade da década passada e percorre os anos 1990. Não há uma delimitação nítida entre os dois momentos, pois estão fortemente entrelaçados. Respondem a distintas necessidades, conjunturas, forças sociais e decisões governamentais que se estabelecem nos países em tempos diferentes, próprios dos respectivos calendários político-econômicos e político-sociais.

Não se pretende realizar uma análise aprofundada do setor saúde e das reformas em cada país ou de um estudo comparado entre elas. Há publicações que dão conta destes objetivos (BID, 1995; Reunión..., 1995; OPS, 1996a; GONZÁLEZ, 1996). A intenção é mais enfocada à apresentação de algumas características das reformas identificando as exigências potenciais ou reais de novos perfis de recursos humanos, particularmente do médico.

UM FENÔMENO INTERNACIONAL

Devido a vários fatores, mas especialmente daqueles relacionados ao gasto público crescente na área da saúde e à crise do “Welfare State”, projeto de hegemonia desenvolvido pelas classes dominantes europeias após a 2ª Guerra Mundial, os países europeus iniciaram, na década de 80, seus próprios processos de reforma (Almeida, 1995). Nesse período, a agenda da reforma pautou-se em: manter a cobertura universal; substituir o padrão keynesiano de sistemas de proteção social com eixo estatal; desenvolver esforços visando a meta de “Saúde para Todos”, da OMS; fortalecer o primeiro nível de atenção e introduzir instrumentos de controle global de custos.

Nos anos 1990 os processos de reforma passam a abranger maior número de países e aprofundam suas medidas, voltadas principalmente a compatibilizar equidade, eficiência e capacidade de escolha dos serviços pela população. Isso, em um cenário de crescimento econômico mais lento, de envelhecimento das populações e de contínuo crescimento dos custos derivado da crescente incorporação tecnológica na prática médico-hospitalar.

Em um estudo que envolveu 17 países, incluídos os países membros não europeus da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)¹, classificaram-se as reformas em “evolutivas” e “estruturais”, sendo estas mais radicais em função da ambição dos seus objetivos, da rapidez da sua aplicação ou da potência das oposições que suscitaram. As políticas de reforma baseiam-se em equidade, controle de custos, incentivos à eficiência, controle de qualidade, formação dos médicos (grifo do autor) e capacidade de escolha dos consumidores.

Os principais aspectos da reforma do setor saúde nos países europeus desenvolvidos são: a) centralização nos fatores vinculados à oferta; b) orientação voltada a intervir nos serviços de atenção médica, devido à prioridade na contenção de gastos; c) preservação dos elementos básicos de solidariedade (cobertura universal e financiamento majoritariamente público); d) introdução de “mercados internos” acompanhada de mecanismos de regulação governamental; e) tendência para separação entre funções de financiamento e de prestação dos

¹ São membros da OCDE os países europeus da União Europeia mais Noruega, Suíça, Islândia, Turquia, Canadá, Japão, Estados Unidos, Austrália, Nova Zelândia e México.

serviços; f) introdução de mecanismos de competição entre prestadores públicos e privados; g) generalização do sistema de pagamento per capita ao “general practitioner”, principal via de acesso aos sistemas de saúde.

Estas características da reforma nos países desenvolvidos europeus confirmam análises (POSSAS, 1992; ALMEIDA, 1995) no sentido de que está havendo, não o desaparecimento do “Welfare State”, mas sim sua reorientação. Fruto da crise que passou a viver com maior intensidade na década de 1980, por ter esbarrado em limites estruturais, este se reorienta no sentido da “remercantilização” (restabelecer em forma de mercadoria) de diferentes elementos da vida social, dentre eles os serviços de saúde.

Vê-se, portanto, que a reforma do setor saúde não é uma particularidade latino-americana nos anos 1990, embora seja a região das Américas que, segundo recente documento (OMS/OPS, 1996), apresenta a maior proporção de países que leva adiante iniciativas neste terreno.

AS REFORMAS NO CENÁRIO LATINO-AMERICANO

Os últimos trinta anos, da metade dos anos 1960 até os 90, foram marcados por profundas transformações na estrutura política e econômica da América Latina: implantação de regimes burocrático-autoritários, crise econômica do capitalismo que atingiu a região no início dos anos 80 e processos de transição à democracia em um novo contexto mundial, com predomínio da ideologia liberal e dos efeitos do endividamento externo.

Nesse contexto, o que se coloca em questão, na região, “é a necessidade de reformulação da relação Estado/sociedade, de forma a viabilizar a retomada do crescimento econômico, o controle da inflação e do déficit fiscal, a revisão da inserção no capitalismo internacional, a garantia da governabilidade e da estabilidade política” (FLEURY, 1994)

Na década atual, as sociedades de capitalismo periférico e retardatário da América Latina encontram-se num momento especial de seu desenvolvimento, caracterizado pela consolidação dos ajustes macroeconômicos introduzidos como resposta à crise dos anos 1980. Além de persistirem desigualdades graves nas condições de vida e de saúde da população, verifica-se um aumento da demanda aos serviços e se aprofundam as iniquidades de acesso aos mesmos, cujos custos crescentes desafiam os orçamentos públicos e privados.

A crescente ineficiência dos serviços públicos gera insatisfações por parte da população e dos profissionais. Os programas de ajuste econômico também afetaram o setor saúde, reduzindo orçamentos e

umentando as desigualdades no acesso aos serviços (MÉDICI, 1989; BID, 1995). A abertura das economias nacionais, os processos de privatização, de democratização e de reordenamento das relações Estado-sociedade coincidem também com o desenvolvimento dos processos de integração regional, que abrem novas oportunidades de cooperação (e de conflito) entre os países, inclusive no campo da saúde.

Nos anos 1970 e 80, em todos os países, com exceção dos mais pobres, surgiu e se desenvolveu uma “indústria” de assistência médico-hospitalar com custos que crescem de forma exponencial. Não se tem conseguido um controle eficaz desse segmento e a maioria das políticas voltadas para reduzir custos vem sendo infrutífera. Inclusive os esforços voltados a melhorar a qualidade do seu desempenho vêm tendo resultados decepcionantes.

Vários países, como é o caso do Brasil, desencadearam, ainda nos anos 1980, processos de reforma que têm suas origens nos anos 1970 (SCOREL, 1998). Mas é na década de 1990 que se intensificam em numerosos países os processos de reforma do setor saúde. A heterogeneidade histórica, social e política dos distintos países que compõem a região condiciona diferentes origens, momentos e processos de reforma. Alguns vêm sendo implementados há vários anos e, portanto, já apresentam resultados concretos. Outros tiveram início recente e ainda não apresentam resultados palpáveis em termos de mudanças.

Neste cenário, em 1994, a OPS e a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) finalizaram a elaboração de um documento (OPS/CEPAL, 1994) que enquadra a reforma no contexto das mudanças propostas nas relações entre estado, sociedade e mercado no processo de desenvolvimento regional, em busca de economias mais sólidas e de sociedades mais equitativas.

Neste âmbito, a reforma do setor saúde é entendida como sendo um processo orientado a introduzir mudanças substantivas em diferentes instâncias do setor saúde, em suas relações e nas funções que levam a cabo, com o propósito de aumentar a equidade de seus benefícios, a eficiência de sua gestão e a efetividade de seus serviços (BID, 1995).

PRINCIPAIS ASPECTOS DAS REFORMAS

A análise das experiências de reforma evidencia a diversidade dos modelos e estratégias adotadas pelos países para alcançar uma cobertura

com serviços de boa qualidade, conforme as realidades nacionais. As reformas são processos complexos cujo desenvolvimento envolve componentes técnicos e gerenciais, mas também políticos, econômicos, sociais e culturais que não admitem um único modelo.

Várias estratégias vêm sendo adotadas para implementar os processos de reforma e, às vezes, em um mesmo processo combinam-se várias delas. Algumas reformas derivam de processos de mudança constitucional que alteram as bases jurídicas dos Estados nacionais e suas relações com a sociedade. Outros casos baseiam-se em medidas administrativas adotadas dentro dos marcos legais vigentes.

Em alguns países, como o Brasil, o processo de reforma vem contando com a intervenção importante do Parlamento. No caso da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), preparada por debates e iniciativas da sociedade civil, com forte presença do movimento sanitário durante a fase anterior de luta antiditatorial, o Congresso Nacional, as Assembleias Legislativas e as Câmaras de Vereadores são hoje palco e, às vezes, atores institucionais importantes das discussões e decisões setoriais.

Em certos países, com forte tendência de expansão para todos, a reforma é parte de um processo mais amplo de ajuste da estrutura e função do Estado. Nestes casos, está sendo aplicada uma lógica econômica que visa incrementar o papel regulatório do Estado e reduzir sua participação direta na prestação de serviços.

Outras vezes a reforma acompanha a descentralização global do Estado. Mas também há casos em que a reforma é desencadeada para enfrentar problemas específicos da assistência médico-sanitária, tais como a explosão de custos, a ineficiência dos serviços, a iniquidade do acesso, a insatisfação do usuário e dos prestadores, ou uma combinação destes componentes.

Os temas da equidade, eficiência e qualidade são centrais na maioria das iniciativas, ainda que de uma forma meramente declaratória em muitos casos. Dentre os objetivos dessas iniciativas está o de assegurar a cobertura universal de serviços básicos de saúde e a focalização do gasto público na atenção a grupos populacionais marginalizados ou com maior risco. Soma-se a isso a globalização dos padrões de consumo de serviços e as novas possibilidades, abertas pelo desenvolvimento tecnológico em saúde, que pressionam de forma crescente no sentido da expansão dos serviços prestados.

Com a crescente democratização política nos países da região, os processos de reforma têm buscado incorporar maior participação social, gerando formas cooperativas de solução dos problemas de saúde e da gestão dos serviços.

As reformas estão introduzindo novas formas de organização e de gestão dos serviços, visando melhorar a eficiência e credibilidade do setor. Na maioria dos casos está sendo buscada uma nova divisão de funções entre o Estado e a sociedade civil na produção e financiamento dos serviços. Há iniciativas voltadas à reestruturação dos hospitais públicos, inclusive universitários, como empresas sociais, com autonomia de gestão e capacidade de recuperar seus orçamentos mediante convênios com a seguridade social e o setor privado (PAGANINI & NOVAES, 1994). Buscam-se alternativas de organização dos prestadores de serviços e otimização do “mix” público-privado. Realizam-se também programas de garantia de qualidade a fim de habilitar, categorizar e credenciar os estabelecimentos de saúde.

A maior parte dos países está descentralizando a gestão do setor saúde e redefinindo o papel dos governos central, estadual e municipal em relação à saúde (PAGANINI & CAPOTE, 1990; NOVAES et al, 1995). Os Ministérios da Saúde diminuem suas responsabilidades como prestadores diretos de serviços e incrementam suas funções de condução política, regulação e avaliação. Recursos e capacidade de gestão estão sendo transferidos para as outras esferas de governo.

Vários processos de reforma têm proposto a necessidade de separar as responsabilidades do financiamento setorial das de prestação de serviços para assegurar a eficiência, a qualidade e a competitividade no sistema de saúde. Para isso criam-se entidades públicas e privadas que têm a responsabilidade de arrecadar e administrar os recursos destinados pelo Estado, pelas empresas ou pelas famílias para financiar a atenção de saúde. Tais entidades têm sob sua responsabilidade a contratação da prestação dos serviços sob a forma de “pacotes” de atenção previamente definidos, seja com o setor público ou privado, que assumem parte dos riscos financeiros da atenção. Em vários casos tem sido estimulada a competição entre estas entidades financiadoras de serviços, como mecanismo de oferecer alternativas aos usuários e de forçar a diminuição de custos.

Outro componente importante da reforma do setor saúde refere-se aos processos de descentralização, de fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), que se constitui em uma tática operativa da estratégia

de Atenção Primária de Saúde. Registre-se que a APS, na maioria dos países, não é entendida como estratégia global de reformulação do sistema de saúde, como preconiza atualmente a OMS. Sua interpretação é, principalmente, como programa voltado a satisfazer necessidades eventuais de grupos sociais marginalizados, com recursos de baixa densidade tecnológica e custos mínimos, incluindo a retórica da participação comunitária.

Medidas de racionalização da atenção também vêm sendo impulsionadas, como é o caso da polêmica cesta básica de cuidados, visando universalizar o acesso à atenção básica de saúde num contexto de escassez de recursos. Contudo, não são poucas as análises que consideram essa medida como uma tentativa de oficialização da iniquidade.

Os principais problemas enfrentados pela reforma na região são: a) falta de consenso entre os atores de cada país e os organismos de cooperação em relação aos conteúdos e natureza das reformas; b) frágil viabilidade política, pois os processos exigem grande capacidade de liderança e de negociação, recursos escassos em muitos países; c) descontinuidade da ação de importantes atores, principalmente nas esferas de governo, responsáveis pela implementação das reformas; d) dificuldades em se dar conta da complexidade técnica dos processos, que às vezes dificulta obter apoio político e social suficiente para vencer a resistência dos opositores às mudanças; e) atenção insuficiente à participação social nos processos (BID, 1995).

Além destes problemas, identificam-se outros, referentes à escassez de rhs adequadamente capacitados para levar adiante tanto as tarefas de condução das mudanças como as de desenvolvimento de novas práticas assistenciais, ainda que a mudança do modelo de atenção não faça parte, por enquanto, das diretrizes prioritárias da maioria dos processos de reforma.

OS RECURSOS HUMANOS NO CONTEXTO DAS REFORMAS

A maioria dos processos de reforma almeja adequar quantitativa e qualitativamente a formação e capacitação dos recursos humanos técnicos e gerenciais para atender novas realidades dos serviços. Há enfoques que são mais categóricos a respeito, afirmando que “(...) el desarrollo y consolidación de las reformas exigen la adecuación de la formación de los recursos humanos necesarios” (SERRANO, 1996), ou que os principais problemas da reforma são: “la deficiencia de recursos humanos

debidamente adiestrados para enfrentar las nuevas necesidades del sector salud y la falta de integración estructural que impide la formación de recursos apropiados (...)" (SILVA, 1996).

Há referências (PAIM, 1994; CARDONA, 1996; OPS, 1996a) reiteradas quanto às resistências e dificuldades de mudanças por parte do aparelho formador de recursos humanos, especialmente das universidades, com particular ênfase no tocante às escolas médicas.

Observa-se que no campo do desenvolvimento de rhs, a gestão dos recursos humanos é objeto de atenção prioritária, contemplando estudos referentes a novas formas de contratação, de remuneração e de avaliação do desempenho do pessoal de saúde, como os incentivos à produtividade, ou os pagamentos prospectivos segundo perfil epidemiológico e incidência/prevalência de doenças. Essas formas alternativas visam incentivar o aumento da eficiência dos serviços, da qualidade da atenção e o controle da superutilização de tecnologias complexas e de alto custo.

Este enfoque decorre da constatação de que o caráter corporativo e centralizador do médico na dinâmica do processo de trabalho em saúde faz com que ele seja o principal organizador da oferta de serviços, pois as novas técnicas de diagnóstico e de tratamento têm seu uso definido principalmente pelos médicos.

As mudanças na formação e capacitação de rhs são uma necessidade declarada por partes das autoridades condutoras das reformas, mas não são prioritárias, em termos de intervenções realizadas, conforme pode ser verificado analisando as informações do Quadro 1.

Como se pode verificar, nenhuma das dez políticas mais utilizadas nas reformas diz respeito ao campo do desenvolvimento dos rhs. Este é um indício da precária visibilidade deste campo, já apontada por Rovere (1993). Há clara sinalização de que o setor educacional, as universidades em particular, continuam desvinculadas da reorganização dos serviços, da redefinição das práticas de atenção e dos processos de reforma.

O papel relevante dos recursos humanos no desenvolvimento das reformas parece ser mais uma peça de oratória, pois os dois "pilares" da reforma são a organização dos serviços e o financiamento do setor (OMS/OPS, 1996, p.14). O que reflete uma secundarização do campo de rhs e uma disparidade quanto ao nível de importância que se confere a ele nos momentos de diagnóstico, quando é visto como "um componente essencial" e nos momentos de intervenção, quando é tratado como mero reflexo da organização dos serviços.

QUADRO 1 – Políticas mais utilizadas na reforma do setor saúde por sub-região das Américas - 1995.

Políticas	América Central	Caribe	Área Andina	Cone Sul	NAFTA	Total
Descentralização Gerencial	6	6	4	4	3	23
Seguro Nacional de Saúde	4	11	3	3	1	22
Recuperação de Custos	4	12	2	-	-	18
Planos Básicos de Atenção	4	5	2	3	3	17
Novas Formas de Contratação	1	5	3	4	2	15
Descentralização Financeira	3	2	4	3	2	14
Gasto Público Focalizado	4	3	2	1	1	11
Autonomia Hospitalar	2	3	2	3	-	10
Privatização Seletiva	3	4	1	2	-	10
Políticas de Medicamentos	-	4	1	-	1	6
PAÍSES/TERRITÓRIOS	7	17	5	5	3	37

Fonte: Informes dos países na Reunião Especial sobre a Reforma do Setor Saúde, Washington, D.C., setembro de 1995 (GONZALEZ, 1996). Traduzido para o português pelo autor.

TENDÊNCIAS E EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO ÀS REFORMAS, AOS MODELOS DE ATENÇÃO E À EDUCAÇÃO E PRÁTICA MÉDICA

A reforma do setor saúde nos países latino-americanos faz parte da reforma da seguridade social e a análise desta permite a identificação de dois modelos: o universal/publicista e o liberal/produtivista (Fleury, 1994). Segundo a autora, estes modelos foram corporificados, como experiências concretas, em dois casos e momentos específicos: o Brasil da Nova República (segunda metade dos anos 1980) e a segunda fase de reformas da ditadura Pinochet, no Chile (anos iniciais da década de 1980).

Mas em todos os países, incluindo Brasil e Chile, o que acontece nos anos 1990 são combinações de elementos de ambos os modelos e a própria transformação de seus conteúdos. Bom exemplo é o caso da universalização excludente (FAVERET FILHO & OLIVEIRA, 1990), processo

de afastamento da classe média e do setor médico hospitalar privado mais competitivo do sistema público de serviços. Embora possa ser visto como princípio de seletividade da clientela em um processo de discriminação positiva, este processo fragiliza o sistema público, que enfrenta contextos de recessão econômica e de redução do gasto social, devido à exclusão dos segmentos com maior poder de vocalização.

As transformações em curso no campo das políticas sociais apresentam dois movimentos concomitantes: a) desde o central para o local; b) desde o público para o privado, podendo-se afirmar que se está processando uma readequação do padrão de relacionamento entre Estado e sociedade.

No eixo que vai do central para o local encontra-se a estratégia de construção democrática de sistemas de proteção social universais e controlados socialmente, enquanto no eixo que vai do público para o privado encontra-se a estratégia de racionalização voltada para o aumento da produtividade e da eficiência com redução do gasto público. No cruzamento destes dois eixos encontram-se várias possibilidades de combinação.

A orientação da maioria das agências financeiras internacionais é baseada nos princípios da descentralização, privatização e focalização, acarretando o risco da segmentação das clientelas das políticas sociais. Ao Estado é reservado o papel de protetor das parcelas mais pobres, aquelas que deverão ser assistidas pelos sistemas públicos de saúde, enquanto os setores privados se encarregariam das parcelas de melhor nível de renda, cuja capacidade adicional de contribuição representa perspectiva de atender aos interesses de maior lucro.

É evidente que a alternativa a prevalecer vai depender da articulação das forças sociais em torno de suas demandas e sua presença nos cenários políticos nacionais. Embora, como alerta Fleury (1994), “a tendência atual da política social na América Latina, seja de fornecer os mecanismos e instrumentos capazes de regulamentar e legitimar a segmentação social existente, não mais através de um sistema que transforma benefícios em privilégios entre os incluídos e pune aos demais com a exclusão, mas sim através de um sistema universal de inclusão segmentada na *condição da cidadania*”.

As reformas tendem a enfatizar a necessidade de reforçar a capacidade do setor saúde para mobilizar e negociar a ação de outros setores que podem ter impacto sobre a situação de saúde da população. No entanto, esta diretriz de intersectorialidade, na prática, é geralmente

confundida com a justaposição de dois ou mais setores, sem integração conceitual e metodológica entres eles (multissetorialidade), e não vem se refletindo, por enquanto, em propostas e/ou estratégias que levem à ruptura das barreiras comunicacionais que impedem o diálogo entre os diferentes setores.

E isso não ocorre nem mesmo com relação ao setor educacional, que é o mais próximo do setor saúde. Consultando-se os informes apresentados à Reunião Especial sobre a Reforma do Setor Saúde realizada em 1995, somente nos casos de Cuba e do Canadá encontram-se formulações consistentes e aprofundadas quanto à intersectorialidade, nos marcos da proposta do movimento de cidades saudáveis.

Alguns processos de reforma explicitam tendência a mudar os modelos assistenciais vigentes, enfatizando a atenção ambulatorial de base promocional e preventiva. O raciocínio básico é de que o desenvolvimento tecnológico em saúde torna possível a transferência da atenção do âmbito dos hospitais para o dos Postos e Centros de Saúde e destes para os espaços comunitários e familiares, visando reduzir custos, humanizar a atenção e aumentar a comodidade da população. Embora o enfoque adotado seja predominantemente de “ambulatorização” de certos cuidados médicos, sem questionar o modelo médico hegemônico, o tema da mudança de modelo está sendo introduzido nas reformas. Contudo, este é mais um dos aspectos controversos das reformas e onde os avanços têm sido menos importantes até o momento.

Um recente documento da OPS (1996b) afirma que “Es peligroso dedicarse a perseguir la eficiencia de un sistema (de salud) que no funciona cuando se trata de enfrentar las grandes desigualdades. Introducir la eficiencia “per se” es consolidar la injusticia, cuando lo que se requiere es cambiar el sistema.” Visando sistematizar o processo de ampliação da consciência política e científica existente na América Latina sobre as áreas críticas e lacunas da saúde pública, com o propósito de favorecer a formulação de diretrizes que permitam adotar as decisões necessárias a médio e longo prazo, uma importante reunião foi realizada em New Orleans, em 1991, promovida pela Associação de Escolas de Saúde Pública dos Estados Unidos (AESP), pela Associação Latino-Americana e do Caribe de Educação em Saúde Pública (ALAESP) e pela OPS. Os documentos apresentados e as discussões havidas estão registradas em uma Publicação Científica (OPS, 1992a).

A afirmação acima referida faz parte de um dos documentos produzidos no contexto desse processo de discussão que vem se

desenvolvendo desde 1991. As análises e reflexões vêm gerando a configuração de uma “nova saúde pública”, que, além de consolidar a rica produção intelectual da área (saúde pública, saúde coletiva, medicina social) existente nos países latino-americanos, vem assimilando as influências do “movimento pela promoção da saúde”. Este tem por base o documento de Lalonde (1974) e seu marco inicial foi a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986, onde foi aprovada a “Carta de Ottawa”.

A constatação da importância dos determinantes mais gerais da saúde tem servido como motivação para que a OMS e a OPS valorizem o tema. Na América Latina, em 1992, representantes de 21 países participaram da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Bogotá. A “Declaração de Santa Fé de Bogotá” destacou a relação entre saúde e desenvolvimento, a necessidade de ações comunitárias, dos serviços de saúde, de outros setores sociais e de setores produtivos, postulando a criação de uma “cultura para a saúde”.

Em 1995 realizou-se, no Brasil, o 1º Congresso Latino-Americano de Secretários Municipais de Saúde das Américas, com cerca de 1.000 participantes de trinta países, aprovando-se a “Carta de Fortaleza”, na qual os participantes firmaram o compromisso de desenvolver políticas locais que privilegiem as ações intersetoriais de promoção da saúde. Vale registrar ainda que é neste contexto que a OMS decidiu criar uma rede de Centros Colaboradores em Saúde & Desenvolvimento que vem contribuindo para a produção teórico-conceitual do movimento da promoção da saúde (Rodríguez-García & Goldman, 1994).

Mendes (1996) trata da construção de um novo sistema de saúde, a partir de transformações na concepção do processo saúde-doença (ausência de doença → qualidade de vida), no paradigma sanitário (flexneriano → produção social da saúde), na prática sanitária (atenção médica → vigilância da saúde), e na ordem governativa da cidade (gerência médica → gerência social). Ao analisar o esgotamento do paradigma da atenção médica, o autor mencionado defende a “inversão da atenção em saúde” e explicita os projetos estruturantes dessa nova forma de pensar e fazer saúde: o do campo da saúde (a cidade saudável) e o do campo dos serviços de saúde (o distrito sanitário), com suas duas estratégias básicas: a saúde da família e o consórcio de saúde.

No que se refere à estratégia da saúde da família, que o autor faz questão de diferenciar da proposta de medicina familiar dos anos 70/80 que, segundo ele, atinha-se à lógica medicalizadora do paradigma

flexneriano, é apontado um importante dilema: a prevalência da cultura da atenção médica e, como consequência, a ausência de recursos humanos, especialmente de nível superior, para viabilização da proposta. Aliás, este foi justamente o principal argumento utilizado por líderes do movimento municipalista brasileiro de saúde que, em recente evento nacional, teceram críticas à proposta de inserir o Programa de Saúde da Família (PSF) como eixo da ação dos municípios (GIL, 1997a).

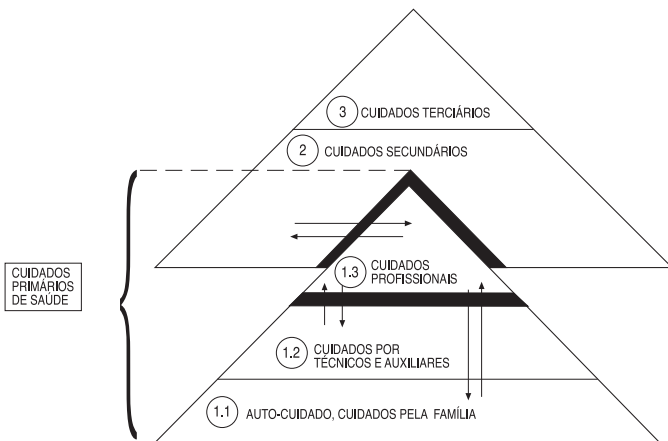
Como solução para o dilema, Mendes (1996) manifesta que “(...) o que se deve fazer é, concomitantemente, criar o mercado, mediante decisão política de pagar salários dignos aos profissionais de saúde da família e procurar as universidades de forma a mudar a qualidade dos recursos humanos que estão sendo formados. Ou seja, instituir um mercado atrativo e reorientar, qualitativamente, o fluxo de recursos humanos, capacitando-os para a saúde da família. Sem descuidar de convocar as universidades para a requalificação do estoque de recursos humanos já acumulado”.

Chaves (1982) identificou, provavelmente de forma pioneira no início da década de 80, o trabalho de Lalonde (1974), tendo incorporado os conteúdos da promoção da saúde como eixo central de um dos capítulos do seu livro. Neste, ele introduz a discussão sobre a necessidade de novos paradigmas no campo da saúde, apresenta uma proposta de mudança nos modelos de ensino dos profissionais, de mudança na prestação de serviços de saúde e procura traçar as linhas iniciais de um movimento de unificação entre a proposta de Atenção Primária de Saúde (APS) e a proposta da formação do médico de família.

Observe-se que na época da publicação da obra havia uma interessante polêmica a respeito da proposta de médico de família como produto das escolas médicas (PAIM, 1985). Chaves preocupa-se em elaborar uma proposta de construção de um novo modelo de prestação de serviços de saúde através da combinação da APS e do movimento do médico geral ou de família (Figura 3).

Na Figura, os níveis de assistência são representados não sob a forma de uma pirâmide de vários níveis, mas de duas pirâmides imbricadas procurando, segundo o autor, reconciliar algumas dificuldades semânticas sobre cuidados primários. O terceiro nível (1.3) é o vértice da pirâmide de cuidados primários do sistema e é constituído, por definição, por pessoal de nível universitário. De acordo com a região do mundo, do país, da zona, a composição da equipe que atua neste vértice variará, sendo, contudo, fundamentais a presença do médico e da enfermeira. A segunda pirâmide, na qual penetra a pirâmide dos cuidados primários, é a dos cuidados secundários e terciários.

FIGURA 3 – Visão esquemática do sistema de serviços pessoais de saúde sob a forma de duas pirâmides imbricadas.



Fonte: Chaves, 1982.

Finalizando o livro, o autor apresenta sua proposta de estratégia de mudança para a saúde, que constitui-se no desenvolvimento conjunto de novos “modelos de ensino” e de novos “modelos de serviço”, através da articulação docente-assistencial em “uma relação dialética, havendo momentos em que o agente de mudança é o serviço, que retroalimenta mudanças curriculares e outros momentos em que se adianta o ensino, faculdade ou universidade, induzindo à mudanças nos serviços por seus achados, demonstrações e trabalho na área” (Chaves, 1982).

É interessante destacar que a questão da mudança do modelo de atenção, pouco desenvolvida pelos processos de reforma, não é recente. Mas, pelo que se pode perceber, o assunto é melhor desenvolvido, do ponto de vista teórico-conceitual, somente em alguns poucos países, com destaque para o Brasil. Aqui, desde 1987, por ocasião do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o assunto já está introduzido no campo das políticas de saúde, sob a denominação de Distritos Sanitários.

Recentemente o governo brasileiro fez o lançamento de um plano de metas setoriais denominado “1997 - O Ano da Saúde no Brasil” onde estabelece, ao lado de medidas voltadas à descentralização/municipalização de recursos e gestão, a ampliação de dois programas, o PASF-Atenção à Saúde Familiar e o PACS-Agentes Comunitários de

Saúde, considerados estratégicos para a estruturação de um novo modelo assistencial. Independentemente da análise que se possa fazer sobre o cumprimento efetivo do citado plano de metas, interessa aqui destacar a inclusão do tema “novo modelo assistencial” no plano da política nacional de saúde.

Quanto à educação médica, vista isoladamente ou no contexto da formação de recursos humanos, não há referências relevantes por parte dos atores centrais (leia-se Ministérios da Saúde) dos processos de reforma. As manifestações oficiais resumem-se à constatação da inadequação dos atuais perfis profissionais e das dificuldades de mudança no aparelho formador. Parece não haver o reconhecimento de que “a educação médica cumpre um papel fundamental na reprodução da organização dos serviços de saúde e se cristaliza na reatualização e preservação das práticas específicas, tanto nas dimensões do conhecimento quanto nas técnicas e conteúdo ideológico” (OPS, 1976). E, se há reconhecimento, este não tem sido suficiente para que os atores centrais dos processos de reforma formulem propostas de mudança na formação de recursos humanos em saúde.

As iniciativas existentes são parciais, localizadas e situam-se nos marcos da Integração Docente-Assistencial, sobre a qual existem estudos mostrando seus limites e indicando um esgotamento dessa estratégia, conforme será analisado no próximo capítulo.

Apesar de reiteradas manifestações sobre a importância da educação e da prática médica, não existem indícios de análises e propostas de intervenção consistentes a este respeito nas agendas da reforma dos países latino-americanos. Isto, apesar de existirem estudos (CAMPOS, 1988; BELMARTINO et al., 1988) demonstrando a influência decisiva e até mesmo determinante (CAMPOS, 1992) da ação – aparentemente individual e atomizada – da categoria médica junto às esferas de decisão das políticas de saúde e nos próprios processos de trabalho de um mercado heterogêneo onde os médicos criam e recriam suas condições de autonomia. Além disso, os médicos detêm canais poderosos de construção e difusão das suas políticas corporativas, que são permanentemente implantadas nos espaços macro e microinstitucionais.

Diferentemente dos processos europeus de reforma, em que o profissionalismo e a autonomia dos médicos estão contemplados entre os

principais temas das suas agendas (ao lado da descentralização, da gestão e da privatização), na América Latina há uma abundância de prescrições a respeito *do que* as políticas de reforma devem introduzir no campo de formação de rns, mas pouca atenção é dada a *como* os países podem levá-las adiante.

Isso é preocupante, pois conforme apontam Walt & Gilson (1994), muitas políticas de saúde concentram sua atenção no conteúdo da reforma e negligenciam sobre os sujeitos sociais, os processos e os contextos nos quais as reformas são desenvolvidas. Ou seja, a articulação entre os fatores expansivos da medicalização, da incorporação tecnológica, do aumento da força de trabalho e do profissionalismo médico é elemento importante nos processos de reforma, ainda mais sabendo-se que o setor saúde é utilizador intensivo de mão de obra profissional.

Resta verificar como estas questões da problemática do desenvolvimento de recursos humanos em saúde e particularmente da educação médica vêm sendo desenvolvidas no campo do aparelho formador. É do que trata o próximo capítulo.

A EDUCAÇÃO MÉDICA E AS PROPOSTAS DE MUDANÇA

A história da educação médica na América Latina poderia mostrar o papel exercido pelas ações empreendidas ao longo do tempo, sobre o processo de produção de médicos e qual o seu impacto sobre as escolas. Contudo o levantamento bibliográfico realizado mostrou que esta história não está escrita. Em que pese existir documentação de muitos dos eventos e processos ocorridos, esse material bibliográfico não está sistematicamente organizado e não vem sendo objeto de análises, permanecendo a lacuna histórica já apontada por Andrade (1979).

A compreensão das propostas de mudança na educação médica latino-americana, existentes nos anos 1990, só pode ser obtida tomando como referência os marcos históricos das décadas precedentes. Os registros encontrados e as informações obtidas permitiram a recuperação dos acontecimentos mais importantes, a identificação das principais iniciativas, dos sujeitos e dos atores mais relevantes envolvidos no desenvolvimento da educação médica na América Latina na segunda metade do século XX.

Com o término da Segunda Guerra Mundial produziu-se uma mudança no tipo de influência sobre a educação médica latino-americana. Antes da metade do século XX, as escolas de medicina da maioria dos países recebiam influência principalmente da Espanha, Portugal, França, Alemanha e Reino Unido. A partir de 1945, novas relações econômicas e culturais foram estabelecidas no mundo todo e a influência europeia decresceu, passando a haver um predomínio norte-americano também na educação médica.

As relações externas e também as relações sociais internas sofreram transformações importantes nos países da América Latina, fruto da adoção de políticas de substituição das importações no desenvolvimento capitalista hemisférico. Iniciaram-se os processos de industrialização, acelerou-se a migração rural-urbana, houve a expansão dos sistemas educacionais. No que diz respeito à saúde, consolidaram-se os sistemas de assistência médica e de previdência social, promulgaram-se leis que passaram a regular o exercício da medicina, expandiu-se a rede hospitalar e os médicos começaram a organizar-se em associações.

Portanto, é num contexto de profundas transformações econômicas, sociais, culturais e políticas, de âmbito interno e externo, que novas bases para o desenvolvimento da educação médica latino-americana são lançadas a partir da metade do século.

OS PRINCIPAIS PASSOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM MARCO CONCEITUAL DA EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA

Até meados dos anos 1950, a transmissão dos modelos de educação médica estrangeiros – no início europeus e posteriormente norte-americanos – realizava-se através da ida e vinda de missões especiais, constituídas por professores e dirigentes universitários. A partir de 1955 a influência passou a ser exercida através da participação de representantes dos organismos internacionais, destacadamente da OPS e de fundações norte-americanas, em reuniões nacionais e regionais.

No decorrer dos anos esta forma de influência se institucionalizou com a criação de associações nacionais e internacionais. Segundo Ferreira (1997), nesse processo deve ser registrado “(...) o movimento, que teve uma influência ‘silenciosa’ importante, de afluxo de médicos residentes que foram se especializar nos Estados Unidos e estabeleceram os ‘links’ para a americanização e apropriação indiscriminada de tecnologias (...) a longo prazo este é um fator da maior transcendência para o desenvolvimento da medicina moderna na região e pode ser entendido como a verdadeira extensão de Flexner à América Latina”.

Os primeiros eventos nacionais sobre educação médica de que se tem registro foram realizados em Lima (Peru) e Cali (Colômbia), respectivamente em 1951 e 1955. Em 1953, em Londres, realizou-se a

1ª Conferência Mundial de Educação Médica¹, promovida pela Federação Mundial de Educação Médica (WFME). Na bibliografia analisada, não há considerações sobre a eventual ligação do evento ocorrido em Londres com os acontecimentos na América Latina.

Nos Estados Unidos, dois acontecimentos importantes ocorreram em 1952. Um deles, no âmbito da Associação Americana de Escolas de Medicina, diz respeito à aprovação dos objetivos da educação médica no ensino de graduação (ASSOCIATION, 1994), elaborados com base em um documento sobre requisitos mínimos para o credenciamento das escolas de medicina, aprovado em 1951, pela Associação Médica Americana. O outro evento foi uma Conferência sobre o Ensino da Medicina Preventiva, realizada em Colorado Springs, da qual participaram as escolas de medicina dos Estados Unidos e do Canadá (PREVENTIVE, 1953).

Nesta Conferência, foram feitas críticas à separação entre a medicina curativa e a preventiva, para a qual, segundo os participantes, havia contribuído a reforma da educação médica americana, realizada na primeira metade do século com base no Relatório Flexner. Além disso, foram lançadas as bases do ensino de uma “medicina integral”, visando a consolidar os departamentos de medicina preventiva que já existiam e estimular sua criação nas demais escolas médicas.

Quanto aos eventos nacionais pioneiros anteriormente citados, com relação ao de Cali há registro da discussão e adoção das recomendações aprovadas nos acontecimentos norte-americanos referidos: os objetivos da educação médica em nível de graduação, a organização das escolas em departamentos, a criação de departamentos de medicina preventiva, a coordenação horizontal e vertical do ensino nas diversas disciplinas, o aumento do número de professores com tempo integral e dedicação exclusiva, o estabelecimento de internato hospitalar de um ano de duração e a adoção de sistemas de seleção de candidatos a vagas nas escolas (ANDRADE, 1979).

Convém recordar que no período compreendido entre 1910 e 1930, as escolas médicas norte-americanas sofreram importante transformação

¹ Até meados dos anos 70 realizaram-se mais três Conferências sobre as quais não se encontrou registros. Apesar de indagada pelo autor, a WFME não esclareceu por que não foram levados em conta estes eventos precedentes ao ser realizada outra “Primeira” Conferência de Educação Médica, em Edimburgo (Escócia), em 1988.

na sua organização e no seu processo de ensino. As modificações tiveram por base o Relatório Flexner (FLEXNER, 1910), cujo conteúdo e impacto na prática e na educação médica, nos Estados Unidos e na América Latina, graças inclusive ao apoio financeiro recebido pelos movimentos de reforma², foram objeto de análises por vários autores (MENDES, 1984; SCHRAIBER, 1989).

As principais conclusões/recomendações do relatório consistem: na criação de departamentos, na compartimentalização do ensino das ciências básicas (criação do ciclo básico), no desenvolvimento da pesquisa no âmbito destas ciências; na criação de hospitais-escolas, para serem utilizados como principais campos de treinamento clínico. Nos Estados Unidos as recomendações do Relatório foram adotadas praticamente por todas as escolas durante a Reforma das décadas de 1910 e 1920.

O Seminário precursor de Cali, realizado em 1955, contou com o copatrocínio da OPS, cujos esforços na época, no campo da educação médica, estavam orientados principalmente ao desenvolvimento das disciplinas básicas e ao estímulo à introdução do ensino dos aspectos preventivos, sociais e à criação de departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas latino-americanas. Com este propósito, dois importantes Seminários Internacionais foram promovidos pela OPS: um em Viña del Mar (Chile) em 1955, e outro em Tehuacán (México) em 1956, que resultaram na disseminação das propostas da OPS em praticamente todos os países.

Nos anos seguintes, a OPS instalou, com um importante apoio da então Escola Paulista de Medicina³ (CHAVES, 1997), a Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e, através do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde⁴, promoveu iniciativas

² As fundações privadas americanas aplicaram, durante o período 1910 a 1930, aproximadamente 300 milhões de dólares na implementação das recomendações do Relatório Flexner (FREIDSON, 1970 *apud* MENDES, 1984).

³ Instituição diretamente vinculada ao MEC. A partir de 1995, juntamente com outros cursos superiores mantidos pelo Governo Federal, foi transformada na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

⁴ O Programa originou-se nos anos 1950 com a criação de uma Unidade de Educação e Treinamento, transformada consecutivamente em Departamento de Educação Médica, Departamento de Desenvolvimento de rhs (1965), Divisão de rhs (1975), Divisão de rhs e Pesquisa (1977). Em uma publicação da OPS, encontra-se registrado um interessante relato das ações desenvolvidas neste campo (CRITICAL, 1992).

relevantes no campo editorial iniciando, nos anos 1960, a publicação dos Livros de Texto (Programa PALTEX) e da Revista Educación Médica y Salud, instrumentos importantes de difusão, em espanhol, de obras recomendadas aos alunos por comitês de professores das diversas disciplinas do curso médico e de ideias e análises sobre educação médica e saúde. Foi também nos anos 1960 e 70 que, refletindo o início de uma preocupação com as questões pedagógicas, a OPS desenvolveu e manteve, durante 10 anos, um programa de Laboratórios de Relações Humanas, que envolveu em torno de dois mil professores de escolas latino-americanas.

Merece registro também a aprovação, em 1962, do Primeiro Plano Decenal de Saúde das Américas no contexto do Programa Norte-americano “Aliança para o Progresso”, que levantou a problemática da carência de médicos na América Latina, introduziu a questão do planejamento de recursos humanos e contribuiu para o início da expansão do número de escolas médicas em vários países.

Outra importante iniciativa da OPS foi estimular e apoiar a realização de estudos nacionais sobre rhs e a educação médica em países da região – Peru, Chile, Argentina e Colômbia – que representaram o começo do enfoque de planejamento de recursos humanos na formação de pessoal de saúde (ANDRADE, 1973; CHAVES, 1978).

Nesta área da pesquisa em educação médica, o destaque deve ser conferido ao estudo realizado por García (1972) em 1967/68, inicialmente desenhado para ser uma avaliação dos primeiros dez anos de ação dos departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas da região, mas que terminou por resultar na pesquisa sobre educação médica na América Latina mais abrangente (realizado em 107 das 135 escolas latino-americanas existentes na época) e aprofundada, realizada até hoje. O estudo tratou a educação médica na sua totalidade e adotou um enfoque teórico-metodológico que possibilitou estabelecer as relações entre a educação médica e a estrutura social, no contexto da transformação histórica do processo de produção econômica.

Nesse trabalho, García situa pontos cruciais da educação médica. Referem-se eles de um lado, ao caráter essencialmente “escolar” da produção de médicos e, de outro, às relações entre a produção de serviços e os objetivos a que se propõem as escolas médicas. No primeiro, aponta-se a dissociação entre ensino e trabalho e, no segundo, se ressalta a dualidade da escola médica, que enfrenta a problemática de ser inovadora,

em consequência da sua “proximidade” com o desenvolvimento social e político-cultural, ao mesmo tempo que é pressionada para se manter conservadora frente aos interesses e exigências do mercado de trabalho médico, do qual parcela significativa dos seus professores faz parte.

Esse estudo e os demais trabalhos de García (NUNES (org), 1989) representam o início da construção do marco conceitual da educação médica na América Latina, processo contínuo que permanece e se transforma até os dias de hoje.

FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO MOVIMENTO DE EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA

Em 1957, sob os auspícios da União das Universidades da América Latina (UDUAL)⁵, realizou-se no México a 1ª Conferência das Faculdades Latino-Americanas de Medicina. Nesta, aprovou-se a recomendação de estímulo à criação de Associações Nacionais de Escolas Médicas e o estabelecimento de intercâmbios entre elas.

Na 2ª Conferência, realizada em 1960 em Montevideu (Uruguai), sob os auspícios da UDUAL e contrariamente à sua orientação político-organizacional centralizadora, aprovou-se uma recomendação favorável ao estabelecimento de uma Federação de Associações de Escolas de Medicina.

Antes da 3ª Conferência, um grupo de diretores de Escolas foi convidado a participar da 72ª Reunião Anual da Associação Americana de Escolas Médicas, realizada em 1961, em Montreal. Nessa ocasião, foi designado um comitê organizador do projeto de uma Federação Pan-Americana. Após algumas reuniões, em Cali e em Santiago, este comitê

⁵ Em 1930, por ocasião de um Primeiro Congresso de Universidades, promovido pela Universidade de Havana (Cuba), propôs-se, pela primeira vez, a formação de uma Associação Internacional de Universidades. Em 1949, durante o 1º Congresso de Universidades Latino-Americanas, realizado na Universidade de São Carlos (Guatemala), foi criada a UDUAL que, desde 1962, tem sede permanente no campus universitário da UNAM (México). Entre seus objetivos e finalidades, incluiu-se com destaque “Afianzar los principios de independencia política y liberación económica de las naciones latino-americanas (...) la integración cultural de América Latina a través de sus Universidades es una aspiración constante de la UDUAL” (POZO, 1977).

elaborou um anteprojeto de estatutos de uma Federação Pan-Americana de Associações de Escolas e propôs a inclusão de sua discussão no temário da 3ª Conferência.

Durante a 3ª Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina, realizada em Viña del Mar, em 1962, os estatutos foram aprovados e foi eleita uma diretoria provisória da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina (FEPAFEM). A Reunião Especial dos Decanos e Presidentes de delegações que fundou a FEPAFEM contou com 103 participantes que representavam 75% das escolas latino-americanas e a totalidade das norte-americanas além de 25 observadores e convidados especiais de organizações internacionais (OPS, Fundação Rockefeller, Fundação Kellogg, Milbank Memorial Fund, Instituto Nacional de Saúde dos EUA).

Nos primeiros anos da década de 1960 e após o exemplo pioneiro da Colômbia, que criou sua Associação Colombiana de Faculdades de Medicina (ASCOFAME) em 1959, foram criadas as Associações do México (AMFEM) e da Argentina (AFACIMERA), seguidas pelas do Brasil (ABEM) e Chile (ASOFAMECH).

Todas essas entidades foram criadas sob a influência do 1º diretor executivo da FEPAFEM – o Prof. Ernani Braga, ex-funcionário da Fundação Rockefeller – e contaram com recursos, canalizados via Federação, provenientes do Milbank, Rockefeller, Kellogg e outras organizações, para custear as despesas de manutenção e salário dos diretores executivos nos seus anos iniciais. Em 1967, além da Associação norte-americana (88 escolas), criada em 1876, e da Associação Canadense (12 escolas), existiam 9 Associações Nacionais ou Sub-Regionais Latino-Americanas que agrupavam 99 escolas de um total de 107 (BRAGA, 1967).

A instalação e eleição da primeira diretoria regular da FEPAFEM ocorreu em 1964, em Poços de Caldas, durante a 4ª Conferência Latino-Americana de Educação Médica, em evento conjunto ao 2.º Congresso Brasileiro de Educação Médica. Registre-se que, no período 1962-1966, a sede e a secretaria da FEPAFEM situavam-se no Rio de Janeiro, inicialmente em dependências da Representação da OPS e, logo em seguida, junto à Escola Nacional de Saúde Pública, compartilhando com a ABEM a mesma infraestrutura física e pessoal.

Para o desenvolvimento de suas atividades até 1966, a FEPAFEM obteve o apoio de várias agências internacionais, principalmente da

USAID, do Projeto HOPE, da Fundação Rockefeller, da Fundação Kellogg, da Fundação Milbank, da OPS, do BID, da Common Wealth Foundation.

A partir de 1966, a FEPAFEM iniciou a convocação de conferências bianuais de educação médica de caráter pan-americano (Quadro 2) e a

QUADRO 2 – Conferências pan-americanas de educação médica promovidas pela FEPAFEM, segundo datas, locais e temas centrais

Nº de Ordem	Ano de Realização	Local	Tema Central
I	1966	Bogotá	Educação Médica, Fator de Desenvolvimento Social e Econômico
II	1967	México	Integração da Educação nas Profissões de Saúde
III	1970	Buenos Aires	Definição de Objetivos e Programação do Currículo.
IV	1972	Toronto	Papel da Pesquisa na Tomada de Decisões em Educação Médica
V	1974	Caraballeda (Venezuela)	Educação Médica de Hoje e Atenção Médica de Amanhã
VI	1976	Rio de Janeiro	Tendências Atuais na Educação Médica
VII	1978	New Orleans (EUA)	O Médico Geral Familiar
VIII	1980	Panamá	Estratégias para a Formação e Utilização do Médico Geral Familiar
IX	1982	Buenos Aires	Educação Médica Continuada; Formação do Médico Geral ou de Família; Formação de RHS para a Medicina do ano 2000
X	1984	Bogotá	Inovações e Qualidade da Educação Médica
XI	1986	México	Avaliação da Educação Médica
XII	1989	Montreal	Fatores Críticos na Educação Médica
XIII	1991	São José (Costa Rica)	Educação Médica, Serviços de Saúde e Seguridade Social
XIV	1993	Quito	Desenvolvimento da Informação da Pesquisa, da Biotecnologia e seu Impacto na Educação Médica
Extraordinária	1994	Punta del Este	Educação, Prática Médica e Necessidades Sociais: para uma nova visão de qualidade.
XV	1997	Buenos Aires	Rumo à Educação Médica no Terceiro Milênio

UDUAL continuou patrocinando conferências, também bianuais, de caráter latino-americano.

Mesmo depois da criação da FEPAFEM em 1962/64, a UDUAL, ao convocar as subseqüentes Conferências Latino-Americanas de Escolas de Medicina, não facilitou a agregação dos que participavam dos eventos em uma entidade independente. Segundo Rodriguez (1997a), “Las Facultades y Escuelas de Medicina Latinoamericanas por largo tiempo trataran de constituirse en Asociación, cosa a lo cual se oponía, sobre todo el secretario general de UDUAL el Dr. Efrén del Pozo, considerando que eso debilitaría el carácter unitário de UDUAL”. Mas a instalação de regimes autoritários em vários países, nos anos 1960 e 70, que vitimaram ou desarticularam muitas lideranças acadêmicas progressistas da área médica, também contribuiu para que a entidade não fosse criada.

Somente depois de muito tempo e de várias Conferências realizadas (Quadro 3) é que os participantes da 12.^a Conferência, realizada em Honduras, aprovaram a criação de uma entidade. Estimulados pela criação da Organização das Faculdades e Escolas de Odontologia (OFEDO) da UDUAL, ocorrida em 1980, pelo crescimento dos movimentos de redemocratização em vários países e pela vitória da revolução sandinista (1979), aprovou-se a criação de uma entidade. Na 13.^a Conferência, realizada na Nicarágua, em 1984, durante a vigência do governo sandinista, foi eleita a primeira diretoria da Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (ALAFEM).

Registre-se, para compor o quadro de atores institucionais do movimento de saúde na América Latina, a criação da Associação Latino-Americana de Escolas de Saúde Pública (ALAESP), da Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES) e da Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Enfermagem (ALADEFE), criadas, respectivamente, em 1974, em 1984 e em 1986.

Uma análise dos locais, datas e temas tratados nos eventos, bem como das ações desenvolvidas pelas entidades e do posicionamento político dos seus dirigentes, permitiria uma melhor compreensão das linhas políticas de ação e dos mecanismos de intervenção de diversos atores do movimento latino-americano de educação médica.

QUADRO 3 – Conferências latino-americanas de escolas e faculdades de medicina promovidas pela UDUAL/ALAFEM, segundo datas, locais e temas centrais

Nº de Ordem	Ano de Realização	Local	Tema Central
1ª	1957	México	Capacitação Docente; Seleção de Alunos; Currículo (as Ciências Básicas, o Ensino Clínico, a Medicina Preventiva e Sociologia Médica); Intercâmbio de Professores e Alunos.
2ª	1960	Montevideo	Ensino nas Ciências Básicas; Centros de Treinamento e de Pós-graduação para Docentes e Pesquisadores
3ª	1962	Viña del Mar	Seleção de Alunos; Integração Ciclos Básico e Clínico; Capacitação Docente.
4ª	1964	Poços de Caldas	Requisitos Mínimos para Funcionamento de Novas Escolas e Normas para Capacitação Docente.
5ª	1967	Lima	Formação de Médicos como Promotores do Desenvolvimento; Migração de Médicos Latino-Americanos; Ensino da Sociologia Médica.
6ª	1969	Guatemala	Financiamento de Escolas; Avaliação do Êxito Médico
7ª	1971	Maracaibo	Integração do Ensino com os Serviços (Venezuela) de Saúde Pública; Novas Disciplinas; Pesquisa Científica na Função Docente.
8ª	1973	Quito	Relações entre Realidade Socioeconômica e Situação de Saúde; Relações entre Demanda e Oferta de Médicos; Características Gerais de Educação Médica na América Latina.
9ª	1976	Havana	Formação Integral dos Professores de Saúde; Trabalho Científico-Investigativo; Relação entre Estudo e Trabalho; Participação da Comunidade.
10ª	1977	Santo Domingo (Rep.Dominicana)	A Prática Médica e a Formação do Pessoal de Saúde.
11ª	1979	Puebla (México)	A Relação entre Faculdades e Escolas de Medicina e o Estado.
12ª	1982	Tegucigalpa (Honduras)	A Formação do Médico na Realidade Social de cada País; Saúde Ocupacional; A Indústria Farmacêutica e suas Relações.
13ª	1984	Manágua	A Formação de Médicos e as Políticas Nacionais de Saúde; As Políticas de Pesquisa; Cooperação Interuniversitária.
14ª	1987	Quito	A Universidade da América Latina e a estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000.
15ª	1991	Havana	Universidade Latino-Americana e a Saúde da População.
16ª	1994	Punta del Este	Educação, Prática Médica e Necessidades Sociais: para uma Nova Visão de Qualidade

No entanto, não é este o nosso objetivo. Para este estudo, basta identificar a formação e desenvolvimento de um movimento de educação médica na América Latina composto por, pelo menos, duas grandes correntes e que, desde seu início, caracteriza-se por ser polêmico e conflituoso. Os processos de criação e de desenvolvimento das ações da FEPAFEM foram, até recentemente, alvo de polêmicas e de suspeição sobre sua condição de entidade manipuladora e manipulada por certos setores da sociedade e do governo norte-americano, em aliança com alguns líderes latino-americanos da educação médica, em defesa de interesses e políticas neocolonialistas. Em contrapartida, sempre houve referências veladas à ALAFEM como sendo instrumento da política externa cubana.

As mesmas posições políticas existentes nas esferas dirigentes da FEPAFEM e da ALAFEM também ocorriam ao nível das escolas, evidentemente com variados graus de conflito. No período 1983/87, de criação e estruturação da ALAFEM, são mais altissonantes as expressões das divergências, que se manifestam nos temários das suas Conferências e em declarações do tipo: “(...) las universidades de América Latina debían unirse, coordinar y actuar en forma conjunta (...) para hacer frente a la penetración y dominación cultural del imperialismo de Estados Unidos de Norteamérica (...) con la excepción de la experiencia solidaria de Cuba (...) la cooperación que hasta ahora ha existido, ha obedecido a los intereses de los estados capitalistas dependientes y de la metrópoli imperialista, y no a las verdaderas necesidades de las universidades y de la población latino-americanas” (UDUAL, 1984).

Durante todo esse período de 40 anos, desde a sua formação e desenvolvimento, o movimento de educação médica na América Latina contou com o apoio da OPS. Ora apoiando a FEPAFEM, a ALAFEM, e as Associações Nacionais, ora apoiando escolas, grupos de educadores, pessoas e organismos com posições político-ideológicas e educacionais distintas, com frequência a OPS trabalhou com as várias correntes simultaneamente.

Fica evidente, fruto da política do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos e das posições políticas do seu corpo diretivo e técnico, que a ênfase da participação nas atividades levadas adiante pelo movimento variou, segundo as políticas e propostas das entidades. Como se verá mais adiante, ao se analisar alguns dos acontecimentos da década de 1980, as iniciativas conjuntas tiveram, invariavelmente, conotações político-ideológicas, em que pese existirem também decisões decorrentes de divergências teórico-metodológicas e de desencontros pessoais entre líderes do movimento. Ou seja, nada mais do que a manifestação no

âmbito internacional de divergências e conflitos que existiam nos âmbitos nacionais e ao nível de cada escola médica.

Todos esses cenários são arenas de lutas políticas decorrentes de contradições nas práticas médicas e na educação médica, baseadas em distintas concepções de sociedade, de políticas sociais, de políticas de saúde e de educação médica.

A EDUCAÇÃO MÉDICA LATINO-AMERICANA NOS ANOS 1970/80 E O MOVIMENTO MUNDIAL DE EDUCAÇÃO MÉDICA NO FINAL DOS ANOS 1980

Logo no início do período há um acontecimento no campo setorial que merece ser destacado. Trata-se do 2.º Plano Decenal de Saúde das Américas, aprovado em 1972 pelos Ministros da Saúde, o qual ratificou a saúde como direito de todos, identificou os rns como elementos fundamentais para a atenção médica integral e reiterou o apoio ao ensino das Ciências da Saúde que vinha sendo promovido pela OPS. O 2.º Plano Decenal dedicou muitas das suas recomendações à prática e à educação médica, ressaltando que esta deve tratar a saúde como função biológica e social, serem multidisciplinares e estabelecerem relações dos organismos de saúde pública e privados com as universidades, por meio da regionalização docente-assistencial, da medicina de comunidade e da participação precoce do estudante nos serviços (OPS/OMS, 1973).

No campo específico da educação médica, em consequência do crescimento econômico, do desenvolvimento das áreas sociais e da maior demanda do mercado de trabalho em muitos países da região, ocorreu o aumento acelerado do número de escolas médicas, principalmente no final dos anos 1960 e início dos 1970, cuja intensidade decresceu no decorrer da década de 1980. Nos anos 1970, esse processo foi objeto de iniciativas visando ao seu controle.

Duas reuniões internacionais foram convocadas com este propósito. A primeira, em 1976, sobre Princípios Básicos para o Desenvolvimento da Educação Médica na América Latina e no Caribe, realizada em Caracas, foi promovida pela OPS e FEPAFEM. Nesta reunião assinalou-se que a prática médica e o sistema de atenção à saúde prevalentes eram determinantes em relação à educação médica.

A segunda reunião, em 1977, sobre Requisitos Mínimos para a Criação de Escolas de Medicina, realizada em Salvador (Brasil), foi promovida pela OPS, FEPAFEM e Fundação Rockefeller. Nesta oportunidade, os participantes fizeram críticas à criação indiscriminada de escolas, cujos

currículos obsoletos ignoravam a articulação entre ensino e sistemas de atenção à saúde.

Foram considerados obsoletos muitos dos critérios estabelecidos até então como requisitos mínimos para o funcionamento das escolas, e em substituição àqueles se preconizou um modelo prospectivo, destacando-se os seguintes aspectos: o ponto de partida para o processo formativo reside no processo de atenção à saúde; deve haver a superação das dicotomias teoria/prática, básico/clínico e preventivo/curativo; precisam existir a integração multidisciplinar, a integração docente assistencial e a inserção do processo de ensino em toda a rede de serviços.

A estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA), conforme assinalam vários autores (RODRIGUEZ, 1983; VIDAL & QUIÑONES, 1986; CHAVES, 1993; MARSIGLIA, 1995), apareceu durante os anos 1970 como proposta substituta aos “laboratórios de comunidade” referidos a pequenos grupos populacionais, utilizados pela maioria dos departamentos de medicina preventiva como áreas de demonstração.

A IDA surgiu como proposta alternativa visando à inter-relação entre todos os setores da escola médica e parcela significativa dos serviços de saúde, em um contexto regionalizado, com todos os níveis de atenção. Vários foram os projetos que buscavam superar o efeito demonstrativo dos “laboratórios de comunidade” e envolver a escola como um todo.

As três situações mais marcantes, na segunda metade da década de 1960, foram Sobradinho (Brasília), Cayetano Heredia (Lima) e Cuba em sua primeira fase de reforma da educação médica, com as policlínicas existentes até hoje. Em vários documentos é possível encontrar a descrição detalhada da proposta IDA, embora nem sempre se aplique seu nome, havendo variantes como regionalização docente-assistencial, articulação docente-assistencial e a integração docente-assistencial-investigativa (Ferreira, 1997).

A temática sobre “integração docente-assistencial” e as relações entre instituições educativas e de serviços foi reiteradamente discutida nos anos 1970 e 80. Constituiu-se como uma das tendências da área de formação de rns na América Latina e foi levada em conta como critério essencial no planejamento de muitas mudanças educacionais, apresentando enormes variações: desde a simples utilização dos serviços como espaços de prática, até tentativas de reorganização do processo educativo ao redor de um novo modelo de organização dos serviços.

Ainda nos anos 1970, a ação dinâmica de Juan César García, preocupado com a mobilização dos recursos humanos nacionais e com a promoção do conhecimento regional, levou a OPS a uma significativa atividade: realização de seminários de estudos em muitos países; apoio

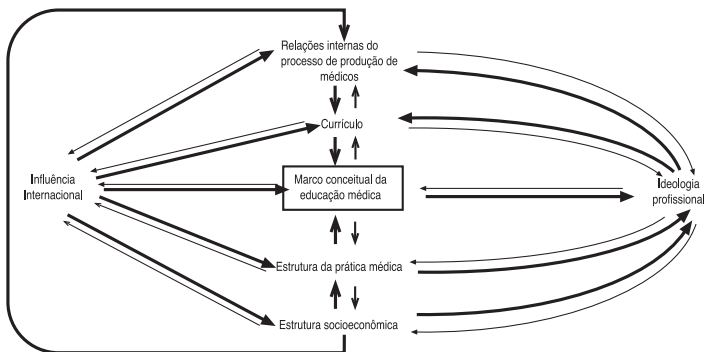
à instalação dos Mestrados em Medicina Social no Rio de Janeiro, no México e em Quito; promoção de uma série de “talleres” de Educação em Ciências da Saúde (FERREIRA, 1992).

Estes seminários contaram com a participação de convidados de todo o continente, tornando possível o acúmulo de informações e análises sobre os processos em curso, a identificação das insuficiências das propostas em andamento para o desenvolvimento da educação médica, a introdução de novos enfoques na orientação da formação em ciências sociais aplicadas à saúde e à própria transformação da educação médica.

Esse processo de reflexão propiciou também a inconclusa produção de Andrade (1979) em torno da formulação de um “Marco Conceitual da Educação Médica na América Latina”. Neste trabalho, o autor procurou identificar os conteúdos conceituais implícitos no processo de formação dos médicos que configurariam o marco conceitual da educação médica latino-americana, construído a partir de quatro hipóteses.

Andrade postulou, em uma primeira hipótese, que o marco conceitual da educação médica encontra-se no centro de uma intrincada rede de relações e resulta da interação entre os diversos elementos que dela participam, dentre os quais se destacam, por sua importância: as estruturas social, econômica e da prática médica em cada país; o currículo; as relações internas do processo de produção de médicos, a ideologia dominante no âmbito profissional e a estrutura de poder internacional (Figura 4).

FIGURA 4 – Relações externas do marco conceitual da educação médica em países dependentes



*Nota: as linhas mais grossas assinalam a direção de influência dominante.
Fonte: Andrade, 1979.*

Como segunda hipótese, o autor sustentou que a organização dos conteúdos curriculares e a natureza das experiências educativas contribuem, para a configuração do marco conceitual, com peso igual ou maior que a transmissão verbalizada de conceitos na relação professor-aluno.

Uma terceira hipótese referia-se a que as relações de ensino e trabalho entre professores e alunos variam, em última instância, em decorrência de mudanças na sociedade, as quais exercem sua ação através de vários mecanismos, dos quais se destacam as modificações ocorridas na prática médica e as variações no número e procedência social dos alunos admitidos nas escolas de medicina.

A quarta hipótese preconiza que os alunos percebem, de maneira consciente ou inconsciente, os paradigmas que permeiam o processo de ensino-aprendizagem e a estrutura escolar, adotando-os ou não, conforme tais paradigmas reforçam ou conflitam com o restante da estrutura social e com o papel que cada um aí desempenha ou pretende desempenhar.

Por outro lado, além do trabalho de García (1972), realizaram-se importantes estudos sobre as propostas de medicina integral, desenvolvidas pelo movimento preventivista e de medicina comunitária (AROUCA, 1975; DONNANGELO, 1975; DONNANGELO & PEREIRA, 1976).

Através da análise dos conteúdos propositivos e dos processos desenvolvidos, foi possível identificar essas iniciativas como movimentos racionalizadores de reforma da educação médica, com potencial para introduzir modificações parciais, mantendo o essencial dos modelos hegemônicos de formação e de prática. A proposta de uma medicina integral permaneceu no âmbito da retórica, o que indicava a força dos seus limites transformadores no contexto latino-americano, levando Arouca (1975) a definir a situação como própria de um “dilema preventivista”.

A proposta da medicina comunitária, surgida pouco depois do início do movimento preventivista, também se originou nos Estados Unidos, visando a reduzir tensões sociais em áreas marginalizadas das principais cidades do país. Com ela se recuperava parte do conteúdo do movimento preventivista, particularmente a ênfase nas ciências da conduta (sociologia, antropologia, psicologia), destinadas “a possibilitar a integração das equipes de saúde nas comunidades ‘problemáticas’, através da identificação e cooptação dos agentes e forças sociais locais para os programas de educação em saúde (...) deixando mais uma vez intocado o mandato social da assistência médica convencional” (ALMEIDA FILHO & PAIM, 1997).

Em síntese, os estudos caracterizam a medicina comunitária, como a participação da comunidade nas ações de uma medicina integral,

constituindo-se em uma nova estratégia do Estado no campo da saúde. A medicina comunitária não aparece, neste contexto, como um novo movimento teórico-ideológico no campo da saúde, tal como anteriormente havia sido a medicina preventiva e social.

Nessa mesma década, noutra vertente teórico-metodológica, mas com ação nos mesmos espaços locais e nacionais, registrou-se a publicação de obras (CHAVES, 1978; SONIS, 1978) que abordavam também a problemática da formação de recursos humanos, dos sistemas de atenção à saúde, da medicina comunitária e da educação médica, exercendo importante influência em inúmeros projetos da área.

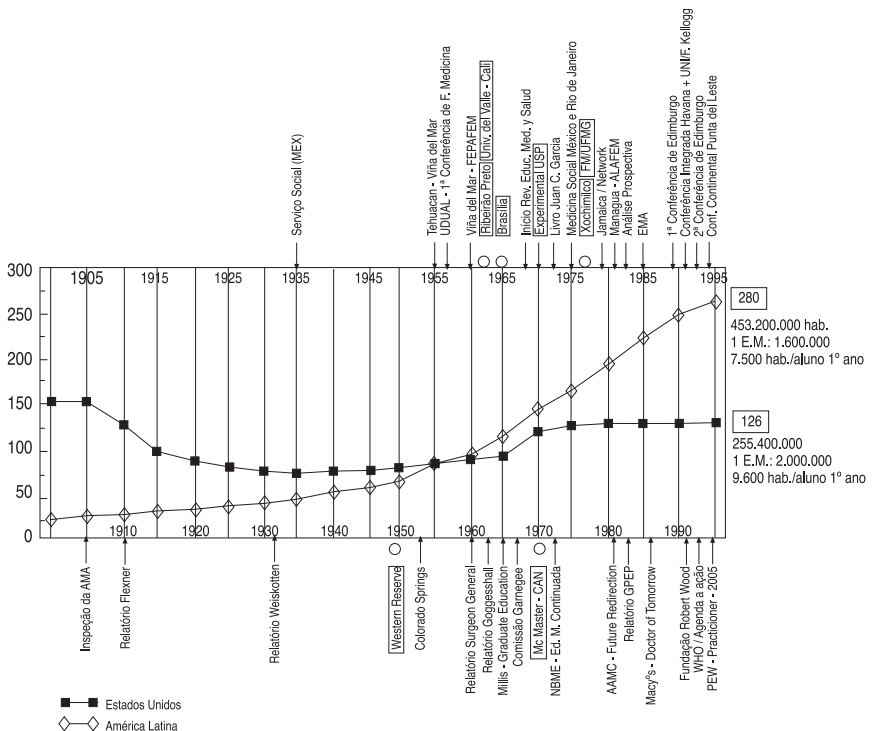
No caso específico do Brasil, nos anos 1970, houve a constituição de uma Comissão de Especialistas do Ensino Médico no âmbito do Ministério da Educação. Ao mesmo tempo, segmentos renovadores da educação médica participaram da construção das bases de um novo movimento sanitário.

Esses segmentos contribuíram com o trabalho teórico para a crítica ao sistema de saúde e para a formulação de propostas, com vistas à sua reorganização. Apoiaram e participaram das experiências pioneiras de extensão de cobertura e participação comunitária na (re)organização de sistemas descentralizados e hierarquizados de saúde ao nível municipal (Londrina, Campinas, Niterói), microrregional (Montes Claros), estadual (Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo) e macrorregional (Plano de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento-PIASS, no Nordeste). Além disso, participaram da construção de entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), fundados respectivamente em 1976 e em 1979, que desempenharam importante papel na mobilização nacional em torno da saúde nos anos 1970 e principalmente nos anos 1980.

No âmbito internacional registrou-se ainda, no final da década de 1970, o lançamento pela OMS da consigna *Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT-2000)* – aprovada na Assembleia Mundial da Saúde de 1977 – e o estabelecimento da APS – aprovada na Conferência Internacional de Alma-Ata – como estratégia privilegiada de operacionalização das metas de extensão de cobertura e participação comunitária da SPT-2000. Mais tarde, nos anos 1980, com o enfoque de um modelo distritalizado com níveis hierarquizados de atenção, a proposta dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) integrou-se às iniciativas de reforma setorial da saúde no Brasil e em alguns outros países latino-americanos.

Nos Estados Unidos registra-se a existência, desde o início do século, de treze Comissões Nacionais orientadas para o estudo de mudanças na educação médica, detectando-se uma intensificação dessas iniciativas nas décadas de 1980 e 90 (ENARSON & BURG, 1992). Na Figura 5, além das curvas de diminuição e de crescimento do número de escolas e das proporções escola/habitantes e habitantes/alunos de primeiro ano, estão assinalados os eventos marcantes ocorridos no campo da educação médica nos Estados Unidos (margem inferior) e na América Latina (margem superior). Conforme se pode verificar, há um elevado número de iniciativas norte-americanas na década de 1980 e primeiros anos da atual, principalmente quando comparada à década de 1970.

FIGURA 5 – Evolução de número de escolas médicas e acontecimentos marcantes no campo da educação médica ocorridos na América Latina e nos Estados Unidos durante o Século XX.



Fonte: Apud José Roberto Ferreira, modificado.

Também a América Latina é cenário, na década de 1980, de importantes acontecimentos e processos, entre os quais se destacam: a) estudos de avaliação da proposta IDA, com ênfase para o realizado pela FEPAFEM/OPS/Kellogg; b) aplicação de uma nova proposta, desenvolvida pela OPS, denominada Análise Prospectiva das Profissões de Saúde; c) convocação, pela UDUAL, de uma Conferência Integrada de Ciências da Saúde e a realização de debates preparatórios pela ALAFEM e outras entidades, com apoio da OPS; d) convocação e realização, em 1988, da 1ª Conferência Mundial de Edimburgo, precedida da realização de estudos que a preparariam, realizados pela FEPAFEM, com apoio da Fundação Kellogg.

A avaliação da IDA contou com contribuições individuais (RODRIGUEZ NETO, 1979; KISIL, 1985) e os resultados de um estudo institucional desenvolvido pela FEPAFEM/OPS/Kellogg (CHAVES et al, 1984). Em síntese, há concordância entre os autores quanto à validade da articulação entre as práticas de ensino e de serviços, mas há variações quanto à avaliação da eficácia das experiências desenvolvidas.

Rodriguez Neto (1979) assinalou que a IDA corresponde mais a um discurso reformista e voluntarista, sendo irreal pretender a transformação dos serviços de saúde através de reformas pedagógicas. Contudo, reconhece que há a possibilidade de constituir-se em estratégia viável, desde que contribua para aproximar a formação dos profissionais de saúde da construção de novas realidades socio sanitárias e venha a estabelecer uma integração docência-trabalho.

As contribuições de Kisil (1985) e Chaves et al (1984) têm por base, essencialmente, as mesmas experiências (33 projetos em 8 países), distinguindo-se o primeiro por suas características mais acadêmicas. Das análises conclusivas de ambos, extrai-se que a IDA apresenta *fortalezas* como: revela-se uma maneira efetiva de racionalizar o uso de recursos; contribui para a formação de uma massa crítica de líderes nos setores de educação e de saúde; propicia o desenvolvimento do trabalho em equipe; contribui para desmistificar a exclusividade da atenção hospitalar. Algumas *debilidades* da proposta são: por ser inovadora é desestabilizadora, sendo elevado o risco de rechaço por parte das estruturas tradicionais; a sua dependência de líderes carismáticos; a probabilidade de ser encarada como atividade marginal, pois envolve, na maior parte das experiências,

apenas certos setores da escola médica, geralmente os departamentos de preventiva; o fato de ser excessivamente acadêmica; o de apresentar desenvolvimento insuficiente de novos modelos de práticas; a dependência de recursos externos; a ausência ou precariedade de processos de auto-avaliação.

Pouco antes do trabalho de campo do estudo de avaliação da IDA, a OPS desenvolveu a concepção e os instrumentos de outra proposta de mudança na educação médica e dos demais profissionais de saúde, denominada Análise Prospectiva (FERREIRA, 1986).

Essa proposta considera que a visão predominante quanto à qualidade da educação médica está vinculada ao grau de competência dos profissionais no desempenho de suas atividades junto ao mercado de trabalho existente. E que esta visão, por estar referida a uma situação momentânea, é limitada e limitante, não levando em conta as mudanças que, de forma permanente, realizam-se em todas as esferas da realidade. A proposta pretende a superação dessas limitações em benefício de uma nova visão, referida a um marco conceitual que considere, prospectivamente, o contexto socioeconômico e político, o desenvolvimento técnico-científico, a situação de saúde, os padrões profissionais, a estrutura e as normas de funcionamento dos serviços de saúde.

Entendida não como mero instrumento de avaliação ou gerador de estudos comparativos, mas como instrumento de indução da reflexão e autocrítica em cada escola, a partir do que esta poderia formular suas próprias estratégias de transformação, a proposta foi aplicada isoladamente por escolas de enfermagem, de odontologia, de saúde pública e, em uma ação conjunta da OPS com a recém-criada ALAFEM, em 60 escolas de medicina de 12 países latino-americanos. O marco geral de referência, as categorias, atributos, indicadores e o desenvolvimento do estudo estão registrados em uma edição especial da Revista *Educación Médica y Salud* (FERREIRA et al., 1988).

Os resultados mais importantes do estudo podem ser sintetizados da seguinte forma: a) incipiente planejamento conjunto entre escolas e serviços de saúde sobre a realidade de saúde da sua área de influência; b) escassa experiência de pesquisa sobre as necessidades prioritárias de saúde; c) desarticulação dos conteúdos programáticos; d) influência contraditória dos modelos de prática médica na educação; e) financiamento limitado e orçamentos insuficientes.

Durante o mesmo período de aplicação da Análise Prospectiva, existiu no continente uma sucessão de debates em torno da convocação da 1ª Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em 1988, em Edimburgo. A Conferência convocada em 1985 pela Federação Mundial de Educação Médica considerava que sem o apoio ativo dos médicos é inconcebível realizar-se as mudanças nos sistemas de saúde preconizados pela estratégia da APS e que o problema central das instituições formadoras e dos educadores médicos é como preparar os médicos para o papel que desempenharão em sistemas de saúde em transformação (CONFERÊNCIA, 1986).

O problema acima apresentado foi desdobrado pela Comissão de Planejamento da Conferência, em seis temas: 1) Prioridades educacionais para escolas médicas; 2) Estratégias educacionais para escolas médicas; 3) Integração da escola médica com o sistema de atenção à saúde; 4) Recursos para a educação médica: físicos, financeiros e humanos; 5) Ingresso no curso médico e necessidades dos países; 6) Relações entre ensino de graduação, de pós-graduação e educação continuada.

A FEPAFEM, para encaminhar as discussões preparatórias à Conferência de 1988, decidiu criar um projeto, denominado “Educação Médica nas Américas” (EMA). A participação de dezoito dos países americanos foi decidida na XI Conferência Pan-Americana de Educação Médica, realizada no México, em 1986, por proposição da ABEM, que já havia discutido os tópicos do programa da Conferência por ocasião do seu XXIV Congresso.

Nas palavras de Chaves & Rosa (1990) “(...) o EMA representou um verdadeiro corte transversal na educação médica ao final da década de 80, traduzindo talvez o mais amplo consenso de que se dispõe hoje, nas Américas, para um amplo esforço de melhoria da qualidade dessa educação (...)”.

A Conferência finalizou com a aprovação de um documento, a Declaração de Edimburgo que, segundo os coordenadores do EMA, incorporou as contribuições da América Latina por não existirem divergências ou diferenças significativas entre seus conteúdos.

Após a Conferência de Edimburgo, o Projeto EMA promoveu, em uma segunda etapa dos seus trabalhos, envolvendo dezessete países latino-americanos, a análise e a formulação de planos de ação. Na ocasião,

se recomendou que os resultados dos estudos das escolas médicas, em nível micro, com o uso de instrumentos de autoavaliação, como a análise prospectiva, fossem considerados na formulação desses planos (CHAVES & ROSA, 1990).

Por outro lado, as atividades desenvolvidas pelas entidades criadas (ALAFEM, OFEDO, ALADEFE) na primeira metade da década de 1980, levaram à convocação, em 1988, pela UDUAL, com o apoio técnico-financeiro decisivo da OPS, de uma Conferência Integrada das Ciências da Saúde. Esta, como parte de um projeto denominado “SALUDUAL”, teve os seguintes objetivos: “a) inserir o potencial da Universidade Latino-americana na meta social SPT 2000 através da estratégia da APS; b) contribuir ao trabalho conjunto das Associações de Ciências da Saúde da UDUAL, aumentando sua capacidade técnico-científica em função da saúde da população; c) cooperar com a OPS/OMS e os países no fortalecimento e desenvolvimento dos SILOS para avançar na transformação dos Sistemas Nacionais de Saúde”.

Verifica-se, portanto, que durante o período (anos 1970/80) as propostas e experiências oriundas do preventivismo, da medicina comunitária, da medicina geral e/ou de família, da integração docente-assistencial e outras, foram objetos de análises e reflexões. Em uma crítica apreciação a respeito, durante o XXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, em Cuiabá, Ferreira (1990) considerou: “O fato é que o continente se debruçou sobre reformas curriculares que, em geral, funcionaram como “tampão”, ou como diversionistas dos problemas essenciais da educação médica (...) enquanto a periferia fazia seu barulhento piquenique curricular, promovendo ambulatórios integrais, ensino na rede, internato rural, o banquete estava sendo desfrutado dentro da rede hospitalar (...) o resultado não podia ser outro senão o baixíssimo impacto de todos esses movimentos sobre a essência da educação médica”.

Na linha de pensamento inaugurada por Juan César García, o autor acima referido considera que os movimentos de mudança da educação médica desenvolvidos no período não levaram em conta a contradição estrutural da educação médica, que consiste na irreprodutibilidade social das práticas hegemônicas dos docentes de medicina que, no caso concreto da educação médica latino-americana, continua sendo o da prática médica liberal (...). Assim, o eixo da educação médica cumpre sua missão, que

é a de amoldar o estudante à ideologia e às práticas socialmente mais valorizadas, das quais os professores de medicina são os principais protagonistas”. O grande “nó da questão” é que, enquanto os docentes são os profissionais de sucesso ou almejam sê-lo em um seletivo mercado e, portanto, reproduzem valores que conhecem, as perspectivas do mercado de trabalho para os futuros profissionais são outras.

Segundo Rodriguez (1990), as principais tendências de reorientação da educação médica na América Latina nos anos 1970 e 80 foram: a) redefinição do objeto de estudo, representada pela substituição de práticas educativas organizadas em torno de um corpo de conhecimentos centrados nos objetivos de cada uma das disciplinas (doença, atendimento individual e predominantemente curativo), por processos formados em torno de conhecimentos referidos à saúde da população, nos marcos de uma concepção de processo saúde-doença; b) desenvolvimento de enfoques interdisciplinares; c) desenvolvimento da integração docente-assistencial, concebida como um verdadeiro processo de serviço à comunidade, no qual as ações de saúde devem ser vistas como objetos de pesquisa, geradoras de novos conhecimentos e de novas práticas de atenção; d) incorporação e reconceitualização das ciências sociais nos processos educacionais, ainda predominantemente complementar e fragmentada na maioria das escolas, mas cuja superação é apontada pelo desenvolvimento da medicina social; e) inserção da universidade, de forma crítica, nos processos de transformação dos sistemas de saúde.

Num estudo das relações entre educação e prática médica na ordem social capitalista, Schraiber (1989) aponta a natureza contraditória da escola médica e procura mostrar como as propostas existentes de reforma da educação médica realizam a redução das contradições estruturais a meros desajustes de conteúdo técnico.

Partindo dos tipos de racionalidade subjacentes às propostas que analisa, a autora as agrupa em duas modalidades, às quais denomina: a) modalidade de educação integrativa (a que correspondem, principalmente, as temáticas da Medicina Integral, Preventiva e de Família); b) modalidade de educação voltada para a cobertura das “necessidades de saúde do conjunto da população” (a que correspondem as temáticas, principalmente, da Medicina Comunitária e de Integração Docente-Assistencial).

A primeira modalidade, abordando as necessidades sociais sob o ângulo do cuidado médico-individual, centra-se na urgência de modificação do caráter fragmentário da qualificação dos profissionais formados pela escola, a partir, fundamentalmente, de uma mudança de atitudes, que acarreta a recomposição do ato médico. A estratégia das propostas de reforma com esta orientação reside na superação do parcelamento curricular agrupando conhecimentos novos ou já existentes, alterando o conteúdo e organização das disciplinas curriculares e adotando novas técnicas didáticas e novos lugares de ensino (junto à família e à comunidade).

A segunda modalidade, abordando também as necessidades sociais, agora sob o ângulo da extensão do cuidado médico, centra-se na mudança do padrão de atividades escolares, pretendendo compatibilizá-lo àquele estimado a partir das “necessidades de saúde”, meio de se reorganizar a prática médica, fundamentalmente, através de um compromisso da escola com a extensão da cobertura dos serviços médicos à população. A estratégia principal das propostas de reforma referidas a esta modalidade constitui-se na reavaliação da distribuição do cuidado médico na sociedade. Redefine o cuidado médico prioritário (atenção primária, vista como nível de atenção e não como estratégia de mudança do sistema de saúde) com base no padrão quantitativo e qualitativo das patologias.

Segundo a autora, essas propostas de reforma, nas duas modalidades em que foram agrupadas, são condenadas ao insucesso, porque “(...) as relações entre prática e educação médica não podem ser concebidas como relações de recíproca autonomia, e muito menos como relações em que as características da prática médica resultem dos padrões educacionais, mas, muito pelo contrário, é a dinâmica própria da prática médica que explica a dinâmica relativamente subordinada da educação médica” (SCHRAIBER, 1989).

Mas, conforme alerta a autora, não se deve compreender esta subordinação como absoluta e mecânica. Nem se desconhecer que, historicamente, ocorrem processos de reorganização dos serviços de saúde que têm potencialidades no que se refere a rearranjos efetivos na prática médica. Por essa razão as propostas de reforma na educação médica podem vir a representar o reflexo necessário de tais reorganizações. De

qualquer forma, “(...) só o reconhecimento das próprias contradições reais da prática e da educação médica, no interior de situações concretas, é que permitiria propor (novas) práticas que, desenvolvendo as contradições, podem levar ao encontro de formas de superação dessas mesmas contradições” (SCHRAIBER, 1989).

Recentemente, relacionando a situação da Residência Médica no Brasil com o desenvolvimento da educação médica, Feuerwerker (1998) afirmou que “pensar a Residência Médica como parte do processo de formação dos médicos pode ser um passo essencial para interferir, de fato, na definição do perfil dos profissionais médicos”. Esse papel, o da formação de especialistas, não era enfatizado, no início da formulação do marco teórico da educação médica, conforme se pode verificar através do seu esquema, apresentado anteriormente (Figura 1), no qual só está assinalada a articulação entre educação médica e a educação de segundo grau.

Além disso, nesse estudo, a autora identificou problemas existentes nas propostas de mudança na educação médica dos anos 1980, entre os quais: a) uma compreensão insuficiente das consequências do processo de capitalização do setor saúde sobre a educação médica; b) a subestimação da importância de se trabalhar por transformações dentro das escolas médicas, motivada pela convicção de que era preferível agir na organização dos serviços de saúde e na prática assistencial, já que estas teriam maior poder de determinação sobre a primeira; c) a insuficiência da abordagem dos problemas propriamente pedagógicos da educação médica; d) a superestimação do potencial que a mudança de cenários de aprendizagem tem para transformar o conteúdo e a orientação do processo de formação profissional, o que só acontece se a diversificação de cenários vier acompanhada de mudanças nas práticas de atenção à saúde; e) o equívoco de pretender mudanças na escola médica via processos inovadores desencadeados a partir de um ou alguns departamentos isolados; f) a reduzida capacidade de influência sobre o ensino médico que a introdução de disciplinas como a sociologia, as ciências do comportamento e outras demonstraram ter, em razão de não se ter buscado identificar suas contribuições específicas para a formação do médico.

Enfim, como se observa, as décadas de 1970/80 foram repletas de acontecimentos e de processos no terreno da educação médica, no campo

teórico e no campo prático, tanto em âmbito nacional como internacional. E prepararam o terreno para o desenvolvimento, nos anos 1990, de novas propostas de mudança da educação médica latino-americana.

ANOS 1990: ACONTECIMENTOS RELEVANTES E O SURGIMENTO DE NOVAS PROPOSTAS DE MUDANÇA

Os acontecimentos relevantes na educação médica latino-americana são: em 1991 a coordenação do Programa para a América Latina e o Caribe, da Fundação Kellogg, comunicou e convidou as instituições universitárias da área da saúde detentoras, no mínimo, de cursos de graduação de medicina e de enfermagem, a participar de Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade, referida mais comumente pela sigla UNI. Nesse mesmo ano, realizou-se em Havana a etapa final da Conferência Integrada Universidade Latino-Americana y Salud de la Población.

Em 1992, a OPS difundiu, através das Associações Nacionais de Educação Médica e da FEPAFEM, um documento de referência com o título “As Mudanças na Profissão Médica e sua Influência sobre a Educação Médica”, especialmente elaborado para as discussões preparatórias da 2ª Conferência Mundial de Educação Médica.

Em 1993, realizou-se a 2.ª Conferência Mundial de Educação Médica, em Edimburgo e a 8.ª Reunião Bianual da Network of Community-oriented Educational Institutions for Health Sciences, em Sherbrook (Canadá). E, em Cartagena (Colômbia), realizou-se a Conferência Andina sobre Educação Médica, promovida pela ASCOFAME e pela OPS. Esta, a exemplo de reuniões ocorridas no Brasil, México, Cuba, Peru, se inseriu no processo de aprofundamento das discussões preparatórias do Encontro Continental de Educação Médica, promoção conjunta da FEPAFEM e da ALAFEM, realizado em Punta del Este, em 1994.

Em 1996 a OPS decidiu interromper a publicação da Revista Educación Médica y Salud (1966-96) e foi criado o “Steering Committee on Medical Education in the Americas Region”.

Alguns dos acontecimentos mencionados fazem parte ou se relacionam estreitamente com uma ou mais das quatro propostas de mudança que constituem o objeto-sujeito de estudo da pesquisa realizada

e que resultou na publicação deste livro. Comentários acerca deles serão efetuados na medida em que forem sendo analisadas, nos próximos capítulos, cada uma das propostas. Contudo, dois eventos – a “Conferência Integrada Universidade Latino-Americana e a Saúde da População” e a “2.^a Conferência Mundial de Educação Médica” – serão abordados a seguir.

A Conferência Integrada “Universidade Latino-Americana e a Saúde da População”, que contou com centenas de participantes provenientes de 23 países latino-americanos, teve forte caráter multiprofissional e interdisciplinar, representando o momento de sistematização e aprofundamento dos estudos e análises produzidos na etapa preparatória.

Nessa etapa, que se realizou entre 1988 e 1991, três reuniões sub-regionais preparatórias tiveram lugar. A primeira, coordenada pela ALADEFE, foi realizada no Equador, com o tema “Papel da universidade na elevação do nível de saúde da população” e três subtemas: educação e nível de saúde da população; orientação programática biológica e social na educação; incorporação de nova tecnologia e nível de saúde da população.

A segunda, coordenada pela ALAFEM, foi realizada em São Domingo, com o tema “A universidade e a prática da saúde” e três subtemas: contexto e determinantes da relação universidade e práticas de saúde na América Latina; a universidade como formadora de profissionais; o papel do desenho curricular dentro das estratégias de mudança na universidade.

A terceira reunião, coordenada pela OFEDO, foi desdobrada em dois momentos, acontecidos na Venezuela e no Equador, e teve como tema central “A contribuição da universidade à atenção primária e aos SILOS”.

Do excelente material consolidado na publicação extraíram-se algumas contribuições mais próximas ao objeto de estudo da pesquisa realizada.

Do Relatório Geral do Núcleo Básico I: “Los modelos pedagógicos requieren grandes modificaciones: avances hacia un trabajo articulado por ejes temáticos en lugar de unidades disciplinarias; contacto precoz del personal en formación con las condiciones de vida y trabajo de la población, asumiendo compromisos institucionales en la búsqueda de alternativas a los problemas de salud, y recorriendo los estudiantes a los diferentes niveles de atención” (UDUAL, 1991).

Segundo Nájera (1991), não é a educação que conforma a sociedade,

mas sim a sociedade, que, ao conformar-se de certa maneira, constitui a educação de acordo com os valores que a orientam. Mas este “(...) no es un proceso mecánico, la sociedad estructura la educación en función de los intereses de quién tiene el poder, para tener en ella un factor fundamental para su preservación. (...) La educación para la transformación significa: alejarse de la especialización mezquina y luchar por un alto nivel de educación científica, política y cultural para todos”.

Do Relatório Geral do Núcleo Básico II: “el grupo negó la relación de determinación entre las reformas curriculares y el cambio en las prácticas en salud, pero admitió por otra parte el significado que estos procesos pudieran tener en la apertura de espacios de lucha ideológica y técnica, que permitieran apoyar en un futuro los procesos de cambio social” (UDUAL, 1991).

Ao abordar a crise da universidade, Brito (1991) manifestou que a melhor defesa da universidade é avançar rumo a um novo movimento de reforma, cumprir seu compromisso social na formação de rns, na pesquisa e na prestação de serviços. “La generación de propuestas universitarias que avancen en esa línea no sólo debe provenir de la propia universidad, como sucedió hasta ahora, sino que deben comprometer a los servicios y las prácticas en salud”.

Em 1991, tendo por base a 15.^a Conferência Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina, realizou-se a etapa final desta Conferência Integrada.

Do seu Relatório Geral, embasado numa crítica análise do contexto socioeconômico e político da região, destaca-se o seguinte trecho: “La comunidad debe ser objeto y sujeto de la acción de la Universidad, esto es, debe ser protagonista, participante y destinataria de las actividades universitarias; llevar adelante una consecuente incorporación de lo social en el abordaje teórico y práctico de los problemas de salud implica avanzar en la búsqueda de la integralidad del conocimiento biológico y social para implementar metodológica y estratégicamente la atención de los problemas de salud; articulación docencia, servicio e investigación, fundamentada en el principio de aprender haciendo y aprender transformando en las condiciones reales de los servicios. En este proceso la investigación será el eje orientador de cambio y transformación de la realidad; actitud de autocrítica permanente de la Universidad en el cumplimiento de su misión,

frente a su trabajo conceptual, metodológico y operativo” (CONFERÊNCIA, 1992).

A Conferência foi, sem dúvida, um processo importante de (re) afirmação ideológica e aprofundamento teórico-conceitual das questões vigentes na América Latina no contexto do amplo temário tratado. Mas, decorridos seis anos da sua realização, não se tem conhecimento de avaliações acerca do significado desse evento latino-americano no contexto do setor saúde, particularmente da educação médica, nos países da região.

Não há sinais de que os objetivos mencionados anteriormente, do projeto SALUDUAL, tenham sido plenamente alcançados. No caso particular da ALAFEM, sua fragilidade atual pode ser vista como sinal de que o “aumento da sua capacidade científico-técnica”, propiciado pelo processo de realização da Conferência Integrada, não foi suficiente para imprimir maior inserção e dinamismo da sua intervenção junto às escolas médicas. Mas sua maior visibilidade política, ainda que transitória, foi suficiente para estabelecer, no decorrer dos anos seguintes, uma ação colaborativa com a FEPAFEM. A aproximação entre ALAFEM e FEPAFEM ocorreu no contexto da realização da 2.^a Conferência Mundial de Educação Médica.

Esta, conhecida no panorama internacional como tendo sido o “II World Summit on Medical Education”, se realizou em Edimburgo (Escócia) em 1993. Dos 240 participantes, provenientes de 80 países, 42 (17%) pertenciam à região das Américas, constituindo-se, dentre as seis regiões da OMS e da WFME, na delegação mais numerosa. Dentre os 42 haviam 21 latino-americanos, na maioria diretores de escolas médicas, convidados e financiados pela OPS/FEPAFEM e pela Fundação Kellogg.

A Conferência, organizada e coordenada pela WFME, contou com o apoio da OMS/OPS, da UNICEF, da UNESCO, do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, do Banco Mundial, da Fundação Kellogg, da Fundação Robert Wood Johnson e de várias outras organizações do Reino Unido. O seu tema central “A mudança na profissão médica: implicações para a educação médica” foi resultado de sugestão feita pela OPS e aceita pela WFME.

A OPS, visando estimular a participação latino-americana no evento, encomendou alguns documentos básicos a educadores médicos, cientistas sociais e economistas, posteriormente publicados em uma edição especial

da Revista Educación Medica y Salud (SCHRAIBER et al., 1994; BYRNE & ROZENTAL, 1994; LIP, 1994), e elaborou um documento intitulado “As transformações da profissão médica e sua influência sobre a educação médica” (OPS, 1992b).

Nesse documento, são abordados os temas da Conferência: a) a crise econômica; b) o desenvolvimento tecnológico; c) a necessidade da equidade. Nele, a prática e a educação médica são abordadas como realidades sociais, intimamente relacionadas com os processos de desenvolvimento. É em função da organização e dinâmica do Estado, da economia, do desenvolvimento científico, tecnológico e das necessidades sociais que a prática médica é estruturada ou modificada. Por sua vez, estes mesmos condicionantes, seja diretamente ou através da prática profissional, orientam e moldam os conteúdos, as estratégias e os mecanismos do processo da formação médica.

São feitas críticas ao Projeto EMA e à 1.^a Conferência realizada em Edimburgo afirmando que, neles, a análise centrou-se nas dimensões educacionais (curriculares) da prática universitária, nas implicações individuais da prática profissional e na extensão dos espaços institucionais de formação, significando suas conclusões, essencialmente, linhas para uma maior eficiência educacional no marco de um modelo educativo não questionado.

A situação institucional da educação médica na América Latina é caracterizada como crítica, orientada basicamente à busca de inovações educativas e de recursos financeiros, preocupações que respondem mais às necessidades de funcionamento e requerimentos corporativos internos das escolas, que às efetivas necessidades de seu entorno social. Ressalta-se que as escolas vêm revelando uma crise de liderança e de governabilidade, de baixa capacidade de planejamento e de gestão administrativa, além da falta de autocrítica sobre a própria educação médica, restringindo-se a eventuais e superficiais reformas curriculares.

Nesse documento, a OPS e a FEPAFEM tecem críticas ao modelo de integração docente-assistencial, com a ressalva de que, na América Latina, em muitos casos, encontram-se experiências que caracterizam um compromisso global da universidade com os serviços e com a população.

A “aprendizagem baseada em problemas” e o “ensino orientado à comunidade” são vistas como abordagens mais integradoras que as

tradicionais, mas insuficientes e sujeitas a distorções, pois “(...) o ensino orientado à comunidade não pode significar uma medicina diferenciada, de médicos pobres para populações pobres (...) nem substituir um imprescindível arsenal científico, teórico e metodológico, necessário para permitir que os estudantes conheçam as realidades socio sanitárias, pelo mero contacto com a comunidade, como se este, por si só, tivesse o poder de revelar a dinâmica social” (OPS, 1992b). Quanto à aprendizagem baseada em problemas, é ressaltado que esta não pode restringir-se às manifestações superficiais de fenômenos isolados, mas devem, necessariamente, aprofundar as explicações dos problemas de saúde, discutindo-os em sua integralidade, o que requer a incorporação e fortalecimento das ciências básicas e sociais.

As contribuições sobre o documento, provenientes das escolas e Associações, foram consolidadas pela FEPAFEM e pela OPS, e o novo texto (FEDERAÇÃO, 1993) revela-se mais completo do que o documento de subsídios elaborado anteriormente e as críticas a outros enfoques estão suavizadas. Em suas conclusões, o documento de posicionamento das Américas, de autoria da OPS e FEPAFEM, registra que:

- a) há necessidade de gerar um novo modelo científico, biomédico e social que projete e fundamente um novo paradigma educativo, em função do indivíduo e da sociedade;
- b) há necessidade de um novo sistema de valores que transcenda a influência da mudança da prática, reconstrua a ética do exercício profissional e garanta a função social do atendimento às necessidades da saúde da população;
- c) há vantagens no desenvolvimento de trabalho interdisciplinar e de metodologias problematizadoras;
- d) é fundamental que o desenvolvimento da integração docência-assistência-pesquisa tome a estratégia da APS como objeto de pesquisa e aprendizagem e verifique o compromisso da universidade com a sociedade, afastando-se da utilização dos espaços comunitários como campos de prática unicamente;
- e) a superação da contradição entre formação de especialistas e médicos gerais exige que a educação médica enfrente criticamente a determinação tecnológica do critério médico de qualidade, que envolve tanto a ética profissional como a equidade. É nesse

sentido que se dão as possibilidades de resolver este velho dilema da educação médica. É necessário continuar a formar melhores especialistas e, ao mesmo tempo, é necessário resgatar e fortalecer a formação geral na graduação, colocando-os adequadamente nas equipes de saúde, promovendo igualmente suas funções e reconhecimento sociais.

A OPS e a FEPAFEM convocam, através do documento, as escolas de medicina a assumirem um novo contrato social, que legitime sua razão de ser perante a sociedade e a comprometerem-se a levar adiante, com a contribuição esperada dos debates da 2.^a Conferência de Edimburgo, um intenso processo que permita a construção de novas relações entre a universidade, os serviços de saúde e a sociedade.

Contudo, durante a Conferência, o documento, apesar de ter sido a única contribuição das regionais da OMS e da WFME entregue previamente aos organizadores por escrito e em inglês, só foi apresentado no último dia. Tendo sido muito pouco discutido, sequer faz parte dos “Proceedings” da mesma (WORLD, 1994).

Em seu “relatório de viagem”, o coordenador do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPS registrou que, na sua opinião, a marginalização da contribuição da OPS/FEPAFEM deveu-se a: “(...) la predominancia de miembros del “Commonwealth”, relegando a un plan inferior una representación del mundo subdesarrollado; la posición de defensa corporativa, representada por personalidades vinculadas a importantes experiencias educativas de los últimos 25 años; el rechazo de grupos más conservadores que encontraban en la posición latinoamericana una tendencia contrahegemónica” (FERREIRA, 1993).

Quanto às conclusões da Conferência, além de reafirmarem os princípios norteadores de uma preconizada “Reforma da Educação Médica”, contidos na “Declaração de Edimburgo”, de 1988, aprovaram várias recomendações visando superar os obstáculos, devido ao conservadorismo da profissão médica, da universidade, e as complexidades da mudança necessária. Com o intuito de contribuir para o avanço das mudanças aprovaram-se 22 recomendações agrupadas em cinco temas: Prática Médica e Política de Saúde; Resposta Educacional; Continuum da Educação Médica; Parcerias na Aprendizagem e Cenários para a Aprendizagem.

Além de um único artigo que faz uma síntese dessas recomendações (SOBRAL, 1994), a íntegra das mesmas, traduzidas para o português só foi divulgada, graças a uma parceria entre a área de recursos humanos em saúde da representação da OPS no Brasil e o Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina – Centro Colaborador da OMS em Educação e Prática Médica, em uma publicação de circulação reduzida (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n.º 7), em 1994.

Enfim, estes dois importantes eventos/processos internacionais no campo da educação médica – o de Havana, em 1991 e o de Edimburgo, em 1993 – serviram para a acumulação de conhecimentos e de recursos de poder por parte de atores do movimento latino-americano de educação médica. Tratam-se de acontecimentos que serviram como oportunidade para a construção e/ou divulgação das propostas de mudança, objeto de análise dos próximos capítulos.

UMA NOVA INICIATIVA NA EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UNIÃO COM A COMUNIDADE – A PROPOSTA “UNI”

BREVE HISTÓRICO

Nos últimos anos da década de 1980 a coordenação do Programa da Fundação W.K.Kellogg para a América Latina e o Caribe promoveu uma série de estudos sobre o trabalho desenvolvido na formação de recursos humanos nas áreas de medicina, enfermagem, odontologia e administração de saúde, buscando identificar as prioridades deste campo para a década de 1990.

Os estudos tiveram diferentes métodos, profundidades e enfoques, sendo o EMA, anteriormente abordado, o mais difundido. Os demais tiveram um caráter mais exploratório e se destinaram ao consumo interno da própria Kellogg. Todos incorporaram elementos de avaliação crítica quanto aos caminhos percorridos nas décadas precedentes, às fortalezas e debilidades encontradas e quanto às alternativas para um desenvolvimento autossustentado da formação de rhs na América Latina.

As reflexões mais importantes geradas pelos estudos, conforme registros de Kisil & Chaves (1994a) e Tancredi (1995a; TANCREDI 1995d) podem ser resumidas em:

- (a) a estratégia IDA, embora tenha viabilizado contribuições para o desenvolvimento da formação de rhs, principalmente nos anos 1970 e início dos anos 1980, não foi suficiente para introduzir mudanças mais profundas, abrangentes e duradouras. Haveria, pois, sinais de seu

esgotamento indicando a necessidade de sua reformulação, levando-a, por exemplo, a transcender o trabalho de um departamento ou grupo acadêmico e de uma profissão, a fim de envolver toda a estrutura de uma escola ou faculdade e equipes multiprofissionais ao longo de todo o desenvolvimento dos cursos de graduação;

- (b) os esforços da universidade no campo da extensão caracterizam-se, geralmente, pela negligência no estabelecimento de relações com o sistema de serviços de saúde, dado serem descontínuos, fragmentados e disporem de precária infraestrutura. Nos projetos de extensão universitária, apesar dos esforços desenvolvidos, predomina a desintegração entre atividades de ensino, pesquisa e extensão;
- (c) a participação da comunidade, de forma corresponsável, conjuntamente às instituições de ensino e às de serviço consiste num dos pontos fracos das experiências ocorridas. A comunidade é tratada, geralmente, como beneficiária passiva dos serviços e não como agente ativo nos projetos/processos desenvolvidos;
- (d) a educação multiprofissional praticamente não existe, apesar de várias instituições universitárias latino-americanas disporem de estruturas (Centros ou Faculdades de Ciências da Saúde) voltadas à sua viabilização;
- (e) a ausência de sistemas de saúde baseados na comunidade, orientados à solução dos problemas prioritários de saúde e integradores das funções de assistência, pesquisa e ensino, persiste como um dos maiores obstáculos à reforma da educação dos profissionais de saúde, permitindo que esta continue sendo desenvolvida predominantemente nos estabelecimentos hospitalares de alto grau de complexidade. Isto, apesar dos serviços de saúde, inspirados pela Declaração de Alma Ata (1978), desenvolverem de forma crescente programas de extensão de cobertura, com base na estratégia de APS, resultando em processos nem sempre devidamente valorizados e aproveitados pelas instituições de ensino.

Levando em conta reflexões deste tipo e acompanhando iniciativas similares, denominadas “Community Partnerships with Health Professions Education” (RICHARDS, 1996), desencadeadas pela Fundação Kellogg, mais ou menos simultaneamente, nos Estados Unidos (7 projetos) e na África do Sul (7 projetos), a sua coordenação de Programas para a América Latina decidiu, em 1990, dar início a um novo Programa.

Visando à maior articulação entre o ensino das várias profissões de saúde e a incorporação da comunidade nos esforços de colaboração entre as instituições educacionais e de serviço, o programa recebeu o nome de “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” (UNI). Seus objetivos, apresentados sumariamente, são: a) contribuir para a reorientação da formação profissional ao nível dos cursos de graduação; b) fortalecer a construção de Sistemas Locais de Saúde; c) promover o desenvolvimento comunitário em matéria de saúde.

Segundo Kisil & Chaves (1994b), líderes do grupo precursor do Programa, a expectativa na época do seu lançamento era de que o Programa UNI contribuísse para o desenvolvimento de:

- a) modelos de educação dos profissionais de saúde, articulando academia, serviços e comunidade, com base em SILOS e no trabalho em equipe multiprofissional;
- b) modelos de SILOS, centrados no enfoque familiar, contemplando tecnologias apropriadas tanto para a prestação de serviços como para a formação profissional;
- c) modelos de participação comunitária nas ações relativas ao setor saúde, inclusive nas relacionadas à educação dos profissionais de saúde;
- d) novos líderes na área da saúde.

A proposta UNI contou, na sua fase de concepção, com a participação de líderes do movimento de educação dos profissionais de saúde (medicina, enfermagem, odontologia) e do movimento de reforma do setor saúde existentes na América Latina, particularmente do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira.

Segundo Chaves & Kisil (1994), “(...) o UNI representa um movimento multinacional (talvez “uma proposta internacional” fosse melhor dito) articulado de cooperação técnica entre países do Terceiro Mundo (...) No processo dialético de interação universidade-serviços, pode-se dizer que a universidade, num dado momento propulsora de ideias que foram incorporadas pelos serviços em suas agendas, tem sofrido, nos últimos anos, uma perda de liderança. Não será demasiada pretensão pensar que o Programa UNI poderá marcar (...) uma nova síntese e o início de um amplo movimento de mudança, com benefícios significativos para a sociedade e para as profissões de saúde”.

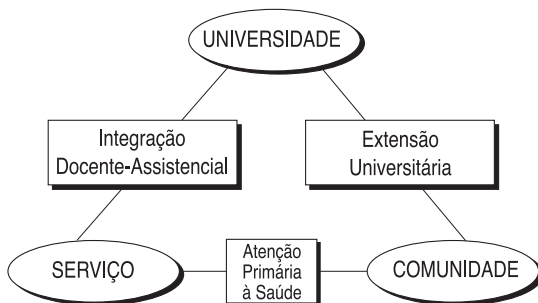
Em 1991, a Fundação Kellogg enviou *carta-convite* a 680 Faculdades de Medicina, de Enfermagem, de Odontologia, às Escolas de Saúde Pública e aos cursos de administração de saúde da América Latina, anunciando publicamente a proposta e informando os critérios de seleção das instituições que manifestassem interesse através do envio de uma *carta de intenção* como resposta. Na mesma oportunidade, registrou-se que a proposta estava em construção e que haveria apoio técnico e financeiro para a elaboração futura dos projetos, cujos esboços, apresentados através das cartas de intenção, fossem selecionados.

CONCEPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

A proposta UNI foi desenhada contemplando dois elementos essenciais: os projetos locais UNI e o programa de apoio aos projetos. O segundo elemento representa um novo enfoque no desenvolvimento das iniciativas da Fundação Kellogg, significando, além de um suporte para o sucesso dos projetos, uma oportunidade para o desenvolvimento de novas responsabilidades e capacidades para o “staff” da Fundação.

Cada projeto UNI se constitui de três componentes: universidade, serviços de saúde e comunidade. Na Figura 6, estão representados os componentes e as estratégias de ação que resultam da articulação dentre eles, dois a dois, existentes em experiências que antecedem a proposta UNI.

FIGURA 6 – Componentes dos projetos UNI e estratégias de ação preexistentes



Fonte: Chaves & Kisil, 1994.

Os critérios de seleção, referidos na carta-convite inicial da Fundação Kellogg, constituem a primeira aproximação teórico-conceitual e metodológica da proposta UNI. São eles:

1. Identificação de uma comunidade geograficamente delimitada, na qual o projeto se desenvolverá em união com a mesma e com o sistema local de saúde; participação efetiva da comunidade e de seus representantes e líderes nas etapas de planejamento, execução e avaliação do projeto
2. Caráter nitidamente acadêmico do projeto, incluindo atividades de educação para os estudantes de graduação das profissões de saúde, de assistência à saúde da comunidade e de pesquisa, com base em suas necessidades.
3. Formação de profissionais da saúde ao nível de graduação, incluindo colaboração de várias faculdades, escolas ou cursos, abrangendo, no mínimo, Medicina e Enfermagem, sendo desejável a participação de Odontologia, Saúde Pública, Serviço Social e de outras profissões da área da saúde (Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Farmácia, etc.) que tenham uma contribuição efetiva a dar para a solução dos problemas de saúde da comunidade;
4. Participação de docentes das várias carreiras da saúde no trabalho comunitário, dedicando a ele uma parte significativa de seu tempo acadêmico;
5. Ênfase na preparação dos estudantes de graduação para a prática geral de suas futuras profissões, com a experiência de aprendizagem ao nível da comunidade e com duração compatível com a aquisição das competências definidas para o produto final de cada carreira.
6. Desenvolvimento de um sistema local de saúde com, pelo menos, dois níveis de assistência, que atenda às necessidades de saúde prevalentes. Neste sistema, o programa de assistência primária à saúde deve incluir trabalho em equipe e mecanismos de referência e contrarreferência para um hospital geral comunitário. O sistema deve ser produto de uma estreita colaboração entre a comunidade, os serviços de saúde e as instituições de ensino das profissões de saúde.

7. O sistema local de saúde deve contemplar ações de promoção da saúde, incluindo autocuidado, proteção e melhoria ambiental, prevenção de risco à saúde e cuidados básicos em nível local.

Um projeto UNI não consiste no equivalente ao somatório dos três componentes e das suas relações bilaterais, como à primeira vista se poderia supor. Mais do que soma, trata-se de superação, o que implica em movimentos simultâneos de continuidade e de ruptura com características das estratégias preexistentes. Um quadro exemplificador desta proposição é o elaborado por Tancredi (1995c) a respeito das diferenças entre os projetos IDA e os projetos UNI.

QUADRO 4 – Quatorze diferenças entre projetos IDA e UNI

(Continua)

IDA	UNI
1. Uni-departamental. Em geral medicina preventiva, pediatria, enfermagem comunitária ou odontologia social	1. Envolve todos os departamentos dos ciclos básico e clínico.
2. Envolve somente um curso ou faculdade. Em geral, medicina ou enfermagem.	2. Dois ou mais cursos/faculdades envolvidos no mesmo conjunto de atividades.
3. Favoreceram a dicotomia médico generalista X médico especialista e as acusações de que os IDA pretendiam formar médicos sanitaristas com baixa qualidade técnica.	3. Propõe a formação geral, holística do médico/do profissional de saúde, independente da sua vocação futura.
4. Criaram novos cenários de ensino além do hospital, sem necessariamente criar novas metodologias de ensino adequadas aos novos cenários.	4. Propõe novos cenários de ensino e a adoção de novas metodologias de ensino-aprendizagem e de avaliação do estudante.
5. O planejamento e condução dos projetos foram essencialmente uma iniciativa da Universidade.	5. A paternidade e responsabilidade pela condução dos projetos é tripartite (Universidade-Serviços-Comunidade).
6. Adotaram uma concepção de ensino multidisciplinar.	6. Propõe um enfoque interdisciplinar e multiprofissional.
7. A exposição de estudantes aos novos cenários deu-se de forma espasmódica (estágios em períodos concentrados ao longo do curso), tardia (estágios de internato) ou voluntária (atividades extracurriculares).	7. Propõe uma exposição curricular (obrigatória) ao longo de todo o curso de forma continuada.

IDA	UNI
8. Criaram os “Centros de Saúde-Escola”, um braço de extensão da universidade na comunidade, freqüentemente gerenciado e mantido pela universidade e, não raro, desarticulado do sistema de saúde.	8. O aprendizado se dá no sistema local de saúde. Não há “Centro de Saúde-Escola”; todas as unidades da rede são cenários potenciais de ensino e são administrados pelo Sistema Local de Saúde.
9. Podiam prescindir de uma organização racional do sistema de saúde, na medida em que os Centros de Saúde-Escola estavam respaldados pelo Hospital Universitário ou outros serviços da própria Universidade.	9. Exige uma organização racional do sistema de saúde para que o estudante vivencie o que se passa nos diversos níveis de atenção e não tenha uma visão fragmentada da atenção primária de saúde.
10. Os profissionais dos serviços atuam marginalmente com o recurso docente.	10. A universidade é estimulada a incorporar os profissionais de serviço como recurso docente.
11. Enfatizaram as ações e o ensino da atenção primária.	11. O aprendizado se dá nos diversos níveis de atenção do sistema local de saúde.
12. Elegeram preferencialmente comunidades marginalizadas e carentes, estimulando no aluno a percepção de que a medicina de comunidade ou familiar é algo idealizado para populações carentes.	12. Elegem um setor geográfico onde está representado um corte da comunidade, com diferentes estratos sociais evitando a falsa relação medicina familiar = populações marginalizadas.
13. A comunidade foi beneficiária dos serviços, mas sua participação freqüentemente foi passivo-receptiva.	13. A comunidade é envolvida desde o princípio como parceira da iniciativa, buscando-se uma participação ativa.
14. Alunos e professores freqüentemente usaram a comunidade como objeto de estudos e observação.	14. Exige um compromisso dos professores e alunos com a comunidade, a qual realmente participa do projeto como sujeito.

Fonte: Tancredi, 1995c.

Segundo Chaves & Kisil (1994), “O UNI não é mera continuidade das experiências anteriores. (...) é bem mais do que isso. Possui novas dimensões. O UNI representa uma nova *gestalt*, agregando aspectos específicos à soma das experiências anteriores, como o de equipe multiprofissional, ênfase na dimensão pedagógica, enfoque familiar, estreitamento da relação com a comunidade e desenvolvimento sincrônico de líderes para atuar nos três componentes”. As novas dimensões mencionadas foram melhor identificadas e explicitadas no decorrer do desenvolvimento do programa e estão apresentadas em documento específico, elaborado pela equipe de avaliação do Programa (FUNDAÇÃO, 1995b).

Essas dimensões, apresentadas a seguir, podem ser entendidas como conceitos ou campos potenciais do desenvolvimento teórico-prático das ações dos projetos:

Parceria: é a aliança entre atores diferentes para a conquista de fins comuns, constituindo uma modalidade de cogestão, a partir da qual os vínculos entre os parceiros se dão em pé de igualdade ou semelhança. Modalidade de gestão superadora dos poderes próprios de cada parceiro, orienta-se para o desenvolvimento dos componentes e do conjunto, contribuindo na democratização dos processos. O estabelecimento de relações horizontalizadas entre universidades, serviços de saúde e comunidades objetiva criar espaços reais de troca, interlocução e transformação mútua. A parceria envolve mudanças nas posturas e nos valores existentes nos três componentes como, por exemplo, a ruptura das barreiras de comunicação, do isolamento entre as instituições e sua aproximação da realidade social.

Desenvolvimento de lideranças: é um aspecto estratégico e instrumental para promover e institucionalizar as mudanças e inovações dos projetos. Trata-se de desenvolvimento de lideranças para a mudança. Esta expressão refere-se às pessoas ou grupos dotados de visão de futuro e do cenário a construir; capazes de trabalhar com divergências; capacitados para reconhecer seus contextos e as tendências globais e locais; possuidores não só de flexibilidade para adaptar-se ativamente, como de atitudes de serviço e, portanto, instrumentalizados para exercer papel de condução dos projetos/processos.

Institucionalização: refere-se ao enraizamento dos processos e inovações, geradas pelos projetos, nas instituições envolvidas. Em grande parte, depende do alcance e das adesões conquistadas, das adequações das políticas institucionais, do desenvolvimento normativo-legal e das estratégias para a sustentabilidade econômico-financeira.

Segundo Tancredi (1995b), “Institucionalização das inovações e sustentabilidade dos processos de transformação são os dois maiores desafios de projetos sociais e, com uma frequência assombrosa, são negligenciados (...). A institucionalização é a incorporação das práticas inovadoras nos procedimentos de rotina da organização. A expressão *sustentabilidade* tem interpretação variada, associada à ideia de renovação do financiamento do projeto, à capacidade do projeto de gerar seus próprios recursos ou à diversificação das fontes de financiamento do projeto”. Portanto institucionalização e sustentabilidade referem-se, na proposta UNI, aos processos de mudança e não aos projetos em si, o que se aproxima da ideia de mudança permanente e organizações inteligentes.

Desenvolvimento da comunicação e do trabalho em rede: implica em vínculos ou articulações com outros projetos e organizações similares, para o intercâmbio e transferência de experiências. A comunicação é um aspecto instrumental decisivo neste trabalho que pressupõe a reflexão, a sistematização das lições aprendidas e a disseminação, com vistas à replicação dos modelos.

Cada projeto precisa desenvolver um trabalho interno na área de comunicação social para facilitar a sua própria implementação. Num primeiro momento, a comunicação visa a aumentar as adesões. Posteriormente, serve para consolidar a identidade da proposta e fortalecer as relações de parceria. Além disso, os projetos precisam desenvolver um trabalho de comunicação para audiências externas, visando à promoção de mudanças nas políticas públicas das áreas afins ao campo de desenvolvimento de rns.

O trabalho em rede implica no intercâmbio permanente entre os projetos, entre as pessoas e organizações nele envolvidas, tanto quanto na inter-relação destes com outras iniciativas e/ou instituições nas quais se identificam interesses ou objetivos comuns. Semelhante trabalho pressupõe e revela capacidade dos sujeitos em olhar para além de si e das suas realidades específicas, em ter abertura, humildade e generosidade para aprender com outras experiências. Exige também, de seus participantes, preparação para mostrar a sua própria experiência e contribuir para o surgimento e implementação de outras experiências e processos.

Desenvolvimento da avaliação interna dos projetos: é uma estratégia importante para melhorar o processo de tomada de decisões, para a reprogramação e para a disseminação. É uma ação contínua e permanente que requer espaços, momentos e recursos específicos.

Os processos de avaliação interna devem ser construídos nas fases de formulação e de implementação dos projetos. Devem ser concebidos e instalados junto às direções dos projetos, de maneira a apoiar os processos de tomada de decisão e garantir a direcionalidade das ações desenvolvidas. Deve envolver os parceiros de maneira equitativa e propiciar o crescimento crítico-reflexivo de toda a equipe nos níveis político, gerencial e operacional.

Pertinência: é a coerência das atividades de planejamento e de execução dos projetos em relação ao ideário UNI. Diz respeito à harmonia e ao equilíbrio das ações em cada componente, ao desenvolvimento dos

modelos e ao avanço global dos projetos. Registre-se que, nos documentos-base elaborados para subsidiar o planejamento e a gestão dos projetos (TANCREDI & KISIL, 1994; MOTTA, 1994), ocorre um “mix” de conceitos e categorias do campo do planejamento estratégico, da área de gerência de projetos e da gerência estratégica.

Desenvolvimento acadêmico: refere-se às mudanças produzidas e incorporadas nas instituições universitárias envolvidas nos projetos. Diz respeito às mudanças nos conteúdos temáticos (o que se ensina), nas metodologias de ensino-aprendizagem (como e onde se ensina), na preparação didático-pedagógica dos professores e dos profissionais dos serviços (quem ensina) e nas formas de avaliação dos alunos e da docência.

Conforme registra Rosa (1994), as premissas que compõem o desenvolvimento acadêmico, preconizado pela proposta UNI, decorrem dos resultados do Projeto EMA e da 1.^a Declaração de Edimburgo, configurando-se numa iniciativa voltada a apoiar a realização das prioridades e estratégias educacionais, estabelecidas teoricamente naqueles documentos. Na compreensão da autora mencionada, “(...) os projetos UNI devem funcionar como estímulo ao processo de mudança dos cursos de graduação que, gradativamente, por ajustes sucessivos, a partir do modelo de serviço, devem alcançar maior grau de orientação comunitária, maior coerência entre seus elementos constitutivos, maior consequência entre os perfis educacionais e os ocupacionais, considerados os perfis de morbidade e mortalidade da população”.

As mudanças esperadas nos conteúdos temáticos referem-se aos seus enfoques (direcionalidade social, epidemiológica, familiar), à articulação entre os conteúdos dos ciclos básico e clínico, à incorporação de conteúdos específicos para os novos cenários de ensino-aprendizagem (comunidade e serviços de primeiro e segundo níveis de atenção) e ao desenvolvimento de conteúdos comuns para alunos de diferentes cursos. Já as mudanças das metodologias de ensino-aprendizagem se referem ao grau de introdução da interdisciplinaridade, de práticas educativas multiprofissionais, à diversificação dos cenários, à participação de profissionais dos serviços, de atores comunitários e à utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Desenvolvimento dos serviços: refere-se à estruturação de SILOS na área de atuação dos projetos, a adequações estruturais e mudanças nas modalidades de atenção, ao grau de incorporação das atividades de

ensino-aprendizagem e de pesquisa nas redes, particularmente nos serviços de primeiro nível, às formas de participação social na gestão dos serviços e no desenvolvimento das ações de saúde.

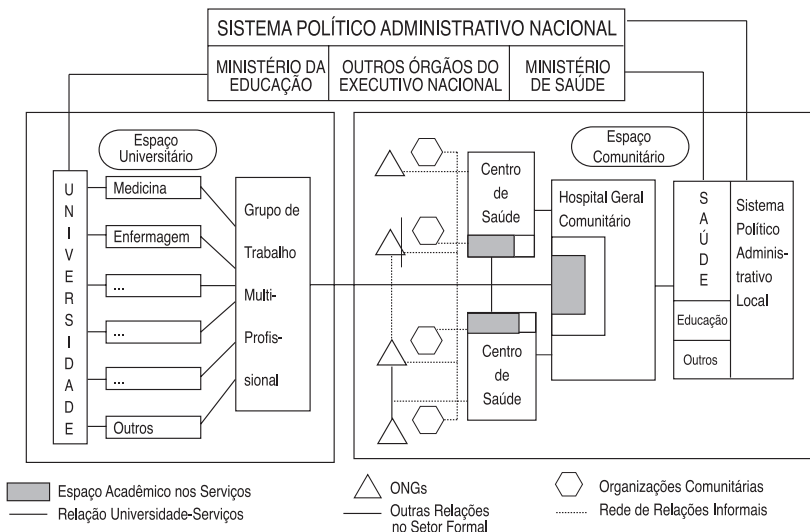
O enfoque, adotado no documento-base para o desenvolvimento desta dimensão, guarda estreita relação com a produção técnica da OPS sobre SILOS e é, basicamente, uma proposta de mudança de práticas institucionais, profissionais e sociais relacionadas à saúde. Utilizando o conceito de prática como instrumento para transformação de uma dada realidade concreta, através do trabalho socialmente organizado, Loureiro (1994) afirma que esta, no que diz respeito à saúde, “(...) pode ser uma prática de transformação de certas técnicas de prevenção, promoção ou recuperação da saúde. Pode ser, também, um processo de reorganização do poder institucional, ou uma mudança nas formas com que se expressa a participação da comunidade organizada”. Registre-se que, no texto referido, se faz clara recomendação do planejamento estratégico situacional como metodologia para elaboração de projetos.

Desenvolvimento comunitário: diz respeito ao fortalecimento das comunidades residentes nas áreas de atuação dos projetos, particularmente em questões de saúde, mas também envolve outros aspectos sociais no tocante à melhoria da qualidade de vida. Trata-se do desenvolvimento das facultades próprias da comunidade para reivindicar, intervir e participar da gestão das instituições. Implica na identificação das organizações sociais existentes, no desenvolvimento de ações de capacitação nas práticas de autocuidado (individual, coletivo e do meio ambiente) e na geração de espaços e formas de participação nas estruturas institucionais.

Conforme assinala Izquierdo (1994), a dupla natureza do ator “comunidade”, destinatário e, ao mesmo tempo, protagonista, nos projetos UNI, é fonte potencial de conflitos e confusões. O desenvolvimento comunitário e a participação social preconizados na proposta UNI não são equações simples, mas complexas e vinculadas; trata-se de modificar concepções, atitudes e modalidades de atuação não só dos atores comunitários, mas também das instituições acadêmicas e de serviços, de modo a que se facilite o surgimento de espaços para que a participação se concretize e produza resultados.

Na Figura 7, estão representados graficamente os principais sujeitos envolvidos num projeto UNI, os espaços que ocupam e as interações entre eles.

FIGURA 7 – Concepção de um Projeto UNI: atores sociais, espaços de ação e suas relações.



Fonte: Chaves & Kisil, 1994.

Além dos espaços universitário e comunitário, de ação imediata e definidores concretos dos campos de atuação e inter-relação dos sujeitos envolvidos, há um terceiro, de ação mediata, “(...) que em linguagem sistêmica poderia ser denominado de supra-sistema e, em linguagem de gerência, de contexto externo (...) do qual fazem parte todos os aspectos institucionais que predefinem os limites de flexibilidade permitidos aos projetos UNI para promover as mudanças. O terceiro espaço é, pois, o que impõe os limites à autogestão do projeto local em todos os seus componentes. (...) Mas, embora tenha que conviver com as limitações impostas pelo contexto externo, o projeto terá, numa ação de médio e longo prazo, a possibilidade de influenciar políticas, normas, regulamentos, na medida em que seu êxito possa ser claramente demonstrado” (CHAVES & KISIL, 1994).

Além dos projetos locais, o outro elemento essencial ao desenho da Proposta UNI, conforme mencionado, diz respeito ao programa de apoio aos projetos. Uma das características dessa proposta é a de que ela

não se limita à concessão de doações para a implementação dos projetos. Também se propõe a levar adiante um amplo programa de suporte, visando a favorecer a capacitação das pessoas e instituições envolvidas, a ampliar as possibilidades dos projetos terem sucesso e a sistematizar as experiências adquiridas para a disseminação de novas alternativas na educação dos profissionais de saúde.

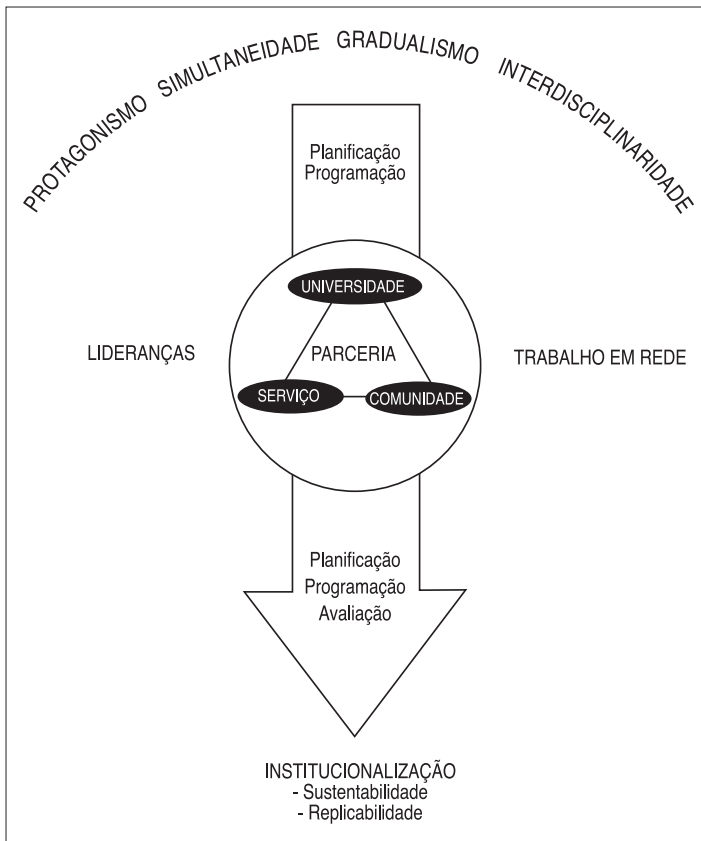
O programa de apoio, gerenciado diretamente pela coordenação do Programa UNI, fundamenta-se em premissas orientadoras da sua atuação e dos próprios projetos:

1. Protagonismo ativo dos grupos condutores dos projetos, num reconhecimento de que a equipe dirigente e todos os demais participantes são sujeitos dos processos. O protagonismo ativo, principal ferramenta para se alcançar a organização autogerenciada, deve contemplar:
 - a) capacitação, entendida como desenvolvimento individual e grupal de capacidades e habilidades;
 - b) ampliação do espaço de poder, entendida como real alargamento da esfera de alcance das decisões e intervenções.
2. Gradualismo dos processos de implementação de soluções para as necessidades dos projetos. Implica na abordagem progressiva de problemas de complexidade crescente, sempre de acordo com a capacidade dos sujeitos e de forma a nunca ultrapassar sua capacidade de condução.
3. Paralelismo e simultaneidade das atividades de diagnóstico, programação, implantação e avaliação, com predomínio de uma delas conforme os momentos específicos da vida dos projetos.
4. Enfoque interdisciplinar das propostas de solução para os problemas enfrentados no desenrolar dos projetos. Significa levar em conta todos os aspectos dos problemas, suas implicações e repercussões em todos os níveis e esferas.
5. Evolução sincrônica dos componentes.
6. Sistematização dos processos e resultados, viabilizando o aperfeiçoamento da proposta e do seu potencial de disseminação.

As dimensões, os conceitos e as premissas apresentadas compõem um conjunto interdependente que se convencionou chamar de “ideário UNI” e constituem o eixo diretor tanto do desenvolvimento dos projetos quanto da sua avaliação.

O diagrama exposto na Figura 8 procura estabelecer, esquematicamente, um nível de articulação entre os elementos do ideário, representando hipóteses acerca de como se produzirão as mudanças esperadas, base de sustentação dos projetos UNI.

FIGURA 8 – Diagrama da concepção teórico-metodológica da proposta UNI.



Fonte: Fundação, 1995a.

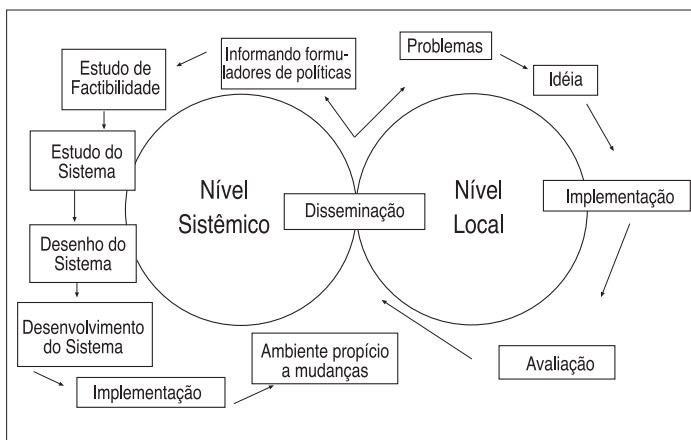
A teoria da mudança, que sustenta a proposta, fundamenta-se na interação entre as dimensões, conceitos ou campos teórico-práticos de desenvolvimento dos projetos, já expostos, e nas premissas do programa de apoio mencionadas acima.

Em síntese, a proposta assume que as mudanças nas universidades se produzirão através de uma série de inovações: nos conteúdos curriculares, nas metodologias de ensino-aprendizagem e outras. As mudanças nos serviços serão efetivadas, mediante outras inovações como, por exemplo: a orientação epidemiológica, a ação intersetorial e a participação social nos processos de gestão. As mudanças nas comunidades ocorrerão principalmente através do fortalecimento das capacidades e habilidades das pessoas e das organizações.

A parceria entre pessoas e organizações da universidade, dos serviços e da comunidade propiciará interações que induzirão e favorecerão as mudanças em cada componente e no conjunto. Os processos de gestão (planejamento, execução, avaliação) dos projetos, das instituições e organizações sociais envolvidas, constituem pilares fundamentais para se levar adiante as mudanças graduais propostas. Também desempenham papel importante a capacitação de líderes, o trabalho em rede, a comunicação e a institucionalização. Todas as dimensões têm relevância, pois o que parece ser instrumental pode se transformar, por momentos, em estratégico e desencadear transcendentais alterações para o conjunto.

A concepção teórica de mudança incorporada pelo ideário UNI considera que a disseminação das lições aprendidas na evolução dos projetos pode promover mudanças sociais ou sistêmicas. Na Figura 9, observa-se à direita os momentos principais que os projetos de âmbito local apresentam durante seu ciclo de vida e, à esquerda, os elementos centrais de um processo de mudança sistêmico.

FIGURA 9 – Interconexão entre os processos de mudança nos âmbitos local e sistêmico.



Fonte: Fundação (1997c).

No centro, interligando as circunferências que simbolizam os dois níveis, observa-se a disseminação. Partindo do pressuposto de que as lições aprendidas durante o ciclo de vida de um projeto local podem ser úteis não somente para os seus sujeitos, mas também para outros sujeitos sociais que se defrontam com problemas similares, a disseminação dessas lições pode dar início a processos de mudança social.

Para que isso ocorra, há necessidade de intervenções estrategicamente planejadas, contemplando a influência sobre formuladores de políticas, estudos de viabilidade, a análise, desenho e desenvolvimento de novos sistemas (por exemplo, de educação médica num determinado país) e a implementação de atividades. Um sistema de avaliação permanente identificaria novas demandas e desencadearia novos ciclos de mudanças.

Considera-se que o próprio desenvolvimento duradouro das mudanças obtidas pelos projetos em nível local depende de esforços bem sucedidos e da aprovação de novas políticas públicas. Em outras palavras, o sucesso dos projetos depende da sua capacidade de desencadear mudanças sistêmico-estruturais (FUNDAÇÃO, 1997c).

IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Dentro do prazo estabelecido pela carta-convite, a Fundação Kellogg recebeu cerca de 150 cartas de intenção, com propostas preliminares de projetos de desenvolvimento da formação de rsh. Destas, após análise realizada por um comitê assessor, constituído pela coordenação do Programa para a América Latina e Caribe, quinze foram, inicialmente, selecionadas. Por iniciativa da coordenação do programa, enquanto transcorria o período de implantação dos quinze projetos iniciais, a Fundação Kellogg analisou e aprovou outros oito.

A distribuição geográfica dos 23 projetos UNI em onze países latino-americanos pode ser visualizada na Figura 10.

FIGURA 10 – Distribuição geográfica dos projetos UNI na América Latina.



Em levantamento realizado em 1995, os 23 projetos envolviam: 103 cursos universitários, 2.308 professores e 21.077 estudantes universitários, 224 unidades de saúde dos três níveis de atenção, 1.584 profissionais de saúde e 624 organizações comunitárias. A população total estimada, residente nas áreas dos 23 SILOS em construção pelos projetos, era de 3.793.860 habitantes.

No decorrer das fases de implantação dos projetos, foram intensas as atividades promovidas pelo programa de apoio aos mesmos. Algumas responderam à demandas manifestadas pelos projetos, individualmente ou em grupos; outras resultaram de iniciativa da própria coordenação do programa que, acompanhando a evolução dos projetos, detectou debilidades e/ou ameaças.

Além de promover as atividades de apoio, a coordenação do Programa UNI constituiu, em 1993, uma equipe de consultores, vários deles com participação desde a fase de concepção da proposta, encarregada de elaborar e efetuar a avaliação do Programa. O plano preliminar de avaliação foi discutido com os diretores dos projetos e os coordenadores das equipes de avaliação interna visando analisar a metodologia proposta e estabelecer a sua interação com os processos de avaliação interna formulados no âmbito de cada projeto.

A escolha da estratégia avaliativa foi muito influenciada pela experiência da unidade de avaliação da Fundação Kellogg, nos Estados Unidos, que aplicou pela primeira vez, em 1988, um novo desenho avaliativo, denominado “cluster evaluation”. Desde então, essa estratégia vem sendo aplicada em várias áreas de trabalho da própria Fundação, e também tem sido utilizada por outras agências, públicas e privadas, nos Estados Unidos e na Europa. Para se fazer uma ideia da disseminação dessa nova proposta avaliativa, aplicável a programas complexos, constituídos por “multi-site projects”, vale registrar que, em 1994, a Associação Americana de Avaliação criou um grupo de estudos especial sobre avaliação de cluster.

Conforme expõe Sanders (1997), avaliação de cluster é um tipo de avaliação de programas. É avaliação de programas constituídos por projetos em várias localidades, com objetivos comuns de mudança (...) tem algumas características básicas: (a) é holístico; (b) é orientado para resultados; (c) busca obter lições generalizáveis e (d) envolve comunicação intensa e colaboração entre parceiros.

Recentemente, a coordenação do Programa UNI tomou a iniciativa de desencadear um processo de sistematização. Dois seminários realizaram-se em agosto e setembro de 1997, reunindo a coordenação do Programa UNI, membros do “staff” da Fundação Kellogg na América Latina, representantes dos projetos, membros da equipe de avaliação do cluster UNI e especialistas externos. Os seminários buscaram promover o aprofundamento teórico-conceitual e metodológico, tanto do ideário UNI como dos processos efetuados e dos resultados alcançados pelos projetos.

O dimensionamento do grau de avanço obtido pela proposta e seu impacto, real ou potencial, no cenário latino-americano, fazem parte das preocupações atuais de todos os atores que participam do seu desenvolvimento. Os seminários visaram a iniciar um processo de esclarecimento e aprofundamento teórico abordando questões do tipo:

- As mudanças vêm ocorrendo na direção desejada? Qual a natureza dessas mudanças? Qual o seu impacto?
- Quais mudanças ocorreram nos espaços onde se desenvolvem os projetos? Como e por que ocorreram? Quais foram as estratégias empregadas?
- Quais lições podem ser extraídas do sucesso ou insucesso das experiências?
- O que é necessário para conferir sustentabilidade aos processos de mudança?

A discussão conjunta destas questões, envolvendo todos os sujeitos da proposta, deverá resultar, a curto e médio prazo, na sistematização das experiências, na produção de conhecimentos e no equacionamento teórico mais aprofundado da proposta UNI, elementos essenciais à disseminação e promoção ampliada de mudanças na educação dos profissionais de saúde.

PROCESSOS E RESULTADOS

Os processos e resultados da proposta UNI apresentados a seguir têm por base os Informes de Avaliação do Cluster UNI (FUNDAÇÃO, 1997a; FUNDAÇÃO, 1997b), as análises produzidas no decorrer do desenvolvimento do programa de apoio (FUNDAÇÃO, 1997c) e observações pessoais decorrentes da experiência vivida junto ao projeto de Londrina e a outros projetos UNI visitados. Os processos e resultados dizem respeito ao:

1. desenvolvimento integrado de novos modelos acadêmicos, de sistemas locais de saúde e da comunidade;
2. desenvolvimento da gestão do Programa UNI, dos projetos locais e dos processos de mudança ocorridos nos três componentes: universidade, serviços e comunidade.

***Desenvolvimento integrado de novos modelos acadêmicos,
de sistemas locais de saúde e da comunidade***

Os três campos a que se refere este desenvolvimento integrado correspondem aos três componentes e, também, a três das nove dimensões da estratégia de avaliação adotada na proposta. Embora apresentados a seguir separadamente, para fins de maior clareza e como resultado de uma ainda incipiente construção epistemológica (que reflete, pelo menos em parte, o desenvolvimento mais segmentado do que integral dos campos), eles devem ser entendidos como parte de um conjunto.

Novos Modelos Acadêmicos

As mudanças preconizadas e que contribuem para a conformação de novos modelos acadêmicos dizem respeito a: a) conteúdos temáticos; b) metodologias de ensino-aprendizagem; c) capacitação pedagógica dos professores; d) avaliação dos processos de aprendizagem e da docência. Há, no conjunto das experiências apoiadas pela proposta, mudanças em graus variados de profundidade e de interdependência acerca desses aspectos, que se traduzem em nível dos currículos e das estruturas acadêmico-administrativas.

Registram-se processos de incorporação de novos conteúdos, com enfoque epidemiológico, familiar e de articulação biológico-social, em resposta ou como parte integrante da diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem e das práticas multiprofissionais. Os novos cenários criados em ambientes comunitários e nos serviços de saúde de primeiro e segundo níveis de atenção são utilizados ao longo dos cursos, com maior concentração nas disciplinas clínicas. Diferentemente do que acontecia em 1993, em 1996 todos os cursos de medicina tinham no mínimo 5% da carga horária curricular nestes cenários, havendo nove com mais de 10%. Apesar de existir um processo de crescimento da carga horária curricular,

desenvolvida nesses novos cenários, ainda há o franco predomínio dos cenários tradicionais, constituídos pelas salas de aula, laboratórios acadêmicos, ambulatórios e enfermarias dos hospitais universitários de terceiro nível de atenção, espaços privilegiados, segundo o paradigma flexneriano, de produção da saúde e do ensino.

Segundo a proposta, nos espaços comunitários e nos serviços de primeiro e segundo níveis de atenção, aumenta a possibilidade do paciente ser sujeito e não somente objeto da atenção dedicada pelos profissionais e aumentam também as condições de interação multiprofissional. Os espaços comunitários são os locais onde a atuação dos alunos, professores e profissionais dos serviços se volta à construção dos meios necessários a que a comunidade viabilize sua participação ativa como sujeito do processo de produção da saúde.

Nesse contexto, vêm ganhando relevância as experiências de autocuidado (de caráter individual e coletivo; sobre problemas biomédicos e socioambientais), na medida em que significam passos rumo à maior apropriação e autonomia da população em relação à sua própria saúde. Nas unidades de saúde de primeiro e de segundo níveis de atenção, além da possibilidade mais concreta de participação dos profissionais dos serviços em atividades de ensino e pesquisa, aos alunos e professores são apresentadas oportunidades de atuação sobre problemas de saúde identificados pela população e do desenvolvimento de uma atenção mais integral e integrada.

Os novos conteúdos temáticos que vêm sendo incorporados exigem, pela própria natureza dos problemas enfrentados, processos de crescente aproximação e domínio da interdisciplinaridade, bem como de movimentos de superação das clássicas dicotomias dos conteúdos das ciências básicas e dos ciclos clínicos. Em alguns projetos, a interdisciplinaridade é assumida como instrumento metodológico para ajudar na construção de novas práticas de ensino e de pesquisa no campo da saúde, em decorrência da crescente complexidade das situações a serem enfrentadas, da incorporação tecnológica e das novas modalidades de prestação de serviços.

Quanto às metodologias de ensino-aprendizagem, as experiências são, em sua maioria, mais restritas, localizadas em disciplinas ou grupos de disciplinas, tanto básicas como clínicas e, em alguns casos, de integração de ambos os ciclos. Até início de 1999, somente em três projetos – Cali, Marília e Londrina – ocorreram processos mais abrangentes de mudança

nos conteúdos e estruturas curriculares. Nos últimos dois casos, vêm existindo processos que combinam as metodologias Problem Based Learning (PBL) e problematizadora como eixo central dos novos currículos. Há também iniciativas que adotam as modalidades de “problem-solving”, de estudo-trabalho e de ensino-pesquisa-ação.

Verifica-se, em muitos casos, confusões teórico-conceituais e metodológicas, decorrentes do pouco acúmulo de conhecimentos e de práticas no campo das novas concepções educacionais da escola crítica-reflexiva. É muito grande o peso da tradição dos modelos pedagógicos sustentados na concepção educacional de transmissão do conhecimento. Mas, na maioria dos projetos, são introduzidas concepções pedagógicas que colocam o estudante como sujeito que aprende a aprender, que enfocam e priorizam o trabalho de facilitador do professor-tutor, que valorizam o estudo independente e a inter-relação entre aprender e fazer. Algumas experiências adotam, com clareza, a definição conceitual de ensinar-fazendo e aprender-trabalhando, superadora da dicotomia teoria-prática, criando condições favoráveis para a ação-reflexão-ação como modelo de intervenção nos processos de ensino-aprendizagem e no trabalho colaborativo e solidário entre sujeitos sociais da universidade, dos serviços e da comunidade.

Quanto à capacitação pedagógica dos docentes e à adoção de novas metodologias de avaliação do seu trabalho e dos alunos, há experiências que apontam para maior apropriação e utilização do conhecimento didático-pedagógico, reconhecidamente deficitário nas instituições, em particular nos cursos de medicina. Em muitos casos, foram criadas estruturas horizontalizadas, do tipo Núcleos de Apoio Pedagógico, que se ocupam de prestar assessoria aos processos em andamento.

Do ponto de vista estrutural, além dos núcleos citados, os novos modelos acadêmicos que se desenvolvem contemplam o fortalecimento dos colegiados de curso (comitês de currículo), a criação de comissões permanentes de desenvolvimento curricular integrado (de vários cursos) e de outros instrumentos voltados à horizontalização das relações e democratização das administrações acadêmicas. Também cabe registrar que, em alguns projetos, estes novos modelos em desenvolvimento significam: a diminuição da importância das estruturas extensionistas (comissões de extensão dos departamentos, das faculdades); a desativação de Postos e Centros de Saúde-Escola, através da sua transferência para

os sistemas locais de saúde (Londrina e Marília); a extinção, em um caso (Marília), dos departamentos na estrutura acadêmico-administrativa, substituindo-os por grupos interdisciplinares de trabalho (GITs).

Em alguns cursos ou instituições envolvidas verifica-se o crescimento da participação estudantil na discussão das mudanças. Observa-se também o estabelecimento de alianças entre segmentos docentes renovadores, oriundos parcialmente da área de saúde pública/coletiva/medicina preventiva e social, de pediatria, de certas áreas da clínica médica e de certas áreas básicas. As oposições mais acentuadas se localizam em áreas da clínica cirúrgica, na clínica médica e, em alguns casos, na própria área de saúde pública. Neste último caso, as motivações giram em torno da ocupação de espaços técnico-políticos na estrutura do projeto (lembrar que esta área sempre foi detentora da condução das experiências precedentes de articulação docente assistencial) e de divergências político-institucionais.

No que diz respeito à inserção institucional dos projetos no plano das estruturas de condução das universidades, verifica-se o predomínio de vinculações diretas com os gabinetes dos diretores de faculdades e/ou dos Reitores, havendo, em menor número, vinculações estabelecidas junto às Pró-reitorias de extensão, de ensino de graduação ou de pesquisa.

O desenvolvimento dos sistemas locais de saúde

As mudanças preconizadas e que contribuem para a construção dos SILOS, base operacional do desenvolvimento das ações dos novos modelos acadêmicos, dizem respeito a: a) incorporação de atividades docentes; b) adequações estruturais; c) novas modalidades de atenção. O objetivo consiste na conformação de sistemas locais de saúde com características acadêmicas (o que não é sinônimo de dizer-se de “natureza acadêmica”). Assim, tais sistemas se tornam capazes de responder às necessidades sentidas e identificadas pelas populações nas áreas onde exercem influência, servindo como campo de atuação das universidades para o desenvolvimento de atividades de ensino-aprendizagem, integradas às atividades de atenção à saúde e de desenvolvimento comunitário.

Há, no conjunto das experiências: processos de incorporação de funções docentes em unidades de saúde de primeiro e segundo níveis de atenção; procedimentos e processos de territorialização nas áreas

geodemográficas, discriminando subáreas de risco e/ou prevalência de problemas de saúde; processos voltados ao aperfeiçoamento dos subsistemas de informação epidemiológica e de gerenciamento da atenção, geralmente utilizando infraestrutura computacional; mecanismos de referência e, em um número reduzido de projetos, de contrarreferência de pacientes entre unidades de diferentes níveis de atenção.

Ainda em estágios incipientes observa-se a existência de novas modalidades de atenção, tanto promocionais (vigilância epidemiológica e sanitária) como curativo-reabilitadoras (cirurgia ambulatorial, internação domiciliar), havendo, inclusive, a estruturação de equipes de saúde que se dedicam à atenção nos espaços comunitários e domiciliares. Além disso, verifica-se o fortalecimento da capacidade gerencial nos primeiro e segundo níveis de atenção e a geração de espaços e mecanismos de participação comunitária no desenvolvimento de ações (grupos de autoajuda) e na gestão das unidades de saúde.

Em alguns casos, registram-se melhorias no acesso e na cobertura das unidades que compõem os SILOS, embora se verifiquem ainda muitas debilidades na construção de “portas de entrada” eficazes para um (ainda) idealizado sistema de saúde hierarquizado, que permanece dicotomizado, principalmente em relação aos serviços de terceiro nível, o que compromete a resolutividade e a equidade. Verificam-se também deficiências na estruturação e funcionamento do trabalho multiprofissional, no entanto a presença de alunos e de professores (estes em menor intensidade que o desejável) e, principalmente, a ação de sujeitos/agentes comunitários vêm levando à ampliação do conceito de saúde, estimulando os serviços a enfrentarem problemas mais abrangentes e de alcance intersetorial.

A incorporação de profissionais dos serviços em atividades de ensino ainda é incipiente em muitos projetos, refletindo dificuldades operacionais e também as resistências do corpo acadêmico, mais precisamente docente, em reconhecer a contribuição desses profissionais no processo de formação.

Verifica-se que a parceria com a comunidade e a universidade vem impulsionando os serviços para que se incorporem novas práticas, embora a integralidade da atenção sofra limitações importantes em decorrência dos perfis e capacidades profissionais prevalentes. Também são incipientes o enfoque familiar e a abordagem de questões relacionadas à ética e à humanização. Os projetos que mais avançaram nas mudanças dos modelos

de prestação de serviços foram aqueles que investiram no fortalecimento da gerência do SILOS. O esforço desses projetos, no sentido da criação de cargos intermediários de direção ao nível das unidades e da capacitação de seus ocupantes, vem propiciando condições para a redefinição de responsabilidades e compromissos dos serviços junto aos demais parceiros.

De maneira geral, os serviços vêm sendo questionados e pressionados pela comunidade, o que, apesar dos conflitos gerados, vêm resultando em continuidade e aprofundamento da parceria. Por outro lado, os serviços têm demandado maior apoio e participação da universidade na educação permanente dos seus profissionais, obtendo, na maior parte das vezes, respostas insuficientes.

O desenvolvimento comunitário

As mudanças preconizadas, que contribuem para o desenvolvimento comunitário, dizem respeito a: a) identificação e interação com as organizações comunitárias; b) fortalecimento das organizações comunitárias em capacidades e habilidades para o cuidado da saúde; c) novas formas de participação. O objetivo deste processo é a participação ativa da comunidade e de suas organizações em todos os assuntos que dizem respeito à saúde, desde o envolvimento na realização de ações de saúde, na participação nos conselhos de gestão das unidades até a interferência na definição das prioridades e inversão de recursos no setor. Essa participação ativa contribui para o desenvolvimento da cidadania, fortalecimento das organizações e conquista de níveis crescentes de autonomia nos processos sociais em geral.

Apesar de existir o pressuposto da participação ativa da comunidade desde o início do processo de formulação dos projetos, na maior parte deles esta só começou com as propostas já aprovadas e já em processo de implementação. Coube à comunidade o procedimento mais complexo de conquista de espaços nas parcerias em construção. A tradição de relações mais igualitárias entre serviços e universidades contribuiu para o estabelecimento da parceria entre eles, o mesmo não ocorrendo com relação à comunidade. O acesso e compreensão dos sujeitos comunitários em relação ao ideário e aos conteúdos dos projetos se fez de maneira heterogênea e, muitas vezes, parcial.

Em vários casos, somente com o Encontro Internacional de Lideranças Comunitárias UNI realizado em Brasília (1996), houve

esclarecimento sobre a importância e potencialidade da proposta UNI em relação ao desenvolvimento e à participação comunitária. Em várias situações, só a partir desse evento as comunidades se sentiram esclarecidas e fortalecidas para reivindicar os seus direitos de parceiros nos projetos.

Observam-se processos de incorporação da temática de saúde nas agendas e pautas políticas de ação das organizações; transferência de ênfase da criação de grupos voluntários (hipertensos, diabéticos, adolescentes) para a conformação de conselhos/comitês/grupos de gestão nas unidades de saúde; pequena presença de ONGs locais com atuação nas áreas dos projetos, predominando as entidades de natureza associativa por vizinhança; fortalecimento das capacidades de identificar problemas, formular propostas e buscar apoio para soluções.

Nos locais em que a comunidade trabalha articuladamente com outros tipos de organizações, como as ONGs, ou em que se atingiu maior organicidade entre movimentos e organizações da área através, por exemplo, de Conselhos Comunitários Regionais, existe um trabalho intersetorial mais desenvolvido e as relações de parceria com a universidade e com os serviços se mostram mais estáveis e profícuas. Os estudantes, em muitos casos, constituem o elo forte de ligação entre universidade e comunidade. Verificam-se contribuições importantes da comunidade no terreno da ética das relações dos profissionais de saúde com os pacientes/comunidade e na redefinição dos papéis de cada um desses atores na produção da saúde.

A participação crescente dos membros das comunidades em atividades de extensão de cobertura, de promoção da saúde e, em alguns casos, de vigilância epidemiológica, são relevantes para a melhoria das situações de saúde das respectivas populações. Em um número menor de situações, verificam-se também formas mais evoluídas de participação, quando se põem em jogo as capacidades de exercício de direitos da cidadania. Ou seja, quando se constata a intervenção dos atores comunitários nas decisões e na avaliação da qualidade dos serviços, bem como nas discussões sobre temáticas relativas ao desenvolvimento dos modelos acadêmicos.

Desenvolvimento da gestão do Programa UNI, dos projetos UNI e dos processos de mudança ocorridos nos três componentes

A gestão do Programa UNI significa, essencialmente, a execução das atividades de apoio aos projetos e daquelas relativas à avaliação do cluster UNI. O volume aproximado de recursos financeiros despendidos pela Fundação Kellogg nestas atividades é de US\$ 5,5 milhões.

A gestão dos projetos, indissociavelmente relacionada à dos processos de mudança ocorridos (e em curso) nas universidades, nos serviços de saúde e nas comunidades, diz respeito à intrincada e complexa gama de ações desencadeadas com vistas a alcançar os objetivos propostos.

Os processos desencadeados e os resultados obtidos na esfera de gestão da proposta (gestão de Programa + gestão dos projetos e dos processos), considerada, para fins deste estudo, como o seu quarto componente, de natureza instrumental-estratégica, para alguns observadores externos é o componente “que faz a diferença”. Tais processos podem ser analisados através do desenvolvimento das seguintes dimensões: parceria, liderança, institucionalização, comunicação e trabalho em rede, avaliação e planejamento.

Desenvolvimento da parceria

Considerada, na fase atual de desenvolvimento do programa, por muitos dos sujeitos da proposta, como a sua “marca registrada” ou a sua “ideia-força”, a parceria, inicialmente, era preconizada como um aspecto instrumental a ser construído entre os atores (pessoas e organizações) das universidades, dos serviços e das comunidades na esfera dos projetos locais. No decorrer dos processos, ganhou novo significado. Refere-se não só às relações técnico-políticas que foram estabelecidas na esfera dos projetos, mas também às relações destes entre si e do programa com os projetos e com outros sujeitos e atores, externos à proposta UNI.

Contudo, a essência da parceria, no contexto da proposta, refere-se às relações trilaterais e holísticas no âmbito dos projetos. Reconhece-se que o fato da doação dos recursos aos projetos (portanto, aos três parceiros “institucionais”, coautores dos mesmos), ter sido feita através das universidades, acarretou elementos adicionais de complexidade para a construção de parcerias legítimas. Muitos dos processos desenvolvidos

e os resultados encontrados na evolução integrada dos três componentes, no entanto, foram viabilizados graças à cogestão (política, gerencial e operativa) tripartite dos projetos. Para esta, foram decisivas as exigências (carta compromisso firmada pelos três parceiros; obrigatoriedade de comissões paritárias) da coordenação do Programa UNI, que desde o início sempre fez questão de afirmar, por exemplo, quanto aos recursos financeiros, que as universidades os recebiam em nome de todos os parceiros e que estes se destinavam ao desenvolvimento dos três componentes.

A parceria implica em redistribuição de poder e não há notícia de que esta tivesse sido obtida, onde vem ocorrendo, de forma tranquila. As alternâncias de poder formal nas organizações participantes dos projetos, decorrentes das suas próprias regras de funcionamento, constituíram momentos de turbulência nas relações de parceria estabelecidas, mas serviram também como momentos de aperfeiçoamento do diálogo, da gestão estratégica e do aprendizado democrático.

Há reconhecimento de que as ações em parceria produziram influências mútuas, provocando alterações nos vínculos e nas modalidades de ação dos diferentes sujeitos sociais. Serve de exemplo dessas influências mútuas a melhor compreensão e capacitação de atores comunitários, com relação às ações de autocuidado e às demandas frente aos poderes públicos. Também os profissionais dos serviços valorizam, de forma geral, os estímulos e oportunidades de atualização que lhes são oferecidas através do contato com os alunos e os professores. Estes, quando realizam práticas nos novos cenários, também valorizam as experiências adquiridas, como meio de adequação dos conteúdos curriculares, propiciado pela incorporação de temas/problemas com maior relevância.

Verifica-se que o estilo de condução dos projetos e sua estrutura organizativa exercem decisiva influência na construção das parcerias, havendo, portanto, uma interação dinâmica entre ambas as dimensões. A condução democrática e a estrutura colegiada, criando oportunidades para a partilha de informações, a transparência nas decisões e a busca do consenso são apontadas como elementos transcendentais. Mas, além disso, assinala-se que é preciso tornar as parcerias vantajosas e interessantes para cada um dos parceiros, estabelecendo-se agendas comuns que contemplem as pautas específicas, e propiciem colaboração recíproca na superação dos problemas particulares de cada parceiro e do conjunto.

A prática na execução dos projetos também revela que a possibilidade de participar efetivamente em todos os níveis de condução (político, gerencial, operativo) interfere diretamente no nível de apropriação dos parceiros em relação ao ideário UNI. Quanto mais os sujeitos das universidades, dos serviços e das comunidades se envolvem e reconhecem como suas as ideias e propostas levadas à frente pelos projetos, maiores os graus de compromisso e maiores as possibilidades das mudanças acontecerem. Essa apropriação tem sido fundamental para gerar adesão e força para mudar.

As atividades em parceria têm natureza distinta: algumas são próprias de cada componente, desenvolvidas entre os sujeitos internamente (por exemplo, entre professores e alunos ou entre disciplinas de diferentes cursos, ou entre profissionais de diferentes serviços ou ainda entre líderes ou organizações comunitárias); outras consistem em atividades conjuntas dois a dois – universidade-serviços, universidade-comunidade, serviços-comunidade – e outras envolvem os três parceiros principais da proposta. Ou seja, há momentos de acumulação de forças no interior de cada componente e há outros em que a interação entre eles desencadeia ou reforça movimentos de reflexão e de mudança.

Observa-se, em muitos casos, que as oportunidades mais comuns de compartilhamento de problemas e de reflexões, entre sujeitos que atuam nos três componentes, surgem no trabalho de campo. Provavelmente, em virtude das relações neste âmbito serem menos formais, menos estruturadas, é aí que os representantes da comunidade e também os alunos encontram maior possibilidade de se manifestar e interagir em pé de igualdade com os demais. São ainda poucos os casos de participação, de representantes da comunidade e dos serviços de saúde em comitês ampliados de currículo e em comitês de análise e aprovação de projetos de pesquisa.

Por ocasião do 1.º Seminário de Sistematização do Programa UNI, (São Paulo, agosto de 1997), algumas importantes contribuições adicionais foram registradas: a) a parceria deve considerar, para a operacionalização das suas ações, o conceito de equidade mais do que o de igualdade; b) a parceria deve ser tratada em sua multidimensionalidade, considerando seus conteúdos políticos, culturais, estruturais e subjetivos; c) a parceria nos projetos UNI deve ser vista como fim e como meio para provocar mudanças; d) a parceria deve ser compreendida como uma modalidade de

integração situacional, sustentada na diversidade de missões, na identidade de propósitos e na união de esforços, devendo ser desenvolvida com base em valores éticos; e) o desenvolvimento da parceria se dá por meio de processos coletivos e conflitivos de acumulação de poder entre diferentes sujeitos sociais em aliança que desenvolvem lutas contra-hegemônicas nos três componentes da proposta UNI.

Verificam-se dificuldades, no âmbito dos projetos, para a adequada conceituação e desenvolvimento da liderança para a mudança, mas novas atitudes e práticas, visando à identificação de líderes potenciais e sua capacitação, passaram a ser realidade em muitos casos. Aos poucos, os sujeitos dos projetos foram tomando consciência da importância da capacitação de lideranças capazes de mobilizar as forças necessárias para a implementação das mudanças. Ainda persiste, em muitos projetos, uma deficiente identificação de líderes “negativos”, opositores ou, conforme preferem as lideranças comunitárias de Leon/Nicarágua, “líderes críticos que nos exigem más” (PROYECTO, 1997). Isto reflete uma compreensão ainda parcial dos processos de mudança, processos eminentemente políticos que têm a ver, diretamente, com a correlação de forças estabelecidas.

Aparentemente, o “status quo” estabelecido (por exemplo, do modelo hegemônico da produção de médicos) mantém-se por inércia, “naturalmente”. A essência dos processos, contudo, reveste-se de permanente e nem sempre leal, disputa de projetos políticos entre seus atores e líderes. Desenvolver a liderança no contexto da proposta UNI significa, portanto, procurar aumentar a capacidade das pessoas, dos grupos e das organizações comprometidas com o ideário UNI na condução dos processos de mudança no âmbito dos projetos e nos contextos externos. Verifica-se que a energia gerada pelos avanços dos projetos e do programa mobiliza pessoas, grupos e organizações, que se articulam e se organizam para desencadear novas iniciativas e processos.

Em alguns projetos, a gestão não conseguiu superar a concepção tradicional de liderança e as suas conotações carismáticas, centradas nas características pessoais de certos sujeitos. Mas, na maioria, o desenvolvimento de lideranças se reveste de conotação mais grupal, ainda que sem as características de um processo planejado e estrategicamente conduzido. Predominam capacitações “naturais”, no contexto mesmo das ações desenvolvidas pelos projetos. Verifica-se que, no componente comunitário, são encontrados processos mais planejados e organizados,

contemplando capacitações em relações interpessoais, planejamento estratégico, comunicação, trabalho em equipe e dinâmica de grupo, trabalho com conflitos, processos de tomada de decisão e valores éticos.

A capacitação de líderes, no bojo da proposta, tem resultado no surgimento contínuo de novos sujeitos, inclusive entre os estudantes, que vêm atuando e ocupando espaços não só nos cenários do projeto e do programa, mas nos relativos aos movimentos nacionais e internacionais de educação médica e dos demais profissionais de saúde. O mesmo pode ser dito em relação aos movimentos de reforma do setor saúde e aos movimentos populares, com especial ênfase sobre estes últimos.

Desenvolvimento da institucionalização

Os processos de institucionalização verificados na proposta UNI são complexos e, pela própria envergadura das mudanças preconizadas, observam-se, na maioria dos casos, resultados intermediários e poucos resultados finais.

As mudanças organizacionais e sociais pretendidas implicam em mudanças de paradigmas e sua consolidação depende de acumulações teórico-conceituais, metodológicas e políticas. Algumas variáveis em jogo nesses processos têm a ver com aspectos contextuais, como as particulares situações políticas, legais, econômicas e sociais dos espaços locais e nacionais, onde se desenvolvem as ações dos projetos e que outorgam maior ou menor viabilidade à continuidade e expansão dos processos gerados. Outras variáveis dizem respeito às próprias estratégias desenhadas pelos projetos, em prol de uma dinâmica autossustentável dos processos.

A evolução da institucionalização vem ocorrendo através de mecanismos estruturais (aumento do número de serviços de saúde, de unidades de apoio acadêmico, de conselhos de saúde), processuais (por exemplo, novos currículos dos cursos de graduação) e culturais (atitudes e práticas). Os casos mais bem-sucedidos acontecem onde se compreendem as mudanças como processos permanentes que devem continuar além da vida útil dos projetos UNI, e onde providências se tomam para a sustentabilidade desses processos, sem a dependência de recursos externos.

De maneira geral, observam-se alcances satisfatórios, significativos graus de adesão de importantes autoridades institucionais e de atores significativos. Verifica-se a abertura das organizações para incorporar pessoas, novas ideias e novas normas como, por exemplo, as flexibilizações

dos tempos acadêmicos, as expansões horárias dos serviços e a ampliação de funções. Tem ocorrido, na maioria dos casos, a celebração de convênios e/ou acordos de cooperação que formalizam os vínculos de parceria.

No que se refere à sustentabilidade, do ponto de vista econômico-financeiro, os processos desencadeados dizem respeito à absorção dos custos das mudanças por parte das instituições. Isto, aliás, fazia parte dos compromissos estabelecidos com a Fundação Kellogg já no início dos projetos.

Apesar de se verificar, no contexto da proposta, uma clara compreensão de que não se trata de buscar a institucionalização do projeto em si, mas sim dos processos de mudanças desencadeados, enfrenta-se, principalmente junto às esferas acadêmicas, expectativas relativas à continuidade indefinida dos projetos (e dos apoios externos). É provável que isso decorra da cultura acadêmica dominante sobre projetos e aconteça em razão da escassez de recursos ordinários, que caracteriza a vida diária das organizações parceiras da proposta, particularmente nas esferas comunitária e universitária.

Desenvolvimento da comunicação e do trabalho em rede

Verifica-se que a maioria dos projetos incorporou, em graus variados, ações de comunicação (interna e externa) e de trabalho em rede (em âmbitos nacional, sub-regional e internacional).

Em relação aos aspectos de comunicação, há experiências de capacitação e/ou profissionalização na área de Comunicação & Saúde que vem se desenvolvendo nos últimos anos, particularmente no campo da saúde coletiva brasileira (CYRINO & CYRINO, 1997). Existe um amplo espectro de canais de comunicação utilizados pelos projetos, embora boa parte sem regularidade: produção de boletins, folhetos, revistas, livros, jornais, audiovisuais, material radiofônico e televisivo, murais, TV interativa, Internet. Permanece incipiente, no entanto, a produção e publicação de artigos nas revistas científicas nacionais ou do exterior, apesar das facilidades colocadas à disposição pelo programa de apoio. Além disso, há indícios de que a definição das audiências para o material produzido é precária, o que prejudica a distribuição e a eficácia das ações desenvolvidas no campo da comunicação externa.

Em relação ao trabalho em rede, há processos e resultados relevantes, para os quais tem sido decisiva a ação do programa de apoio e o papel protagônico de alguns projetos. Nos países, há duas redes em funcionamento: a colombiana e a brasileira. No caso desta última, houve um importante processo, iniciado em 1993, de aproximação dos projetos UNI com a já existente Rede IDA (MARSIGLIA, 1995). Esse processo culminou em 1997, com a refundação da Rede, que passou a se denominar UNIDA. Através dela, eventos nacionais vêm sendo realizados, orientados à formulação de estratégias para ampliar audiências, estabelecer alianças e influir nas esferas de definição das políticas públicas de saúde e educação (RANGEL & VILASBÔAS, 1996; TEIXEIRA & PAIM, 1996; FEUERWERKER & MARSIGLIA, 1996; BELACIANO, 1996; ALMEIDA, 1996). Também neste processo, os projetos UNI brasileiros estabeleceram vínculos com a CINAEM, apoiando e participando da realização dos estudos de avaliação das escolas médicas (AMARAL, 1996).

Na esfera sub-regional, verifica-se a organização da Rede Bolivariana de projetos UNI, com ações iniciadas em 1996 e ainda sem maiores resultados, além da criação de espaços de intercâmbio das experiências desenvolvidas por seus membros.

Na esfera internacional, a aproximação da proposta UNI com a Network of Community-oriented Educational Institutions for Health Sciences (NETWORK) foi iniciada pelo programa de apoio em 1993 (PERRONE, 1993) e resultou num processo de adesão de vários projetos àquela Rede. A partir de 1996, houve a criação do capítulo latino-americano da NETWORK, coordenado pelo diretor do Projeto UNI de Temuco (Chile) e a ampliação do número de projetos/instituições universitárias que participam dessa Rede. Atualmente, essa coordenação é responsável pela publicação do boletim Uniletter, iniciada e mantida entre 1995 e 96 pela coordenação do programa, que continua apoiando, agora só financeiramente, a referida publicação.

Outro resultado relevante do desenvolvimento da comunicação e do trabalho em rede foi a designação, pela OMS, em 1994, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, e em 1996, da Faculdade de Medicina da Universidade de la Frontera (Temuco), como Centros Colaboradores em Educação e Prática Médica.

Por outro lado, os estudantes e atores comunitários participantes da proposta têm feito esforços no sentido de construir redes específicas.

No caso dos estudantes, estimulados e apoiados pelos dois Encontros Internacionais promovidos, houve uma maior sistematização dos esforços, produzindo-se resultados parciais, como um projeto de intercâmbio estudantil latino-americano e um catálogo das pesquisas realizadas nos projetos. No entanto, observam-se dificuldades de consolidação destas ações e verifica-se pequeno apoio efetivo por parte dos dirigentes dos projetos na discussão e tomada de providências para apoiar os atores destes dois segmentos. A própria inserção destes atores nas redes existentes, numa perspectiva de atuar como sub-redes, ainda que temporária, não vem sendo abordada de forma consistente.

Nos recentes seminários de sistematização do Programa, apontou-se que a timidez de vários projetos na inserção do trabalho em redes tem a ver com fatores de contexto e barreiras culturais, inclusive no que se refere ao domínio de outros idiomas. Além disso, também se considerou que há necessidade de se agregar ações de disseminação ao tradicional propósito de intercâmbio de experiências. Para isso, é necessário que se assuma uma postura proativa em torno de projetos de ação política, que devem ser definidos. Ou seja, indica-se que além das práticas técnicas, deve-se assumir práticas ideológicas e políticas. E isso não somente como incumbência individual dos dirigentes dos projetos, que é ao nível onde está circunscrito atualmente o trabalho em rede, mas como ação coletiva dos sujeitos sociais em cada projeto.

Desenvolvimento da avaliação

Os processos e resultados da avaliação dizem respeito a dois níveis: ao cluster de projetos e à avaliação interna de cada projeto. O primeiro, de responsabilidade da coordenação do programa, teve suas características centrais expostas anteriormente. Seus relatórios constituem, inclusive, a base de referência dos processos e resultados apresentados nas páginas anteriores. No início de 1997 a coordenação do Programa UNI encomendou um estudo de meta-avaliação, ou seja, uma “avaliação da avaliação” (SANDERS et al., 1997).

Esta iniciativa é, em si mesma, uma inovação em termos de condução de programas, pois se desconhecem estudos semelhantes na América Latina. A meta-avaliação realizada aponta debilidades e fortalezas

da avaliação do cluster UNI e apresenta algumas recomendações para seu aperfeiçoamento. Dentre elas, algumas se referem a alterações na abordagem e clareza do papel da avaliação de cluster, outras são relativas aos métodos de trabalho e à redação e comunicação dos relatórios.

Quanto aos processos de avaliação interna, verifica-se que cerca de metade dos projetos conseguiu instalar “culturas de avaliação” ao longo de seu desenvolvimento. Boa parte deles conta com equipes que coordenam as atividades avaliativas nos respectivos componentes.

A maioria dos modelos de avaliação interna adotados assemelham-se bastante, quanto às dimensões, subdimensões e variáveis, ao modelo de avaliação do cluster UNI. A falta de capacitação específica prévia na área e o estágio embrionário dos modelos de avaliação interna, além de suas debilidades, parece ter favorecido, durante e após o Seminário de Avaliação realizado em 1993, a inibição do desenho de modelos próprios mais adequados às dinâmicas, características e necessidades individuais dos projetos.

Além disso, parte significativa das avaliações internas ainda não adquiriu o caráter de prática permanente, desenvolvendo-se basicamente nos finais dos períodos fiscais, coincidindo com a entrega dos relatórios formais de prestação de contas à Fundação Kellogg. Isso sugere que a avaliação se desenvolve mais em função de demandas externas do que internas.

O estilo de condução dos diretores dos projetos vem sendo determinante na valorização e legitimação das atividades avaliativas. A possibilidade de avaliações participativas depende da disposição dos dirigentes dos projetos em aceitar a crítica sobre os erros ou problemas da gestão e da existência de autocrítica para a revisão de condutas e decisões.

Por outro lado, os processos de avaliação interna não têm conduzido à prática de sistematização das ricas experiências empíricas acumuladas. Além de debilidades na capacitação metodológica específica, parece haver insuficiente acúmulo de reflexões teórico-conceituais acerca das problemáticas enfrentadas pelos projetos. A superação desta limitação é fundamental para que as experiências possam ser institucionalizadas e disseminadas.

Desenvolvimento do planejamento

Os processos de planejamento enfrentam dificuldades consideráveis. Embora a maioria tenha por prática a elaboração de planos operativos anuais, estes são, pela sua própria natureza, essencialmente operacionais, embasados primordialmente em enfoques normativos.

Durante a fase de elaboração dos projetos (1991/92), foram utilizados conhecimentos provenientes do planejamento estratégico em saúde. Mas estes estavam misturados a conteúdos do planejamento normativo e da gerência estratégica a qual, como se sabe, é um campo de conhecimento da área de administração que, apesar do termo estratégico, pouco tem a ver com enfoque do planejamento estratégico em saúde.

O condicionante mais sério e comprometedor, relacionado aos processos de planejamento na implementação dos projetos, parece residir na reconhecida falta de tradição em ações de planejamento por parte das escolas universitárias da área de saúde. Nas universidades, os espaços de planejamento, predominantemente de enfoque tradicional, se circunscrevem às assessorias de planejamento das Reitorias. Nas unidades intermediárias, como é o caso das Faculdades, não existem estruturas e capacidades planificadoras. A única exceção situa-se nos departamentos de saúde pública/saúde coletiva/medicina social que, mesmo assim, não dispõem de experiência acumulada no planejamento de ações sobre problemáticas educacionais. Geralmente concentram suas ações no planejamento de ações sobre problemáticas de saúde.

No decorrer das suas atividades, vários projetos tomaram iniciativas (cursos, seminários, oficinas de trabalho) visando à capacitação de seus membros em planejamento estratégico e gerência de projetos. Não são ainda conhecimentos e práticas consolidadas e disseminadas nos componentes dos projetos, mas são ingredientes que passam a fazer parte do cotidiano de muitas instâncias e atores.

ANÁLISE DA PROPOSTA

Do ponto de vista teórico-conceitual e metodológico, a proposta se apresenta bem formulada e é consistente, pois possui um alto grau de coerência interna, em virtude da articulação existente entre suas dimensões e entre seus principais conceitos. Mas, entre os próprios

autores da proposta, reconhece-se que há insuficiências, as quais se busca superar através das contribuições provenientes dos projetos, dando prosseguimento, de forma ampliada, ao processo de construção coletiva do ideário da proposta.

Contudo, é no tocante à sua coerência externa que a proposta apresenta insuficiências mais sérias. Apesar de ter identificado um contexto latino-americano propício para a proposição apresentada, quer no que se refere às rrs, quer no que se refere às necessidades do campo da formação de rhs, a proposta UNI não vem valorizando a historicidade dos movimentos existentes neste último campo e não vem se preocupando com a atualização permanente da análise dos contextos externos, tanto ao nível do Programa UNI como dos projetos UNI.

Uma das causas dessas insuficiências é o fato da proposta não se fundamentar em quaisquer dos marcos teóricos da educação dos profissionais de saúde na América Latina. É possível que o único trabalho conceitual mais elaborado existente a este respeito se localize no campo da educação médica, conforme registrado anteriormente. Ele não é suficiente para dar conta das especificidades que decorrem da natureza multiprofissional da proposta UNI, mas possui elementos que poderiam ajudar no processo de fortalecimento teórico-conceitual e metodológico da proposta, especialmente quanto à compreensão das complexas relações entre a educação dos profissionais de saúde, as práticas profissionais e a estrutura social.

No ideário UNI reconhece-se o condicionamento que a estrutura social exerce sobre a educação e prática dos profissionais de saúde, mas, quanto às relações entre estas últimas duas dimensões, predomina uma concepção de indeterminação ou de mútua determinação, o que resulta no mesmo. Ou seja, numa noção de causalidade circular, em que conceitos como o de determinação em última instância não têm lugar.

Uma outra debilidade traduz-se em uma concepção limitada do que seria o âmbito de intervenção dos projetos em relação aos serviços de saúde: houve grande concentração nos serviços de primeiro nível e também pouca ênfase no desenvolvimento de novos modelos de atenção, embora estes façam parte dos propósitos e objetivos do ideário UNI.

Outra debilidade teórico-conceitual da proposta se refere à concepção de mudança e seus mecanismos de realização. Verifica-se um “borramento” dos conceitos de inovação, mudança, reforma e transformação, em realidade não explicitados em nenhum momento. Os

dois primeiros, utilizados mais frequentemente, são tratados ora como sinônimos, ora como coisas distintas. Essa confusão conceitual contribui, pelo menos parcialmente, para muitas das dificuldades verificadas no desenvolvimento dos projetos, pois gera ou propicia ambiguidades quanto à direcionalidade e prioridade das ações.

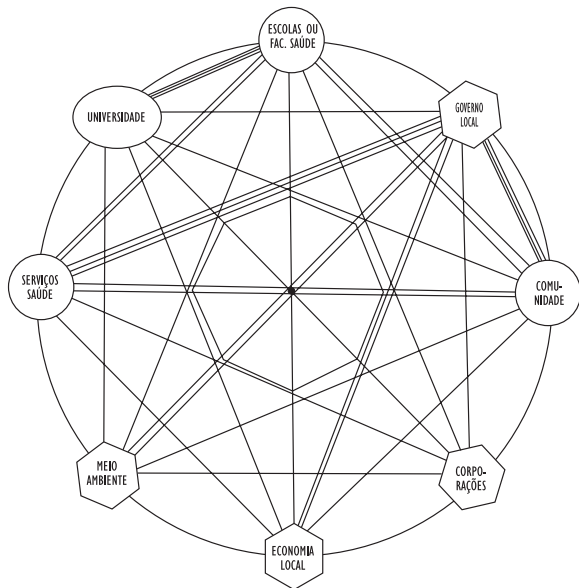
Quanto aos mecanismos de produção de mudanças, a proposta tem o mérito de apresentar uma articulação entre a esfera local, representada pelo ciclo de vida dos projetos e a esfera do sistema social, identificando a disseminação como mecanismo importante para influenciar as políticas públicas. A identificação das relações entre desenvolvimento organizacional e desenvolvimento social se constitui numa contribuição importante para o entendimento dos processos de mudança na educação médica e define um âmbito de atuação – o social – anteriormente não usual para os protagonistas de projetos dessa natureza.

Um dos aspectos mais positivos dos processos desencadeados pelo UNI tem sido possibilitar a constituição de novos sujeitos sociais (ao nível dos três componentes), mais fortalecidos e articulados do que antes. Aumentar sua capacidade de compreensão política, de articulação com outros segmentos, de intervenção nos processos sociais reais e, a partir daí, de acumular forças em torno de propostas de transformação será fundamental.

No entanto, a compreensão predominante em relação aos processos de mudança algumas vezes não contribui para que isso aconteça. Isso porque a ênfase recai sobre a disseminação e não sobre o fortalecimento da capacidade de intervenção dos sujeitos sociais. Como se a disseminação ativa de uma boa ideia e de bons resultados fosse suficiente para mudar as relações de poder que sustentam o *status quo*.

Embora seja nítido o predomínio de conceitos e enfoques próprios da teoria de sistemas, mesmo neste terreno há lacunas importantes para serem preenchidas. Chaves (1997) vem buscando introduzir conteúdos da teoria da complexidade e da teoria do caos nas análises e discussões em torno da atualização e aprimoramento teórico-conceitual da proposta. Com base em enfoques provenientes dessas teorias esse autor tem manifestado, por exemplo, que o triângulo original da proposta UNI deveria ser substituído por diagramas que contemplem outros elementos da realidade. (Figura 11).

Figura 11 – O setor saúde visto pela ótica da teoria da complexidade



Para simplificar, Chaves representou neste diagrama apenas oito sistemas, que estabelecem entre si 28 relações bilaterais e várias outras triangulares, quadrangulares, pentagonais, etc. As linhas simples, duplas ou triplas representariam o grau de intensidade das relações que podem ser estabelecidas entre os elementos.

Segundo Abreu Jr (1996), “(...) os nomes caos e complexidade, como designação da busca de novas abordagens para lidar com a realidade, andam tão juntos que chegam a se confundir. O mundo apresenta interações tão dinâmicas, que as formas tradicionais de tratar o conhecimento mostram-se muito aquém da compreensão da realidade dessas interações”. No seu livro, o autor busca “(...) apresentar o conhecimento como construção transdisciplinar em que participam e se transformam reciprocamente personagens e cenário: homem, sociedade, conhecimento e cultura (...) A complexidade desse processo está na própria organização. Quanto mais aberta, mais dinâmica. Quanto mais dinâmica, mais interações acontecem e mais complexidade surge”.

Independentemente das potencialidades do enfoque anterior, sobre as quais não se dispõe, no momento, de elementos suficientes de

análise, o aperfeiçoamento teórico-conceitual e metodológico da proposta deverá ocorrer, provavelmente, como produto da interação entre as reflexões, análises e conhecimentos produzidos pelos autores que atuam ao nível do programa UNI e ao nível dos projetos locais. Isto acarretará uma combinação de enfoques, visto que em vários projetos predominam concepções e práticas oriundas do campo da medicina social latino-americana, de linhagem marcadamente histórico-dialética ou estruturalista.

Do ponto de vista da sua estruturação, a proposta UNI apresenta muitas fortalezas e algumas debilidades. Conforme pôde ser verificado através da apresentação acerca da implantação, do desenvolvimento, dos processos e resultados obtidos até o momento, a proposta UNI se reveste de uma materialidade institucional concreta. Está presente em dez países latino-americanos, vem mobilizando dezenas de cursos universitários, de serviços de saúde e centenas de organizações comunitárias.

O volume de recursos financeiros envolvido no desenvolvimento da proposta é expressivo. Não se dispõe de informações relativas à contrapartida que as instituições locais aportam para a execução das atividades, mas a soma das doações feitas pela Fundação Kellogg aos projetos (US\$ 49,1 milhões) e das despesas realizadas pelo programa de apoio (US\$ 7,8 milhões) caracteriza, seguramente, o maior aporte de recursos externos canalizados nos anos 1990 para o campo de desenvolvimento de rhs da América Latina.

O arcabouço básico da proposta UNI é constituído por dois elementos centrais – os projetos locais e o programa de apoio – e pelos três componentes obrigatórios de cada projeto – universidade, serviços de saúde e comunidade. As relações que se estabelecem entre elementos e componentes têm dois referenciais estruturantes: a) desenvolvimento integrado de novos modelos acadêmicos, de sistemas locais de saúde e da comunidade e b) desenvolvimento da gestão do Programa UNI, dos projetos locais e dos processos de mudança.

Os dois referenciais estruturantes são interdependentes e as ações desenvolvidas na construção da proposta têm, direta ou indiretamente, interações com as várias dimensões que os constituem. Esta afirmativa não é abstrata, pois está calcada na apresentação e análise dos processos e resultados efetuadas anteriormente.

Neste arcabouço, algumas debilidades acontecem na estrutura da avaliação e do planejamento. Por estrutura se entende, neste contexto, a

armação teórico-conceitual e metodológica específica e as competências ou capacidades operacionais acumuladas. Embora estejam situadas principalmente no âmbito dos projetos, estas debilidades também se fazem sentir no âmbito da coordenação do Programa.

No que se refere à avaliação, providências já vem sendo tomadas com vistas ao seu aprimoramento. O estudo de meta-avaliação, realizado no início de 1997, e o convite a consultores externos para participar de visitas aos projetos e dos recentes seminários de sistematização são iniciativas que apontam para novas definições neste terreno. Mas seu encaminhamento depende de uma melhor caracterização dos aspectos somativos e formativos que se deseja contemplar, bem como de uma avaliação sobre os passos percorridos, para o que poderia ser útil a análise com base em um padrão evolutivo da avaliação de programas.

Quanto aos processos de avaliação interna, na esfera dos projetos, esta é uma debilidade já parcialmente reconhecida pelos sujeitos da proposta UNI, mas cujos encaminhamentos, visando à sua superação, ainda não estão devidamente equacionados. O desafio neste nível, o dos projetos locais, é igualmente complexo. Trata-se de desenvolver processos avaliativos que contemplem aspectos formativos e somativos, pois continua havendo necessidade de subsidiar a gestão dos projetos e, ao mesmo tempo, cresce a demanda pela consolidação, sistematização e disseminação dos resultados alcançados.

No que se refere ao planejamento, apesar de algumas iniciativas de capacitação em planejamento estratégico e em gerência de projetos, detectam-se fragilidades importantes. Há um limitado desenvolvimento dos conteúdos teóricos e metodológicos destas duas importantes ferramentas quanto a sua aplicação na formação de rns e na gestão de projetos sociais complexos. De uma certa forma, a proposta UNI é refém desta realidade.

Apesar de se verificar um maior domínio por parte de dirigentes dos projetos acerca dos conteúdos e práticas propiciadas por essas duas ferramentas, ainda não existe acúmulo suficiente para uma produção teórica mais consistente a respeito. A experiência acumulada pelas equipes dirigentes dos projetos e das instituições envolvidas, com alguma dose de autodidatismo, representa fonte de conhecimentos que pode ser explorada, revelada e sistematizada do ponto de vista teórico-prático.

Quanto às estratégias desenvolvidas pela proposta, a análise do seu discurso, dos processos teórico-práticos e dos resultados intermediários

obtidos identifica, como principais, as seguintes: a) parceria entre sujeitos sociais das universidades, dos serviços de saúde e das comunidades; b) comunicação e disseminação; c) pró-atividade da Fundação Kellogg e dos grupos formuladores/executores dos projetos; d) programa de apoio permanente às iniciativas de mudança, e) trabalho em rede.

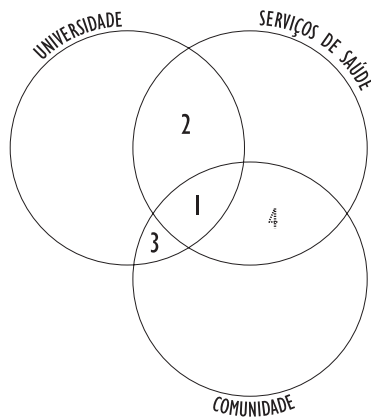
As estratégias delineadas acima podem ser entendidas como grandes linhas estratégicas, constituídas por vários movimentos estratégicos, voltados a influir na correlação de forças existentes nos cenários em que se desenvolvem as ações da proposta. Visam a criação de condições favoráveis à implantação de mudanças nos processos, nas relações e nos conteúdos do modo de produção de médicos.

Os sujeitos sociais e os atores institucionais que participam da proposta, agentes imprescindíveis na formulação e execução das estratégias, constituem um conjunto bastante diversificado de pessoas e organizações. Majoritariamente vinculados ao setor público e às propostas reformistas do setor saúde em seus países, estes sujeitos e atores surgem ou ganham mais força, na sua maioria, durante os processos de elaboração, implantação e desenvolvimento dos projetos UNI. Os recursos de poder desses atores vêm sendo suficientes para a produção de fatos e processos de mudanças institucionais. Muitas vezes são inovações, mas há situações de acúmulo de poder e mudança da correlação de forças que têm resultado em processos de reforma na educação médica.

A sustentabilidade dos processos de mudança mais profunda ainda não se pôde verificar. Institucionalmente, há situações, como as de Cali, Marília e Londrina, que despontam com perspectivas de institucionalização das reformas em implantação.

O desenvolvimento dos processos e resultados parciais, verificados até o momento no contexto da proposta UNI, permite apontar a possibilidade de novos modelos acadêmicos estarem sendo construídos. Modelos estes referidos não só à educação médica, mas à formação de profissionais de saúde de maneira geral. A Figura 12 procura expor a representação gráfica desta situação.

Figura 12 – Representação gráfica do modelo acadêmico em construção pela proposta UNI.



As circunferências, representando os espaços em que ocorrem os processos e resultados intermediários identificados e analisados, possuem áreas de confluência, representativas dos espaços de concretização de processos e resultados, produzidos pela atuação em parceria dos sujeitos de dois ou três dos componentes da proposta.

Assim, os novos modelos acadêmicos em construção se constituem de realidades que estão se configurando no espaço 1 (academia + serviços + comunidade), mais as contidas no espaço 2 (academia + serviços), mais as que fazem parte do espaço 3 (academia + comunidade). O restante do espaço da “circunferência universidade” pode ser visto como o de práticas do modelo hegemônico, embora práticas inovadoras também tenham aí o seu lugar. Os movimentos de aproximação entre as circunferências delimitam os espaços de intersecção e, portanto, de maior ou menor construção dos novos modelos.

A mesma representação gráfica pode ser utilizada para analisar a construção dos novos modelos de atenção dos serviços de saúde, parte integrante dos modelos acadêmicos (espaços 1 e 2), mas que abarcam também dimensões que não se relacionam com os processos de produção de médicos e/ou dos demais profissionais de saúde. O mesmo ocorre em relação ao desenvolvimento do componente comunitário, também participante (espaços 1 e 3) da construção dos novos modelos acadêmicos.

Enfim, a construção dos modelos, um dos objetivos da proposta UNI, acontece nestes espaços que, embora não sejam novos, constituem-se em campos de ação de sujeitos sociais que, no modelo hegemônico, não dispõem de recursos de poder para exercer suas práticas, a não ser as ideológicas que, desacompanhadas de práticas empíricas, políticas e teóricas, resultam em baixa eficácia dos processos de luta contra-hegemônica.

Por outro lado, a intervenção em cenários mais abrangentes, nacionais ou internacionais, ainda é incipiente. A este respeito, a exceção corre por conta dos projetos UNI brasileiros que, através da Rede UNIDA, da CINAEM, do Conselho Nacional de Educação e do Conselho Nacional de Saúde, vêm buscando condições e instrumentos para influir nas esferas de definição das políticas públicas de educação superior e de saúde, em âmbito nacional.

Nas universidades envolvidas com a proposta, verifica-se a retomada de reflexões teórico-conceituais e políticas em torno da educação médica e de iniciativas de participação nos movimentos e entidades nacionais (em alguns casos, internacionais), relacionadas a este campo. Aos poucos observam-se movimentos que caminham rumo à superação da desmobilização institucional e dos sujeitos sociais, situação que se verificava no final dos anos 1980. Os depoimentos dos diretores dos projetos revelam que a proposta UNI vem desempenhando papel decisivo para a retomada e reinserção das instituições nos movimentos existentes e para a constituição de novos sujeitos sociais com ativa participação nos processos de mudança.

MUDANDO A EDUCAÇÃO E A PRÁTICA MÉDICA: UMA AGENDA PARA A AÇÃO – A PROPOSTA “CHANGING”

BREVE HISTÓRICO

Em 1991, através de uma publicação específica, a OMS promoveu o lançamento público de uma proposta intitulada “Changing Medical Education: an Agenda for Action” (WORLD, 1991).

A OMS tem uma história de envolvimento com a educação médica e com o desenvolvimento de recursos humanos em saúde desde a sua criação, ocorrida alguns anos após o término da II Guerra Mundial, muito embora a relevância maior da sua atuação seja no campo da organização dos serviços de saúde e no controle de endemias. A partir dos anos 1970 o assunto passou a merecer maior atenção por parte dos seus dirigentes, em razão de demandas originadas pelos processos de reforma do setor saúde nos países europeus.

No continente europeu os sistemas de saúde recebem influência crescente de: 1) populações mais esclarecidas sobre as questões de saúde e mais questionadoras das decisões médicas; 2) autoridades que passam a exigir prestação de contas e melhor retorno dos investimentos no setor saúde, 3) da própria profissão médica que adquire consciência progressiva acerca da erosão da sua imagem e do seu “status” social. Como consequência, há uma crescente busca por mais transparência nos procedimentos médico-assistenciais e na relação custo-efetividade das intervenções de saúde. Há também um anseio generalizado por abordagens mais holísticas que deem conta das necessidades sociais e da saúde, demandando novos padrões de atendimento.

Nessa perspectiva e julgando que os médicos devem estar aptos a desempenhar importante papel na construção dos novos sistemas de saúde, a prática médica deverá, segundo a opinião do coordenador da proposta (BOELEN, 1993), responder a cinco requisitos essenciais:

- 1) avaliação e melhoria da qualidade da assistência prestada, atendendo às necessidades globais do paciente, através de um atendimento integral à saúde;
- 2) uso adequado das novas tecnologias, levando em consideração aspectos financeiros, éticos e o benefício a ser auferido pelo paciente;
- 3) promoção de estilos de vida saudáveis, através do domínio de habilidades de comunicação e da conscientização das pessoas e grupos sociais acerca da importância da autoproteção e do autocuidado;
- 4) conciliação entre os requerimentos de saúde, individuais e comunitários, buscando o equilíbrio entre as expectativas dos pacientes e da sociedade;
- 5) capacitação para o trabalho em equipe tanto em atividades intra como extrassetoriais.

Estes cinco requisitos configuram o que vem sendo divulgado como as características para o médico de amanhã, alcunhado de “médico cinco estrelas”: 1) Care provider; 2) Decision-maker; 3) Communicator; 4) Community-leader, 5) Manager (BOELEN, 1993).

Com base nas conclusões de inúmeras reuniões, congressos e grupos de consulta e também em atenção à solicitação dos países-membros, a OMS decidiu lançar a nova proposta. Além disso, conforme está registrado, “A Declaração de Edimburgo é uma clara expressão das orientações para as mudanças que são necessárias” (WORLD, 1991).

A proposta orienta-se para a educação médica em nível de graduação e é dirigida aos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

CONCEPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

A proposta “Changing” se baseia numa abordagem sistemática e integral das mudanças necessárias. Fazendo referência ao modelo tradicional de formação médica, Boelen (1994) afirma que este “(...) se fundamenta meramente na missão educacional da escola médica de formar bons técnicos”.

A proposta identifica também um “velho modelo de análise”, através do qual, segundo ela, um anacrônico binômio “prática médica – educação médica” e suas mútuas relações têm inspirado muitas e insuficientes adaptações nos conteúdos curriculares. O resultado mais comum é um ensino médico, às vezes mais eficiente e científico, mas, fruto de um limitado enfoque de “excelência profissional”, sem ter consciência das mudanças que vêm ocorrendo na sociedade e no sistema de saúde. “Após décadas de experiências em reformas educacionais, as limitações do modelo tradicional de educação médica devem ser reconhecidas. Esse modelo se baseia em dois pressupostos: a) quanto mais se ensina, mais é aprendido, e b) quanto melhor se aprende, melhores práticas são executadas” (BOELEN, 1994).

É apontada a limitação desse modelo tradicional, que supõe uma relação linear entre a ação educativa, o comportamento do aluno e, mais tarde, entre esse comportamento e a prática desenvolvida. Não são levados em consideração os outros determinantes, tais como a remuneração, o reconhecimento social, a satisfação profissional e as condições de trabalho, que influenciam fortemente as práticas médicas.

A proposta “Changing” fundamenta-se em um “novo modelo de análise”, segundo o qual a educação médica é vista num contexto que fortalece a perspectiva do profissional formado vir a prestar uma atenção eficiente (“cost-effective”) e de alta qualidade. O “novo modelo de análise” é baseado na concepção de que a escola médica deve ter missão mais congruente com as aspirações político-sociais das comunidades locais e da sociedade. “A educação médica é cara e sua avaliação vem sendo requerida pelos governos e pela sociedade, especialmente nos últimos anos, quando os recursos são cada vez mais limitados. A nova missão da escola médica deve contemplar a formação de profissionais competentes e também a construção de novos modelos de atenção à saúde” (BOELEN, 1994).

Enfim, o “novo modelo de análise” apresentado, contempla o reconhecimento de relações bidirecionais entre educação médica, prática médica e sistema de atenção à saúde, superando um “velho modelo de análise”, que limitava-se ao campo interno da escola médica.

Ao trabalhar com o conceito de “responsabilidade social” da escola médica, a proposta assume que esta, além da transmissão de novos conhecimentos, habilidades e atitudes, tem responsabilidades acerca do destino profissional dos médicos formados. Em vista disso, uma nova definição de educação médica é apresentada. “É a arte e a ciência de (1)

preparar os futuros médicos para atuar apropriadamente na sociedade e (2) influenciar o ambiente no qual os futuros profissionais irão trabalhar, com vistas à satisfação dos consumidores, das autoridades sanitárias e dos próprios profissionais” (BOELEN, 1994).

Embasada no novo modelo de análise, com vistas a cumprir estas responsabilidades e garantir que o investimento educacional resulte no melhor retorno, a proposta “Changing” preconiza, com maior ênfase e explicitação a partir de 1993, que a escola médica deve se envolver com o desenvolvimento do sistema de saúde, atuando em parceria com outras organizações (other bodies or constituencies) do setor saúde e outros setores sociais. Entre outras áreas, explicita as relacionadas à formulação de políticas de saúde e à pesquisa em serviços de saúde, especialmente com respeito ao desenvolvimento de modelos alternativos de prática. Reconhecendo que o fluxo de influências entre os elementos do modelo é bidirecional, a proposta supõe que as novas organizações dos serviços e as novas práticas impactarão sobre os programas curriculares e sobre a missão das escolas.

Em síntese, a proposta “Changing” é constituída por três componentes:

- 1) desenvolvimento e estabelecimento de padrões de qualidade para a educação médica e de instrumentos para sua avaliação;
- 2) identificação e desenvolvimento de estratégias de mudança na educação médica;
- 3) monitoramento global dos processos de mudança.

O primeiro componente, visto como pré-requisito para os outros dois, implica na compreensão do significado de uma “educação médica de qualidade”. Embora seja reconhecido pela proposta que pode haver variações de região para região e no decorrer do tempo, quatro áreas precisam ser contempladas: a) a participação ativa na promoção da qualidade e cobertura dos serviços; b) a garantia da relevância da educação e da pesquisa para os problemas de saúde prioritários; c) o compromisso com a aplicação e a disseminação dos processos de aprendizagem eficientes; d) o sólido envolvimento na garantia de qualidade e avaliação tecnológica. Estas áreas devem ser desenvolvidas e influenciar no estabelecimento de padrões na educação médica, servindo como metas das estratégias de mudança.

A proposta alerta que se trata de evitar ser muito prescritivo, uma vez que não se recomenda currículos uniformes para as escolas médicas e, tampouco, padrões mundiais de certificação profissional. Reconhece que é prerrogativa de cada país determinar o modelo da educação médica e as condições para licenciar a prática e certificar o exercício profissional.

O segundo componente da proposta refere-se às estratégias de mudança. É apresentada uma relação inicial delas, afirmando-se que sua adoção não deve ser vista como mutuamente excludente. Dentre as existentes, destacam-se:

1. Implantação de currículos experimentais
2. Utilização de tecnologia de informação e de comunicação
3. Introdução do ensino baseado em problemas
4. Ênfase na educação médica continuada
5. Abordagem dos problemas prioritários de saúde pública nos currículos
6. Focalização nos interesses do consumidor
7. Iniciativa universitária
8. Obtenção de consenso nacional;
9. Otimização dos recursos humanos disponíveis em saúde.

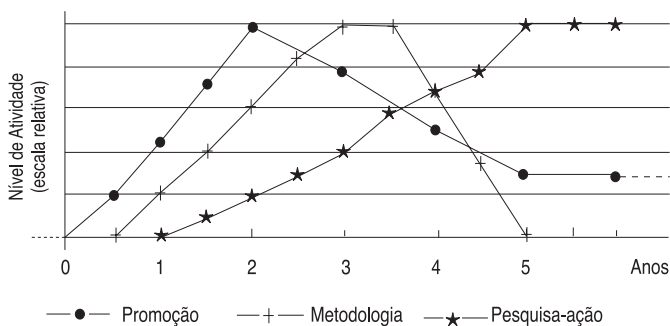
Além de descrever cada uma delas, a proposta apresenta indicações sobre como selecionar uma estratégia em particular e como empregá-la, afirmando que a formulação e a implementação das estratégias devem ser consideradas como objetos de projetos de pesquisa-ação. E que, neste sentido, protocolos deverão ser utilizados.

Quanto ao terceiro componente da proposta, o monitoramento global dos processos de mudança, é dito que uma rigorosa abordagem metodológica deverá ser aplicada, para se garantir a apropriada avaliação e comparação das diferentes estratégias que venham a ser ou estejam sendo utilizadas.

IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

A proposta “Changing” vem exercendo sua ação com base em um calendário (Figura 13) que concentra, nos primeiros cinco anos (contados a partir de 1991), atividades de promoção da proposta, de seu desenvolvimento metodológico e de pesquisa-ação.

FIGURA 13 – Projeção das ações nos primeiros cinco anos da proposta Changing.



Fonte: WORLD, 1991.

A estratégia desenhada para a implementação das ações da proposta prevê uma ampla articulação de parcerias. Inclusive no que diz respeito à obtenção dos recursos necessários para o desenvolvimento das ações, estimadas inicialmente em U\$ 2,5 milhões, dos quais U\$ 100 mil para ações de promoção, U\$ 150 mil para desenvolvimento metodológico, U\$ 250 mil para apoiar a realização de duas reuniões internacionais e U\$ 2 milhões para apoiar projetos, de quatro a cinco anos de duração, em aproximadamente vinte escolas médicas.

Como estrutura operacional inicial, além do escritório do seu coordenador em Genebra, a proposta aponta como elementos importantes: os seis escritórios regionais da OMS, os oito Centro Colaboradores da OMS no campo da educação médica e do desenvolvimento de rns e as três ONGs internacionais que mantêm relações oficiais com a OMS no campo do desenvolvimento da educação médica, a saber: a Network of Community-oriented Educational Institutions for Health Sciences (Maastricht, Holanda), a World Federation for Medical Education e a International Federation of Medical Students' Associations (Amsterdã, Holanda).

A partir de 1992, a coordenação da proposta deu início à publicação de um boletim, de periodicidade semestral, editado em inglês, com o título "Changing Medical Education and Medical Practice". Através dele se verifica que as manifestações iniciais de adesão à proposta têm origem em universidades, escolas médicas, setores de ministérios

da saúde, tanto de países desenvolvidos como em desenvolvimento. Destacam-se dentre elas as provenientes do Centro de Educação Médica da Universidade de Dundee (Escócia), do Departamento de Educação Médica da Universidade de Illinois e da Escola Médica da Universidade de New South Wales, na Austrália. Também a Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) manifestou seu interesse e disposição em cooperar na implantação da iniciativa.

Os processos desenvolvidos para a implantação da proposta destacam, nos seus anos iniciais, o aprofundamento teórico-conceitual e metodológico-operativo, nos quais se incluem:

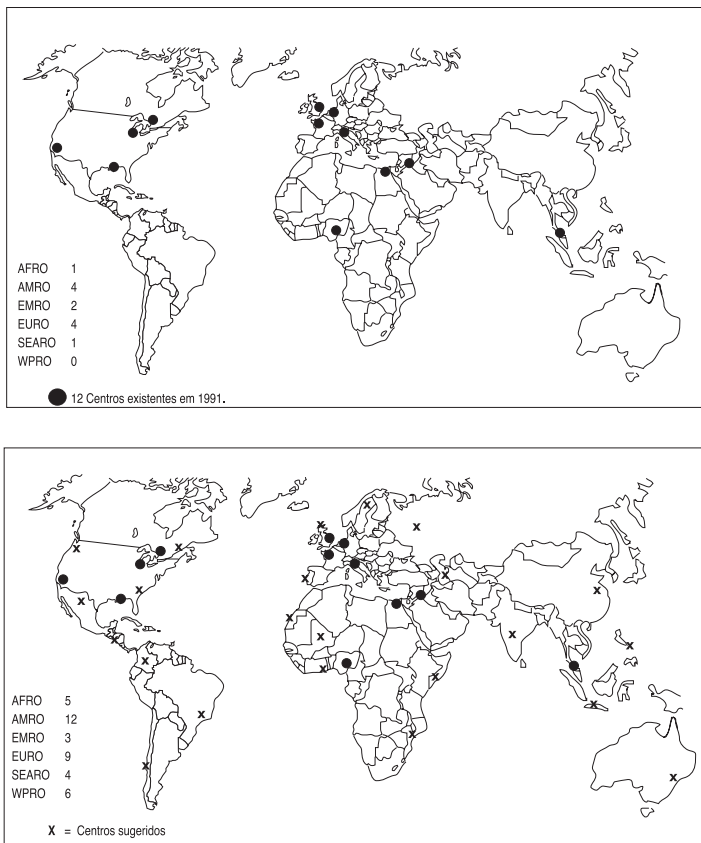
1. a realização de uma reunião sobre “Assessment of Quality Medical Education”, na Itália, em 1991 (BOELEN et al., 1992);
2. a realização de um Grupo de Estudos sobre “Problem-solving education for the health professions”, em Genebra, em 1992 (WORLD, 1993);
3. a realização de um grupo de consulta sobre “Preparing protocols for change in medical education”, em Seattle, Estados Unidos, em 1992 (BOELEN et al., 1995).

Todas essas iniciativas contaram com a participação de atores/ autores das propostas “Network” e “Gestão de Qualidade”, com mais destaque para os da “Network”. Por outro lado, encontram-se pontos de identidade com a proposta UNI, pois, segundo os autores da proposta, as relações da escola médica, do ponto de vista organizacional, podem ser enquadradas em duas esferas: uma interna e outra externa.

A interna diz respeito a estrutura, padrões de funcionamento e modalidades de comunicação da escola. A externa diz respeito a todas as forças externas que podem potencialmente afetar o funcionamento da escola médica. Assim, “(...) para estabelecerem parcerias, dois subsistemas no ambiente externo são vitais: o sistema de saúde e a comunidade. O primeiro inclui componentes como os serviços de saúde, as organizações profissionais, o financiamento e as regulamentações governamentais. A comunidade inclui a área geográfica onde atua a instituição educacional, sua população e a realidade socioeconômica, política e cultural” (WORLD, 1993).

Em termos das suas bases operacionais de apoio, a proposta preconizou uma expansão de 12 para 39 Centros Colaboradores em Educação Médica (Figura 14).

FIGURA 14 – Distribuição existente (em 1991) e programada dos Centros Colaboradores da OMS em educação médica



Fonte: *Changing* n.º. 1, junho de 1992.

Conforme se pode verificar, nas Américas existiriam 12 Centros, dos quais 4 na América Latina, região que não dispunha de nenhum (BOELEN, 1997). Hoje, existem 30 Centros Colaboradores, dos quais 10 estão localizados nas Américas e, destes, quatro na América Latina: dois no Brasil (Londrina e Belo Horizonte), um no Chile (Temuco) e um no México (Cidade do México). Observa-se que dois deles, o de Londrina, designado/credenciado em 1994 e o de Temuco, em 1996, são universidades que desenvolvem projetos UNI. Entre 1995 e 1997, o boletim *Changing* foi publicado em português pelo Centro Colaborador localizado em Londrina,

que utilizou, para isso, recursos do projeto UNI, distribuindo o boletim para as escolas médicas brasileiras e para as de Portugal e países africanos de língua portuguesa.

Além do boletim, os eventos internacionais de educação médica serviram e continuam servindo como meios de difusão da proposta “Changing”, a exemplo da 2.^a Conferência Mundial de Educação Médica e da Conferência Mundial, promovida em 1995, pela ASCOFAME, na Colômbia. Aliás, foi por ocasião deste evento, do qual o coordenador da proposta participou como conferencista convidado, que ela passou a ser mais conhecida na América Latina.

Vale mencionar que, em 1994, a OMS promoveu, em parceria com o Centro Colaborador de Rockford, Illinois, a “First Global Conference on International Collaboration on Medical Education and Practice”. Esse evento foi o ápice da proposta durante o período, tanto em termos de promoção da sua visibilidade internacional como em relação aos resultados alcançados.

O objetivo da Conferência era definir áreas de pesquisa e desenvolvimento na interface entre serviços de saúde, prática médica e educação médica. Ou seja, cumpria o papel de constituir os grupos de projetos previstos no terceiro componente da proposta Changing. Foram identificadas as prioridades, promovida a pré-constituição dos grupos de pesquisa-ação interessados no trabalho colaborativo e apontados os mecanismos de coordenação desse trabalho (WORLD, 1995).

Em síntese, a ideia foi promover, através da Conferência e seus desdobramentos, parcerias entre universidades, governos e profissionais de saúde, com vistas ao desenvolvimento de projetos de pesquisa colaborativa, orientados para aprofundar as relações entre educação, prática médica e serviços de saúde, uma vez que a coordenação destas interfaces teria elevado potencial para desencadear as mudanças preconizadas (WORLD, 1995).

Em 1995, durante a 48.^a Assembleia Mundial de Saúde, o tema da mudança na educação médica foi discutido, aprovando-se uma resolução intitulada “Reorientating medical education and medical practice for health for all”. Esse foi um elemento importante para a disseminação da proposta, significando ao mesmo tempo, com todas as relatividades que revestem as deliberações dos organismos internacionais, uma oficialização e comprometimento dos governos dos países membros em apoiar a

proposta “Changing” e desenvolver iniciativas nacionais com vistas à sua concretização.

A Resolução referida apela aos países no sentido de que sejam desencadeadas reformas na educação e na prática médica, com vistas a aumentar a relevância, a qualidade, o custo-efetividade e a equidade na saúde. A ênfase na educação e prática médicas é justificada como sendo estratégica, uma vez que, acredita-se, as mudanças na área médica impactarão o restante da força de trabalho em saúde.

Em 1996, procurando contribuir para a operacionalização da Resolução e, portanto, dar andamento aos processos relativos à proposta Changing, a sua coordenação elaborou e passou a difundir um novo documento, com o título “Doctors for health: a who global strategy for changing medical education and medical practice for health for all” (WORLD, 1996). Nesse documento, além de ser registrada uma resumida avaliação dos processos e resultados alcançados pela proposta, é apresentada uma nova versão dela que consiste, essencialmente, numa revisão dos seus componentes, que agora passam a ser quatro, a saber: (1) o componente político; (2) o componente técnico; (3) o componente “informação”; (4) o componente “coordenação”.

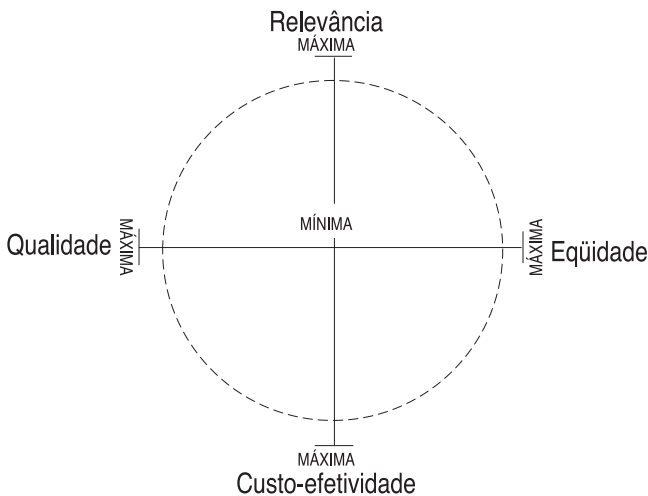
Pode-se identificar, nos dias atuais, uma segunda fase de desenvolvimento da proposta, na qual se propõem: 1) a criação de um “international board”, formado por um pequeno grupo de renomados especialistas que atuarão como conselheiros da proposta; 2) a mobilização de líderes políticos e autoridades do setor de saúde nos países, com vistas a obter seu apoio ativo na realização de reformas da saúde, da prática médica e da educação médica, compatíveis com os respectivos contextos socioeconômicos, culturais e políticos; 3) as atividades de pesquisa-ação, conduzidas como estudos de caso, não mais através da constituição de um grupo de 20 casos, como anteriormente previsto, mas sim de três grupos de 20 casos, sobre os seguintes temas: “A responsabilidade social das escolas de medicina”, “Médicos que as sociedades necessitam” e “Rumo a uma saúde integral”.

Esses grupos de pesquisa, denominados “International Working Parties” (IWPs), representam o eixo da implementação da proposta “Changing” nesta nova fase. Estes, na realidade, se constituem como projetos de pesquisa-ação multicêntricos, que empregam protocolos semelhantes.

Quanto ao primeiro grupo de pesquisa (IWP 1), responsável pelo tema “A responsabilidade social das Escolas de Medicina”, foi produzido um

documento-base, procurando contribuir para o estabelecimento das bases teórico-conceituais e metodológicas específicas para o desenvolvimento deste estudo. Neste, define-se que “Os quatro valores usados para avaliar o progresso na conquista da responsabilidade social – relevância, qualidade, custo-efetividade e equidade – devem ser igualmente enfatizados pela escola médica e pelo sistema de saúde. A compreensão das inter-relações entre esses valores permite, aos planejadores e às autoridades de saúde, conceber como direcionar os programas de ação” (BOELEN & HECK, 1995). A Figura 15 mostra os valores dispostos em um diagrama.

FIGURA 15 – Os quatro valores da responsabilidade social dos sistemas de saúde

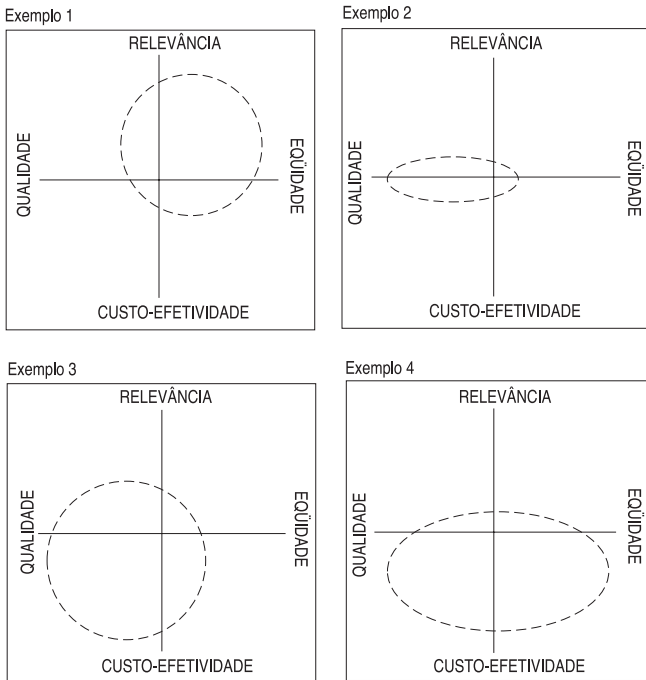


Fonte: Boelen & Heck, 1995.

O cruzamento dos eixos é o ponto mais baixo e as extremidades dos eixos os pontos ótimos na escala dos valores. A figura representa um sistema de saúde ideal, equilibrado na atenção às necessidades dos indivíduos e das populações. Note-se que o círculo não alcança a periferia extrema dos eixos, pois consideram os autores que em todos os países há limites contextuais intransponíveis para o sistema de saúde.

A Figura 16 mostra como os diferentes sistemas de saúde podem favorecer um ou mais valores em detrimento do(s) outro(s).

FIGURA 16 – Os valores da responsabilidade social em diferentes sistemas de saúde



Fonte: Boelen & Heck, 1995.

Os vários exemplos caracterizam padrões de sistemas de saúde insatisfatórios e que justificam as ações de reforma. Supõe-se que a compreensão das implicações desses valores e a maneira como eles se relacionam, no contexto do desenvolvimento dos sistemas de saúde, permitirá às escolas médicas perceber o alcance dos desafios que elas enfrentam na busca de maior responsabilidade social.

O grupo está constituído por escolas de todas as regiões do mundo e é coordenado pela “University of Cincinnati College of Medicine”.

Os objetivos do IWP 1 são: a) avaliar e promover a responsabilidade social das escolas de medicina e de outros cursos quanto aos problemas prioritários de saúde e necessidades da sociedade. O que pode ser feito através do ensino, da pesquisa e da prestação de serviços, em termos de planejamento, ação e impacto, conforme uma “grade de responsabilidade social” elaborada; b) elevar a consciência e a percepção acerca das oportunidades de uso do prestígio e força do mundo acadêmico, em prol da saúde para todos e da reforma do setor saúde.

Os resultados esperados deste IWP 1 são: a elaboração de um instrumento para avaliar o grau de responsabilidade social das escolas médicas, a indicação de áreas que requeiram mudanças e uma contribuição direcionada à introdução do conceito de responsabilidade nas universidades.

Quanto ao segundo grupo de pesquisa (IWP 2), responsável pelo tema “Médicos que as sociedades necessitam”, ele está em constituição. Não houve a elaboração de um documento-base, embora já esteja definida sua coordenação, sob responsabilidade da Faculdade de Medicina de Maastricht, na Holanda.

Seus objetivos preliminares são: estudar os novos papéis e responsabilidades dos médicos nas sociedades em transformação, nos novos serviços e sistemas de saúde em construção, com base no trabalho em equipe com os outros profissionais; aumentar a percepção das necessidades de reorientação das práticas médicas e a educação médica.

O terceiro grupo de pesquisa (IWP 3), responsável pelo tema “Rumo à saúde integral”, também não está constituído. Não há documento-base e nem coordenação escolhida. Os objetivos preliminares são: reduzir a fragmentação, promover a interação entre a assistência médica individual e a saúde pública e realizar o estudo de modelos coerentes com este enfoque; analisar as implicações desses modelos para as mudanças na prática e na educação médica. Prevê-se a constituição deste IWP para o segundo semestre de 1999, após seguidos adiamentos desde 1997.

ANÁLISE DA PROPOSTA

Do ponto de vista teórico-conceitual e metodológico, esta proposta é frágil. Não apresenta um corpo conceitual consistente e o “novo

modelo de análise” acerca da educação médica e suas relações é bastante limitado. As relações internas não são abordadas e, no que se refere às dimensões externas, não há menção às estruturas sociais e à influência das relações internacionais no campo da saúde, o que é, até certo ponto, incompreensível, dada a origem da proposta.

Embora haja o reconhecimento de que as relações entre educação, prática médica e sistema de saúde são importantes para o estabelecimento de planos de intervenção, em nenhum momento se aprofunda na análise das determinações entre estas dimensões. Apesar disso, em certos textos se detecta um enfoque de subordinação da educação em relação à forma como os serviços de saúde estão organizados e, conseqüentemente, à prática médica.

Por outro lado, o conceito de “responsabilidade social” da escola médica, ao empregar as categorias relevância, qualidade, custo-efetividade e equidade de uma forma criativa e internamente coerente, permite que se vislumbre um novo patamar teórico-conceitual para a proposta. Na medida em que este conceito serve como referencial para o desenvolvimento dos trabalhos de um dos grupos de pesquisa, sua aplicação, processos e resultados futuros podem resultar na superação de algumas das lacunas apontadas.

Do ponto de vista de sua estruturação operacional, a proposta apresenta algumas fortalezas e muitas debilidades. A implantação e desenvolvimento da “Changing” não chegou a desencadear, até o momento, processos e resultados significativos nos países da América Latina. Pelo que se depreende da leitura do seu boletim informativo a situação não é diferente nas demais regiões do mundo onde, em razão da inexistência de representações regionais mais estruturadas (a OPS é exceção), a OMS atua diretamente através da sua sede em Genebra e, com menor ênfase, através dos seus escritórios regionais.

De uma certa forma, a proposta vem conseguindo construir uma materialidade institucional, pois houve uma rápida ampliação do número de Centros Colaboradores da OMS em Educação e Prática Médica em todas as regiões do mundo. Alcançou-se, inclusive, a meta de identificar e credenciar quatro instituições latino-americanas. Contudo, não há iniciativas de articulação das suas ações por parte da coordenação da proposta Changing. A publicação e distribuição, em português, do boletim

“Changing Medical Education and Practice” foi uma iniciativa da direção do Centro Colaborador localizado em Londrina. A frustração da expectativa inicial de uma contrapartida financeira da OMS para manter a publicação, e a pequena receptividade obtida após quatro edições (dois anos) levou a direção do Centro Colaborador de Londrina a interromper sua publicação.

Também não se verifica o envolvimento dos Centros Colaboradores latino-americanos nos grupos de pesquisa colaborativa, estratégicos no contexto da proposta. Esta situação compromete, de uma certa maneira, o futuro da proposta na América Latina, uma vez que os Centros Colaboradores deveriam, em tese, desenvolver atividades em rede e participar ativamente da implantação e desenvolvimento das suas atividades.

Do ponto de vista da sua sustentação financeira, a proposta não obteve os apoios esperados para viabilizar o orçamento original de U\$ 2,5 milhões. A única doação foi obtida, em 1997, junto à Fundação Kellogg, no valor de U\$ 250 mil, destinados a implementar a constituição e a operacionalização do terceiro grupo de pesquisa colaborativa. (BOELEN, 1997)

Ou seja, a proposta vem contando somente com recursos orçamentários regulares da OMS, alocados no seu Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, que são insuficientes. Esta situação é uma forte razão para que duas das três pesquisas-ação colaborativas, preconizadas como eixos da operacionalização da proposta, não tenham sido implementadas conforme seu cronograma inicial.

Quanto à Resolução da OMS, que pode ser entendida como uma iniciativa voltada a contribuir para a estruturação da proposta, não há, até o momento, indícios de que os governos dos países latino-americanos tenham levado as suas recomendações em consideração no âmbito das políticas nacionais.

A respeito das estratégias de mudança, embora sua identificação e desenvolvimento se constituísse num dos componentes iniciais da proposta, não há registro de qualquer evolução a respeito. A não ser a listagem de estratégias apresentada no documento de lançamento da proposta, extraídas, a maioria delas, de documentos da Network e de estudos norte-americanos, não existe qualquer aprofundamento acerca do assunto.

Segundo Boelen (1997), as estratégias principais que ele preconiza são: articulação ensino-serviço, pesquisa-ação e parcerias. Mas o estágio incipiente de implantação da proposta dificulta a realização de análises a respeito, sob risco de se abordar a questão de forma abstrata.

Do ponto de vista das parcerias a serem estabelecidas pelas escolas médicas, há nítida ênfase de orientação para as entidades da profissão médica, apesar de vagas referências a “outras instituições”. Existe um documento (WORLD, 1993) no contexto da proposta, que faz referência a parcerias com a comunidade e os serviços de saúde, mas a esta abordagem não se dá prioridade. A proposição de parceria preferencial com os profissionais médicos, diretamente ou através das suas entidades representativas, é coerente com a postura assumida pela proposta, ainda que de forma obscura, segundo a qual a prática médica determina a educação médica.

Finalmente, uma questão não fica devidamente esclarecida. Diz respeito às relações existentes entre a proposta e a “Educational Commission for Foreign Medical Graduates” (ECFMG). Além de ter havido uma parceria entre ambos, em 1994, por ocasião da realização de uma Reunião de Consulta, realizada em Genebra, com o tema “Toward a global consensus on quality medical education: serving the needs of populations and individuals”, o boletim *Changing* tem aberto reiteradamente espaço para matérias de interesse da ECFMG. Isso tudo, apesar de haver o registro, nos documentos iniciais da proposta, de posicionamento contrário a iniciativas de padronização internacional do exercício profissional.

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO ORIENTADAS PARA A COMUNIDADE – A PROPOSTA “NETWORK”

BREVE HISTÓRICO

Embora esta proposta remonte ao final dos anos 1970/início dos 1980, ela só passa a ter presença significativa na América Latina no início dos anos 1990. A criação da Network of Community-oriented Educational Institutions for Health Sciences, mais conhecida como “NETWORK”, ocorreu em reunião realizada em 1979, na “University of West Indies”, em Kingston (Jamaica). A reunião foi promovida pelo Health Manpower Development Program da OMS/Genebra e pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPS/Washington.

Os antecedentes dessa iniciativa, conforme está registrado pela própria Network, situam-se: a) na decisão da Assembleia Mundial da Saúde, de 1977, que estabeleceu a meta de “saúde para todos no ano 2000”; b) na Conferência de Alma-Ata, de 1978, que apontou a atenção primária de saúde como estratégia prioritária para se atingir a meta definida no ano anterior e para cujo desenvolvimento os recursos humanos desempenham papel-chave; c) na existência de vários programas ou experiências inovadoras no campo da formação de rns, especialmente em escolas médicas, distribuídos pelas várias regiões do mundo, sem haver, contudo, intercâmbio entre eles.

Reconhecendo a necessidade de fortalecer esses programas ou experiências inovadoras, a OMS e a OPS decidiram promover um encontro entre os seus dirigentes para explorar as possibilidades de intercâmbio e de disseminação, com vistas a reforçar a implementação da APS.

Foram convidadas vinte instituições, dez provenientes de países desenvolvidos e outras dez de países em desenvolvimento, selecionadas respectivamente pela OMS e pela OPS. Compareceram dezesseis instituições, consideradas fundadoras da NETWORK. Dentre os participantes se encontram seis instituições latino-americanas, das quais, na verdade, somente duas, UAM-Xochimilco e Cuba, desenvolviam inovações na formação médica. Dos presentes à reunião, onze haviam participado, na semana anterior, de um workshop em Hamilton, Canadá, promovido pela Universidade de McMaster.

Em McMaster desenvolveu-se, desde a implantação do seu curso médico, em 1969, a experiência pioneira (SCHMIDT, et al., 1989) no campo das inovações em educação médica, cujas principais características eram “(...) self-directed learning, problem based learning, and small group tutorial learning (...) there is an emphasis on diagnostic evaluation, on the selective use of learning resources, and on integrated learning and educational planning” (NEUFELD & BARROWS, 1974).

A análise dos programas das instituições representadas na reunião, permitiu identificar que, dentre suas principais características, destacavam-se as relativas à orientação comunitária (community orientation) e ao uso de abordagens de aprendizagem baseada em problemas (problem based learning). A diversidade de significados, encontrada a respeito destas características centrais, levou os participantes a uma primeira tentativa de estabelecer um consenso em torno de definições operacionais acerca de três conceitos: educação baseada na comunidade, educação orientada à comunidade e aprendizagem baseada em problemas.

Considerou-se que a educação baseada na comunidade (community-based education) envolve a utilização da comunidade, durante toda a experiência educativa, como um importante cenário no qual a aprendizagem tem lugar. Esta necessita ser distinguida da educação orientada à comunidade (community-oriented education) que, enfocando igualmente grupos populacionais e indivíduos, leva em conta as necessidades de saúde da comunidade, sem necessariamente isto significar o trabalho em uma determinada comunidade. Já a aprendizagem baseada em problemas (problem-based learning) se refere a uma metodologia de ensino que integra as várias disciplinas, como um modo de solução de problemas (problem-solving mode), em torno dos problemas de saúde dos indivíduos, das comunidades e da sociedade (WORLD, 1979).

Conforme estava previsto pelos promotores da reunião, os participantes chegaram a um acordo sobre os benefícios mútuos que poderiam advir do desenvolvimento de uma ligação mais estreita entre essas instituições. Na época, a maioria estava engajada em processos educacionais orientados para a comunidade, que enfocavam o ensino baseado em problemas. Essa ligação poderia também viabilizar a expansão gradual para outras escolas das metodologias e enfoques adotados. Decidiu-se, portanto, pela criação de uma Rede e se definiu a Universidade de Limburg, Maastricht, Holanda, como sede da sua secretaria-executiva.

Também se resolveu que seriam promovidas Reuniões Gerais, a cada dois anos, tendo a segunda sido realizada em Belagio, na Itália. O apoio para a realização das atividades, nos anos iniciais, foi obtido junto à OMS, à Fundação Rockefeller, ao Governo da Holanda e à Faculdade de Medicina e de Ciências da Saúde da Universidade de Limburg.

O Comitê Executivo condutor das atividades da Network, em seu período inicial de funcionamento, era constituído por: Dr. J. Greep (Holanda), Dr. R. Villarreal (México), Dr. D. Maddison (Austrália), Dr. F. Mustard (Canadá) e Dr. C. Ordoñez (Cuba).

Os objetivos estabelecidos para a nova organização foram: (1) melhorar a cooperação entre serviços de saúde e o desenvolvimento da força de trabalho em saúde (health manpower); (2) melhorar a APS e o nível de saúde na área de atuação das escolas; (3) expandir a abordagem do ensino orientado à comunidade e da aprendizagem baseada em problemas para a formação de outros profissionais de saúde; (4) aumentar o número e a eficácia de professores capacitados para desenvolver a abordagem preconizada; (5) aumentar o número de líderes que apoiem a abordagem preconizada e, (6) expandir o número de organizações que apoiem a proposta.

As atividades mais relevantes, durante os anos iniciais, se relacionaram com o aprofundamento da sua base teórico-conceitual, através da realização de estudos e da promoção de seminários de análise das experiências desenvolvidas por seus membros, inicialmente dezesseis.

CONCEPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

Embora reconheça o valor do estabelecimento de relações entre as universidades, os serviços de saúde e a comunidade para a implantação

de processos de mudança na educação dos profissionais de saúde, a proposta “NETWORK” privilegia a construção de modelos orientados à comunidade (“Community-oriented”) e a adoção da metodologia da aprendizagem baseada em problemas (“problem based learning” – PBL).

Esses são os dois conceitos centrais do arcabouço teórico-metodológico da proposta. A “educação orientada para a comunidade” é característica das instituições cujos objetivos e princípios básicos são determinados pelas necessidades da comunidade, cujos currículos adotam um enfoque integral da saúde e desenvolvem atividades comprometidas com a meta de saúde para todos.

A aprendizagem baseada em problemas é um método pelo qual o estudante ou o trabalhador de saúde utiliza a situação de um paciente, uma questão da assistência à saúde ou um tópico de pesquisa, como estímulos para aprender. Após análise inicial do problema, os estudantes definem seus objetivos de aprendizagem e buscam as informações necessárias para abordá-lo. Após, relatam o que encontraram e o que aprenderam.

A aprendizagem baseada em problemas na educação dos profissionais de saúde tem três objetivos: a aquisição de um corpo integrado de conhecimentos, a aplicação de habilidades para resolver problemas e o desenvolvimento do raciocínio clínico.

Além destes dois conceitos, há um terceiro, igualmente importante no contexto da proposta: o de educação centrada no estudante. Este se refere à estratégia instrucional que se vincula à capacidade e motivação do estudante. Ele, com o apoio do professor, deve ter total responsabilidade pelo seu autoaprendizado. A ênfase nesta estratégia é a busca ativa de informações e habilidades pelo estudante. A ele compete definir as melhores formas e o ritmo de estudar, bem como a avaliação do progresso da sua formação.

A orientação comunitária, na maioria dos casos, se concebe como a incorporação, nos conteúdos curriculares, dos problemas prioritários de saúde, ou de atividades desenvolvidas em ambientes comunitários ou, ainda, em alguns casos, pela estruturação de serviços universitários de saúde de primeiro nível de atenção, que funcionam de forma muito semelhante à extensão universitária. Em essência, a concepção que preside

a orientação comunitária da proposta se vincula ao compromisso de tornar a educação dos profissionais de saúde mais relevante em relação às necessidades da sociedade, definidas, essencialmente, através dos perfis epidemiológicos das populações.

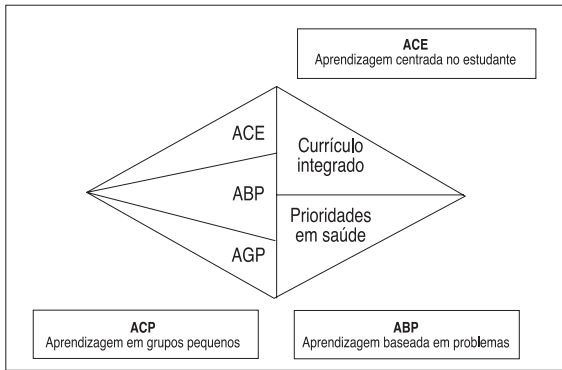
Quanto ao segundo grande pilar da proposta Network, a aprendizagem baseada em problemas (PBL), Venturelli (1997), se baseia no educador Paulo Freire para dizer que “(...) hay necesidad de enfocar la innovación educacional de forma a dar una idea de contexto y dirección hacia el cumplimiento de los principios generales de la educación de adultos ligados a las necesidades de la sociedad (...) el proceso sea centrado en el estudiante, basado en prioridades de salud, que integre la información y las ciencias, que tenga contacto directo con las comunidades – es decir, basado en la comunidad – con evaluaciones formativas que mejoran el rendimiento del individuo y permiten darle relevancia y proyección a la educación.”

Segundo se depreende da leitura do material produzido pela Network (através da sua coordenação e das instituições vinculadas à Rede), não há uma metodologia PBL. Há diferenças, por exemplo, entre os modelos desenvolvidos por McMaster (Canadá), por Maastricht (Holanda), por New Castle (Austrália) ou por Illinois (Estados Unidos). Ao analisar uma das mais recentes e importantes obras a respeito, publicada por Bouhuijs, Schmidt & Van Berkel (1993), Wilkerson (1994) comenta que “alguém pode questionar que o PBL é definido e aplicado de forma diferente nos vários capítulos do livro. E esta é a sua riqueza”.

Mas, em essência, a metodologia implica em currículos integrados (entre ciclos básico e clínico) organizados por módulos de ensino (em substituição a currículos estruturados em e por disciplinas), com relações mais horizontais e democráticas entre alunos e professores, fundamentando-se em uma filosofia educacional superadora da pedagogia da transmissão que adota a pedagogia crítico-reflexiva na construção do conhecimento.

A Figura 17 registra os principais conceitos existentes no corpo teórico da proposta NETWORK.

FIGURA 17 – Elementos conceituais básicos da educação inovada proposta pela Network



Fonte: Venturelli, 1997.

Segundo Des Marchais (1993), “Acima de tudo, a mudança do paradigma da educação médica vem se tornando um pré-requisito para elevar o nível de saúde das comunidades. A educação centrada no estudante, a aprendizagem baseada em problemas e a educação orientada à comunidade deverão fazer parte de todos os currículos médicos do Século XXI”.

Em estudo realizado sobre dez escolas inovadoras, pertencentes à rede Network, verificou-se que a melhor abordagem operacional, para se concretizar a educação orientada à comunidade, ocorria através de parcerias entre escolas, comunidades e serviços de saúde e, também, através da presença de professores “no terreno”, desenvolvendo atividade nos serviços e nos ambientes comunitários (RICHARDS & FÜLÖP, 1987).

Em 1989, houve uma atualização das estratégias de atuação da NETWORK, atualmente pautadas por: (1) ênfase no apoio e fortalecimento das instituições através do intercâmbio, disseminação de informações, melhoria da comunicação e das publicações; (2) ênfase nas parcerias entre universidades, governos e comunidades com vistas a metas SPT-2000; (3) prioridade em pesquisa e desenvolvimento, particularmente sobre questões de relevância para a educação dos profissionais de saúde; (4) criação de capítulos regionais de Network.

Merece também ser registrada a ênfase especial que a proposta confere à participação e envolvimento estudantil nos processos de mudança das escolas médicas. Neste sentido, a Network, desde o início

dos anos 1980, estabeleceu vínculos com a International Federation of Medical Students Associations (IFMSA), instituiu uma Student Network Organization (SNO) na sua estrutura (uma espécie de sub-rede) e apoia um intenso programa de intercâmbio de estágios (student electives) entre as Instituições-participantes.

IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Antes de abordar, especificamente, a implementação da proposta Network na América Latina, e que, conforme já assinalado, só ocorre com maior significado na década de 1990, vale registrar alguns marcos do seu desenvolvimento anterior.

Nestes seus 20 anos de existência, a Network promoveu dez reuniões bianuais, cujas datas, temas centrais e localização estão expostos no Quadro 5.

QUADRO 5 – Relação das Reuniões Bianuais promovidas pela Network

DATA	TEMA CENTRAL	LOCAL
1979	Reunião de fundação da Rede	Kingston, Jamaica
1981	Educação Médica para a saúde	Bellagio, Itália
1983	Saúde para todos através da APS	Havana, Cuba
1985	A avaliação de currículos inovadores nas ciências da saúde	Ismailia, Egito
1987	Avanços e desafios na educação das profissões de saúde	Pattaya, Tailândia
1989	Instituições acadêmicas e sistemas de saúde como parceiros no desenvolvimento da saúde	Kerkrade, Holanda
1991	Parceria entre comunidade e universidade: o desafio para o desenvolvimento da saúde	Illorin, Nigéria
1993	Educação centrada no estudante	Sherbrooke, Canadá
1995	Avaliação de qualidade na educação das profissões de saúde	Manila, Filipinas
1997	Envolvimento das comunidades na educação das profissões de saúde: desafios, oportunidades e armadilhas	Cidade do México, México

Com o passar do tempo, no intervalo entre as reuniões bianuais, foram aumentando de intensidade e abrangência os workshops e seminários, promovidos em várias regiões, na maioria dos casos enfocando o PBL.

Em 1987, por exemplo, realizou-se uma Conferência em Albuquerque, Novo México, Estados Unidos, promovendo a análise das escolas médicas que vinham desenvolvendo mudanças curriculares importantes e que eram designadas de inovadoras. A publicação, resultante dessa Conferência (WORLD, 1987), registra várias estratégias recomendadas para a implantação de mudanças educacionais em instituições que já tenham cursos médicos estabelecidos (VENTURELLI, 1997).

Apesar dessas estratégias serem abrangentes, a adoção do PBL era a central, como aliás fica evidente pela leitura da citação, feita por Venturelli, das palavras proferidas por T. Fülöp por ocasião da conferência de Albuquerque “(...) no momento atual, a inovação educacional que centra o processo no estudante, integra e usa os problemas prioritários como base educativa, é a melhor ou a única forma para promover a mudança nas instituições com vistas ao cumprimento da meta SPT-2000 mediante a APS”.

Essa metodologia passou a ocupar maior espaço no cenário internacional quando a tradicional e renomada escola médica de Harvard, nos Estados Unidos, após dois anos de desenvolvimento de um currículo experimental paralelo, com base em PBL, decidiu, em 1986, transformar o currículo regular, adotando oficialmente a metodologia na escola (BOK, 1989). Há estudos mostrando que, atualmente no mundo todo, cerca de 60 escolas médicas (de um total aproximado de 1350) têm os anos iniciais dos seus currículos, geralmente até a quarta série, “funcionando em PBL” (HART, 1995).

Conforme registra Barrows (1997), durante os anos 1970 e início dos anos 1980, apesar de várias tentativas, era impossível qualquer discussão ou apresentação sobre PBL nas reuniões anuais da Associação Americana de Escolas Médicas. Os interessados no tema realizavam encontros informais, paralelos, durante ou logo após as reuniões oficiais da Associação. Mas, nos últimos dez anos, são numerosos os trabalhos apresentados sobre o assunto, em eventos nacionais e internacionais.

Na América Latina, o primeiro workshop sobre PBL promovido pela Network ocorreu, com apoio da OPS, somente em 1989, em Montevidéu, com a participação de representantes de instituições de 10 países: Argentina (5), Brasil (5), Canadá (2) e Chile, Uruguai, Paraguai, Peru, México, Cuba, Estados Unidos (1 cada).

Antes disso, além da 3.^a Reunião realizada, em 1983, em Cuba, houve somente a participação da Network (através do Dr. R. Villareal) na Nicarágua, em 1982/83, a pedido do Governo sandinista, que buscava estabelecer modelos de articulação entre os serviços de saúde e a universidade, com vistas a desenvolver a atenção primária de saúde.

Fruto da regular periodicidade dos seus eventos e de uma intensa produção editorial, observa-se um contínuo crescimento do número de instituições que se interessam em participar da Network.

A evolução do quadro de membros da Network é a seguinte (Quadro 6):

QUADRO 6 – Evolução do número de membros da Network

ANO	CATEGORIAS			
	PLENO	ASSOCIADO	CORRESPONDENTE	TOTAL
1979	-	-	-	16
1989	-	-	-	40
1991	54	80	33	167*
1996	57	133	64	254

* *Africa (22), Americas (45), Eastern Mediterranean (21), Europe (39), South-East Asia (20), Western Pacific (20).*

Na América Latina, até 1990, registra-se a participação de somente 6 instituições: Instituto Superior de Ciências de Havana, UAM-Xochimilco, Faculdade de Medicina de Montevidéu, Faculdade de Medicina de Temuco, Escola Colombiana de Medicina em Bogotá e Faculdade de Medicina de Nuevo Leon, Monterrey, México. Observa-se depois disso um rápido crescimento, chegando, atualmente, a 32 Instituições (Figura 18), muitas das quais fazem parte da proposta UNI.

FIGURA 18 – Distribuição geográfica dos membros da Network na América Latina em 1997



Outrossim, as relações entre a Network e a Fundação Kellogg na América Latina evoluíram com base nos seguintes acontecimentos:

- Em 1990/91, por proposição de Ron Richards (ex-diretor do departamento de educação médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Illinois-Chicago e, na época, coordenador do programa norte-americano “community partnerships”, da Fundação Kellogg), estabelece-se uma assessoria da Network à Fundação;
- No final de 1993, retribuindo uma visita dos Drs. Marcos Kisil e Mario Chaves a Maastricht, ocorrida em 1992, o então secretário-geral da Network, Dr. Zohair Nooman, visita o Projeto UNI de Londrina e a coordenação do Programa UNI, em São Paulo.

Iniciam-se os entendimentos com vistas a uma aproximação entre as duas iniciativas;

- Ainda em 1993, a coordenação do Programa UNI apoia a participação de numerosa delegação de representantes dos projetos UNI da África, da América Latina e dos Estados Unidos, na 8.^a Reunião Bianual da Network, realizada em Sherbrooke.
- Em 1994, em Monterrey (México), em seguida ao 2.^o Seminário Internacional do Programa UNI, realiza-se uma reunião entre a coordenação do Programa UNI, alguns diretores de Projetos UNI e dirigentes da Network. Estabelecem-se as bases para um trabalho conjunto, principalmente na área editorial, além do apoio à realização de workshops sobre PBL na América Latina.

Até o início dos anos 1990 a Network, que sempre contou com educadores médicos da América Latina no seu Comitê Executivo, não havia conseguido estabelecer uma presença mais ativa na região. Como fruto dessa interação, foi criado, em 1995, o seu capítulo latino-americano.

Em 1996, é publicado, em inglês, pela Network, o livro sobre o Programa UNI (KISIL & CHAVES, 1996) e se realiza um workshop em Londrina sobre avaliação curricular e PBL, com a participação de dezenas de escolas médicas. Em 1997, inicia-se a publicação do boletim da Network (Newsletter) em português e espanhol e se realiza, em Temuco, mais um workshop, com a participação de instrutores indicados pela Network.

Durante a 10.^a Reunião bianual da Network, realizada no México, foi expressivo o número de instituições latino-americanas que participaram do evento, muitas delas com a apresentação de temas livres sobre os processos de mudança que vêm sendo implementados.

Nos últimos anos, um processo de discussão em torno de algumas questões importantes instala-se no seio da proposta e de cujo desfecho depende o encaminhamento futuro das suas ações. Ezzat (1996), por exemplo, diz que “Através dos anos, um leque de experiências tem sido desenvolvido pelos membros da rede (...) não temos um registro preciso delas (...) a despeito do sucesso de programas orientados à comunidade e das atividades de aprendizagem nesses programas, o impacto nos sistemas de saúde e na qualidade de vida das comunidades é ainda pequeno (...)

poucas pesquisas vêm tendo início, voltadas a entender melhor o papel da interação entre serviços de saúde e educação no desenho de novos modelos de prática, compreendendo a relevância, a qualidade, custo-efetividade e a equidade em saúde.” Majoor (1996), após manifestar que “(...) os currículos das escolas de saúde devem ser orientados para a relevância da atuação dos futuros profissionais nos serviços de saúde”, chama a atenção para a necessidade das instituições participantes da Network estreitarem seus laços com as organizações profissionais e governos, visando influir e dar início, desde já, às tarefas de reorganização dos sistemas de saúde e das práticas médicas do futuro.

É ainda Majoor (1996) que, lembrando discussões ocorridas no Seminário da Network realizado na África, em 1996, chama a atenção sobre a prioridade conferida à educação médica na Network e propõe que “(...) se a Rede deseja contribuir para a formação dos profissionais de saúde em geral, deve tomar providências para corrigir esse desequilíbrio que favorece o tratamento das questões da educação médica”.

Atualmente, os dirigentes e membros da Network discutem redefinições quanto à estrutura e funcionamento da Rede. Além disso, analisam algumas questões decisivas para o seu futuro desenvolvimento. Dentre estas, destacam-se as seguintes: (a) como desenvolver estruturas organizacionais e de gerência que promovam a ativa participação da comunidade nos processos educacionais; (b) como obter o efetivo compromisso dos professores dos cursos da área de saúde, na implantação das mudanças; (c) como garantir a equidade nos processos de parceria; (d) como fazer com que a universidade contribua mais para o desenvolvimento de parcerias, gerando novos conhecimentos, realizando pesquisas sobre os sistemas/serviços de saúde e formulando novas estratégias educacionais.

ANÁLISE DA PROPOSTA

Do ponto de vista teórico-conceitual, a proposta é limitada ao componente educacional do processo de formação. Neste terreno, ela é consistente. Articula, coerentemente, categorias que embasam iniciativas de mudança didático-pedagógica. A metodologia desenvolvida, a aprendizagem baseada em problemas, é bem formulada e há estudos que indicam suas potencialidades na formação de profissionais melhor

preparados para vários aspectos da prática profissional, tais como: habilidades interpessoais, aprendizagem contínua, raciocínio clínico e satisfação profissional (SCHMIDT et al., 1992; FRIEDMAN et al., 1992).

No que se refere aos componentes externos à universidade, praticamente não há uma construção teórico-conceitual que fundamente as ações da proposta. Os dois conceitos que se situam neste contexto – a *community-oriented* e a *community-based education* – não são precisos e despontam como responsáveis, pelo menos em parte, pelas dificuldades que as escolas inseridas na proposta vêm enfrentando. Tampouco há qualquer abordagem acerca das relações entre educação dos profissionais e/ou escola, sistema de saúde e estrutura social.

Do ponto de vista da sua estruturação, a proposta tem muitas fortalezas e algumas debilidades. Ela tem sua materialidade institucional consolidada em outros continentes, mas, na América Latina, até o momento, sua expressão é limitada.

O rápido crescimento do número de membros latino-americanos da Network, verificado nos anos 1990, indica principalmente o interesse crescente, por parte de educadores e instituições universitárias da região, em relação ao PBL. O que não significa, necessariamente, presença concreta da proposta. A afiliação à rede, em qualquer uma das suas categorias (membro pleno, associado ou correspondente), independe da vigência de processos de mudança coerentes com as bases teóricas e metodológicas da proposta, sendo, portanto, mais representativa do interesse das pessoas/ instituições pelo tema.

Até o momento, no Brasil e nos demais países latino-americanos, existem apenas iniciativas isoladas de experimentação do PBL em disciplinas do curso médico (SANTOS, 1994; SOBRAL, 1994; BARTOSZECK, 1996), com a exceção de três casos – Cali, Marília e Londrina – nos quais, praticamente todo o currículo dos seus cursos médicos foi reformulado, tendo por base, ainda que não exclusivamente, o PBL. Tanto em Marília, cuja implantação se iniciou em 1997, como em Londrina, que se iniciou em 1998, os projetos pedagógicos contemplam um “mix” entre o PBL e a metodologia problematizadora (KOMATSU, 1997; UNIVERSIDADE, 1997).

Sabe-se também que a proposta vem chamando a atenção de instituições que ainda não se filiaram à Network, como a ex-Escola Paulista

de Medicina da Universidade Federal de São Paulo e as Faculdades de Medicina da USP localizadas em Ribeirão Preto e em São Paulo.

Nas instituições da América Latina que desde o início dos anos 1980 fazem parte da Network – Montevideú, Bogotá, Temuco, Monterrey, Havana e UAM-Xochimilco – não ocorrem processos integrados e consolidados de desenvolvimento do PBL, carro-chefe da proposta Network. Em Cuba, as mudanças ocorrem em consequência do processo global de transformação social do país, não havendo registro de implementação do PBL.

Pelo que se compreende da leitura do material, a presença de Cuba na Network se deve, além da existência de laços de solidariedade internacional com o processo revolucionário cubano, às características fortemente “community-oriented” do sistema de saúde e educacional existente no país, balizados pela APS. Quanto às metodologias de ensino, o país implementa as de “integración docente-assistencial-investigación” e de “estudio-trabajo”, ambas centradas numa forte vinculação entre teoria e prática. Embora sejam metodologias que podem ser enquadradas no amplo leque das “metodologias ativas” de ensino-aprendizagem, não têm semelhanças operacionais com o PBL.

Nas demais, inclusive em Temuco, sede da coordenação do capítulo da Network para a América Latina, não se verificam mudanças significativas nos processos de ensino-aprendizagem.

Outro indicativo de que a afiliação à Rede Network não significa, necessariamente, comprometimento com a proposta “NETWORK”, pode ser obtido através da análise das planilhas de assessorias ofertadas em vários temas (community-based/community-oriented education, skills training, clinical training, PBL, student assessment, programme evaluation, curriculum design), que, periodicamente, se divulgam no Newsletter. Em geral, nenhuma instituição latino-americana consta das referidas planilhas. Somente na edição do Newsletter de junho de 1997 surge a oferta, em praticamente todos os temas supramencionados, da Universidade Nacional de Trujillo (Peru).

Cabe realçar o reconhecimento e valorização que a Network confere aos estudantes. Através da articulação com a IFMSA e da SNO, a Network desenvolve e estimula um programa autofinanciável de intercâmbio internacional de estudantes.

No entanto, na América Latina os dirigentes das instituições universitárias afiliadas à Network não têm estimulado este tipo de iniciativa, conforme pode ser comprovado pela análise da planilha “Student Elections” (Newsletter de junho de 1997). Nos últimos anos vêm ocorrendo casos esporádicos de escolas médicas brasileiras oferecerem estágios a estudantes de outros países, geralmente europeus. Mas estes decorrem, principalmente, da articulação entre os próprios estudantes.

A valorização do papel do estudante nos processos educacionais é resultado da concepção teórico-metodológica da proposta Network, que enfoca os estudantes como sujeitos nos processos educacionais. Esta condição é reforçada pelo uso do PBL, enquanto metodologia de ensino. Ao estabelecer novas relações técnicas e sociais de ensino entre professores e alunos, vistos como sujeitos que interagem na construção do conhecimento e na aquisição de habilidades e atitudes, essa metodologia introduz mudanças no processo de formação de médicos. Aí reside a fortaleza mais evidente da proposta Network.

No entanto, a implantação isolada do PBL corre o risco de redundar em simples modernização da educação médica, nos marcos não questionados do modelo flexneriano. O que não significa, necessariamente, processos tranquilos e ausência de conflitos. A mudança de funções de professores e alunos e os novos desenhos curriculares, com alteração do significado das disciplinas e departamentos acadêmicos, são fatores geradores de muitas resistências e oposições, suficientes para abortar até mesmo tentativas de “meras modernizações” que não desfrutem de propósitos consistentes, de gerenciamento acadêmico-administrativo competente e de sólidas bases de apoio.

Ou seja, sem mudanças dos cenários de ensino-aprendizagem, da articulação com os serviços de saúde e os seus processos de reforma e de outras iniciativas, o PBL pode resultar numa mera inovação modernizante.

Além das debilidades já apontadas, no que se refere à materialidade institucional da proposta, dois outros pontos fracos podem ser identificados. Seriam eles: a centralidade das ações da proposta na educação médica, embora a Rede tenha caráter multiprofissional; e a limitada compreensão quanto às estruturas econômico-sociais e suas relações com a educação e prática das profissões de saúde.

Talvez estas debilidades estejam relacionadas a características da gestão da proposta. Apesar de existir um comitê executivo dirigente da Rede, com espaço para a participação de representações das várias regiões, parece haver um poder institucional mais forte, representado pela secretaria-executiva, periodicamente renovada, mas sempre ocupada por atores da escola médica de Maastricht.

Esta secretaria, competentemente administrada desde a criação da Rede, é a instância que tem viabilizado os recursos financeiros necessários à sobrevivência e operação da iniciativa. Além disso, o fato da escola médica de Maastricht ter desenvolvido um amplo e profundo processo de reformulação do seu currículo, inteiramente centrado no PBL, serviu também para consolidar e conferir maior peso e visibilidade à secretaria-executiva da Rede.

Do ponto de vista das estratégias de mudança desenvolvidas pela proposta, destacam-se: o próprio PBL, a disseminação das suas experiências bem-sucedidas, o trabalho em rede e a capacitação de professores na metodologia PBL e a articulação e aliança com os estudantes.

Quanto à sustentabilidade das mudanças introduzidas, há estudos mostrando que em muitas escolas da Europa, Canadá, Estados Unidos e Austrália o PBL está institucionalizado. Mas ainda enfrenta resistências e seus apoiadores têm que, permanentemente, contrapor-se a tentativas de retorno às estruturas curriculares e metodologias pedagógicas tradicionais.

UMA PROPOSTA DE GESTÃO DE QUALIDADE NA EDUCAÇÃO MÉDICA – A PROPOSTA “GESTÃO DE QUALIDADE”

BREVE HISTÓRICO

No final dos anos 1980, conforme já foi analisado, o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde da OPS, em Washington, desenvolveu intenso trabalho de cooperação junto à ALAFEM e outras entidades vinculadas à UDUAL. Disto resultou a realização da Conferência Integrada “Universidade Latino-Americana e a Saúde da População”, em Havana, em 1991.

Simultaneamente a esse processo (1988-91), o Programa apoiou os estudos relacionados ao desenvolvimento da metodologia do Planejamento Estratégico de Recursos Humanos (ROVERE, 1993). Na sequência, decidiu apoiar a participação das escolas da região na 2.^a Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em 1993. A contribuição que resultou dessa iniciativa, levada a efeito em cooperação com a FEPAFEM, já foi analisada.

Em 1993, ainda durante a Conferência de Edimburgo, a coordenação do Programa da OPS iniciou entendimentos com as diretorias da FEPAFEM e da ALAFEM, visando à realização de um evento conjunto, no qual seria discutida a operacionalização das ideias contidas no documento de posicionamento da América Latina.

Foi durante o já mencionado Encontro Continental de Educação Médica, realizado em Punta del Este (Uruguai) em 1994, que a OPS apresentou a “Proposta de Gestão de Qualidade na Educação Médica” (OPS, 1994b; OPS, 1995), como uma estratégia de mudança da educação para as escolas médicas da região.

O Encontro, organizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de la Republica (Montevideu), com o apoio da OPS, da FEPAFEM e da ALAFEM, foi marcado por manifestações iniciais de disposição de se superarem as diferenças. Juan D. Cobelo, presidente da ALAFEM, disse que “(...) la urgencia de emprender reformas mas allá de lo curricular para dar respuesta a las necesidades en relación a los cambios en la práctica médica y a las tendencias de reorientación sectorial (...) toca a nosotros dar solución a nuestros problemas com una estrategia de unidad de acción (...)” (OPS, 1997).

Na mesma oportunidade, Benedictus Philadelpho de Siqueira, presidente da FEPAFEM, disse que “Asistimos hoy a una conferencia historica, pues, durante décadas, ALAFEM y FEPAFEM marcharam separadas (...) nuestra esperanza es que surjan directrices capaces de ayudar a las escuelas a enfrentar el desafio de formar un profesional capaz de proporcionar una atención médica de calidad y que busque la universalidad de la atención con equidad (...) la educación medica solamente logrará sus objetivos superando intereses de grupo particularistas y estando al servicio de las necesidades sociales” (OPS, 1997).

O evento realizou-se em quatro momentos: 1.º momento político-conceitual (no qual analisou-se o contexto externo, avaliando a necessidade de mudança na educação e na prática médica, considerando as reformas do setor saúde e as necessidades sociais); 2.º momento metodológico (no qual se discutiu a aplicabilidade dos critérios de qualidade para o aperfeiçoamento da educação médica); 3.º momento aplicativo (no qual foram consideradas as soluções operacionais, as distintas orientações adotadas nos países em relação a um novo mandato de qualidade para a educação médica e o estabelecimento de mecanismos de regulação e controle) e 4.º momento declaratório. O tema central do evento foi “Educação, Prática Médica e Necessidades Sociais: Rumo a uma Nova Visão de Qualidade”.

Reconhecendo que a maioria dos países da região já havia iniciado processos de avaliação da educação superior, no sentido de criar mecanismos de credenciamento das instituições e que alguma forma de classificação das escolas médicas resultará desse processo, a OPS alertava,

na ocasião, para que os responsáveis pelas decisões a respeito não incorressem em soluções simplistas, como, por exemplo, a classificação das escolas por número de estrelas, como os hotéis. Chamava-se a atenção, por exemplo, para a necessidade de se garantir mecanismos de acesso à educação permanente, pois, caso contrário, poderiam deteriorar-se ainda mais as situações de desequilíbrio e iniquidade.

No intuito de chegar ao Encontro de Punta del Este com uma proposta clara, o Programa de Desenvolvimento de rhs da OPS desenvolveu, durante 93/94, intenso processo de análise e aprofundamento sobre a avaliação de projetos inovadores, planejamento estratégico de rhs e gestão de qualidade, contando com a contribuição de seus próprios técnicos (RODRIGUEZ, 1997b; LAYSECA, 1997) e de vários consultores externos. Dentre estes, destacam-se os seguintes: Schraiber et al., 1994; Byrne & Rozental, 1994; Rodriguez R.H., 1997; Nogueira, 1993a; Nogueira, 1993b. Estes últimos dois documentos fazem parte do livro do autor, lançado no ano seguinte (NOGUEIRA, 1994).

CONCEPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

A proposta contém um documento propositivo (OPS, 1994b; OPS, 1995), aberto à discussão dos participantes do Encontro, para o qual se levou em conta elementos: a) de autoavaliação e de avaliação externa das escolas médicas latino-americanas e seus processos educacionais, resultantes do acúmulo propiciado tanto pelos estudos de Flexner (1910) e García (1972), como pelos processos mais recentes de análise prospectiva e de elaboração dos estudos preparatórios das Conferências de Havana e de Edimburgo; b) do planejamento estratégico e, c) da aplicação da metodologia de gestão de qualidade.

Inicialmente, ainda que reconhecendo a existência de uma autonomia relativa da escola médica, a proposta parte do pressuposto de que a prática hegemônica da medicina tecnológica, institucionalizada, superespecializada, hospitalar e socialmente segmentada cria e induz, na educação médica, a transmissão de determinada cultura profissional dominante, que reforça o “status quo” da medicina. A qualidade desta

medicina e a da educação médica estão associadas, com frequência, à ideia de sofisticação e de alto custo, portanto, à concepções restritivas da atenção médica às parcelas da sociedade de maior poder aquisitivo.

O paradigma atual da medicina, entendido no contexto da proposta como os elementos que conformam a sua prática e a formação médica, constitui-se num conjunto de categorias explicativas e de elementos de valor. Tais elementos e categorias, construídos e reconstruindo-se permanentemente, em busca da própria afirmação, dão suporte e direcionalidade aos interesses presentes nestes campos de prática profissional e educacional. Os componentes principais deste conjunto de categorias e de valores se situam: no conceito de saúde-doença; no conhecimento e na tecnologia; nos valores éticos; no significado prático da qualidade.

As formas segundo as quais os componentes são assumidos, na teoria e prática médica, configuram o paradigma atual da medicina, também conhecido como paradigma flexneriano. A saber:

- a) la enfermedad es un estado de desequilibrio provocado por uno o varios factores, cuya naturaleza o forma de actuación puede ser desvelada por el conocimiento científico, a partir del cual también se elaboran instrumentos de intervención que se orientan a restaurar el equilibrio anterior, que es la salud;
- b) la tecnología médica está constituída por todo el acervo de conocimientos (originado predominantemente en las ciencias biológicas) organizados para los fines prácticos y específicos de intervenir sobre aquellos estados de desequilibrio, intervención que requiere medios de apoyo diagnóstico y terapéutico colocados a disposición por una vigorosa industria de bienes de consumo, considerados cada vez más indispensables para la buena práctica de la medicina;
- c) los valores éticos consagrados son postulados universales referentes a una relación idealizada donde todo “el saber y los recursos tecnológicos” deben ser puestos por el médico al servicio del paciente. Aún más, la propia consagración de esos valores éticos es una atribución de la corporación profesional; y
- d) el significado práctico de la calidad, que se traduce en la experiencia de la formación/especialización de los profesionales y en la densidad y modernidad tecnológica que los mismos manejan,

responde a los intereses concretos de producción y reproducción del saber (a través de los profesionales) y de la tecnología (industria de insumos médicos)” (OPS, 1997).

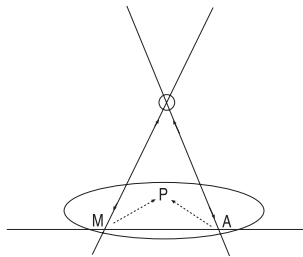
Na opinião dos autores da proposta “Gestão de Qualidade”, a visão de qualidade implícita nos processos tradicionais de avaliação da educação médica fortalece-se com base no paradigma flexneriano. Busca-se medir a qualidade avaliando o conhecimento e a prática, com base na excelência das disciplinas que se ensinam nas escolas médicas.

Como o modelo médico dominante não atende às necessidades como um todo, nem mesmo nos países mais desenvolvidos, verifica-se nos últimos anos um anseio, que às vezes se transforma em movimentos, defendendo a necessidade de “um novo modelo científico biomédico e social que projete e fundamente um novo paradigma educativo em função do indivíduo e da comunidade” (FEDERAÇÃO, 1993).

Entendendo que a escola médica não deve ficar à margem do processo de transição social e da medicina, processo cada vez mais acelerado, a proposta “Gestão de Qualidade” defende que ela assuma papel ativo nas mudanças, incorporando um enfoque de gestão estratégica de qualidade. A ideia é de que os elementos de um possível novo paradigma (educativo e assistencial) levem à revisão do próprio conceito de qualidade, que supere seu vínculo exclusivo com o sentido de excelência técnica e passe a refletir relevância e satisfação da sociedade, associando-se a critérios éticos de equidade e justiça social. “Calidad, cuya legitimación depende no sólo del saber profesional sino también de la valoración de la propia sociedad, que representa en la realidad el “tercer actor” del proceso de trabajo en salud” (FERREIRA, 1995).

Considera-se que o paradigma atual (P) da medicina hegemônica foi elaborado, predominantemente, no espaço da articulação entre os agentes de trabalho (A) – principalmente os médicos – e os produtores dos meios de trabalho médico – o complexo médico-hospitalar (M). O ator, situado no terceiro polo do campo de interesses, é o paciente (O) que, paradoxalmente, pouco tem a ver com a construção teórico-prática dos sistemas de atenção médica. A representação gráfica desse processo de conformação do paradigma atual da medicina está exposta na Figura 19.

FIGURA 19 – Representação gráfica do processo de elaboração do paradigma atual da medicina



Fonte: OPS, 1997, p. 434.

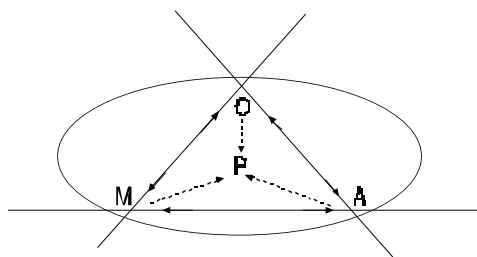
Reconhece-se a existência, na gestão estratégica de qualidade, de potencialidades capazes de gerar transformações no paradigma dominante, na medida que ela contém, em seu núcleo, um novo conceito de qualidade que “(...) supõe a existência de formas de subordinação a controles e normas de conduta estabelecidas fora da profissão, coisa que não existia anteriormente. A instância legitimadora dos critérios de qualidade não se localiza mais exclusivamente no seio da corporação médica, pois não são mais os médicos os únicos atores no cenário, ao contrário do que acontecia no círculo de qualidade flexneriano” (OPS, 1995).

O corolário desta suposição é que o movimento de construção de um novo paradigma se realiza tanto no plano do cuidado médico como no da formação dos seus profissionais. E, para isso, contribui o enfoque da gestão estratégica de qualidade, já que esta:

- “(i) permite analisar permanentemente a prática médica, suas modalidades de organização e funcionamento, acompanhando e atuando sobre o currículo, para que suas atividades possam ser avaliadas e aperfeiçoadas;
- (ii) supera as limitações dos instrumentos convencionais de avaliação, centrados na seleção dos melhores, para constituir-se em um incentivo para a melhoria de todos;
- (iii) pode conduzir à definição de objetivos de qualidade específicos, substituindo critérios universalistas, às vezes pouco aplicáveis a realidades diferentes dos países e das instituições;
- (iv) pode representar uma forma de julgar os problemas da educação médica, em sintonia com as conquistas da cidadania e dos processos de participação social nas questões públicas, dentro do novo contexto democrático que vive a América Latina” (OPS, 1997).

Em termos práticos, a proposta “Gestão de Qualidade” preconiza que o “terceiro ator” do processo de trabalho – o paciente/as comunidades, que no modelo predominante, é/são somente objeto dos cuidados profissionais – também assuma papel relevante na construção do paradigma da medicina pós-flexneriana. A representação gráfica desta nova situação, tomando como referência o esquema anterior, está exposta na Figura 20.

FIGURA 20 – Representação gráfica do processo de elaboração do paradigma pós-flexneriano



Fonte: OPS, 1997:436.

A construção deste novo paradigma, enquanto processo social de mudança das relações que se dão entre os três polos de interesse envolvidos no processo de trabalho, pressupõe papel importante e insubstituível da escola médica, cuja atuação deverá se orientar, segundo a proposta, com base nos seguintes princípios: (a) compromisso institucional efetivo com a sociedade, o que significa concretamente a integração com os serviços de saúde em função dos reais interesses de saúde da população; (b) participação de docentes e alunos no sistema de prestação de serviços, comprometidos com a busca de satisfação de necessidades epidemiologicamente definidas; (c) condições técnico-administrativas que permitam a permanente atualização científico-tecnológica de docentes e alunos” (OPS, 1997).

Apesar de haver, segundo a proposta, uma disseminada compreensão na América Latina sobre a relação das atividades e conteúdos da educação médica com a estrutura social, “(...) as novas e enriquecedoras contribuições das ciências da educação não geraram rupturas na rígida estrutura da grande maioria das escolas médicas da região, embora

tenham servido como uma das fontes de apoio para o desencadeamento de mudanças” (RODRIGUEZ, 1997b).

A respeito da avaliação, a proposta faz referência a vários autores que mostram a sua importância nos processos de mudança, considerando a avaliação parte integrante dos projetos ou das propostas inovadoras e entendida como oportunidade para refletir sobre todo o processo.

Ferreira (1995) afirma que “o importante é reconhecer o potencial e as limitações da avaliação externa, da autoavaliação e do seguimento contínuo da gestão de qualidade. Considerando que o que se busca é a transformação a partir de um processo participativo que leve em conta a análise do contexto e a extrapolação prospectiva, no redimensionamento da missão de formar médicos”.

A construção ou reconstrução dos novos modelos educacionais integrados deve gerar, simultaneamente, a construção de processos avaliativos, “(...) sem que isso signifique que pensemos na avaliação como um fim em si mesmo, mas enquanto instrumento fundamental para orientar a análise de resultados e a reflexão permanente do processo educativo que deve ser transformador (...) propomos o desenvolvimento de um intenso trabalho de reflexão intrainstitucional capaz de contribuir para a transformação do processo educativo e dos seus atores, o que pode não ocorrer caso não se desenvolva um processo participativo” (RODRIGUEZ, 1997b).

A proposta retoma a análise prospectiva, resgatando seu enfoque metodológico, voltado para a mobilização de todos os atores da instituição, mas também envolvendo outros setores, como os serviços de saúde. Também resgata o planejamento estratégico de recursos humanos em saúde, considerando-o como seu eixo operacional.

A proposta formulada pela OPS orienta-se, do ponto de vista operacional, para a instrumentalização de um processo de gestão da qualidade que possa levar ao aperfeiçoamento permanente da educação médica. O processo se desenvolveria em três etapas:

- 1.^a) uma avaliação externa rigorosa utilizando, segundo seus autores, critérios e indicadores semelhantes aos adotados por Flexner, com os devidos ajustes quanto ao modelo conceitual e ao compromisso social que, hoje, deve orientar a formação médica. Recomenda-se que, para o desenvolvimento desta etapa, prevista para durar no máximo quatro dias, haja a participação de um consultor externo e que o trabalho seja feito por

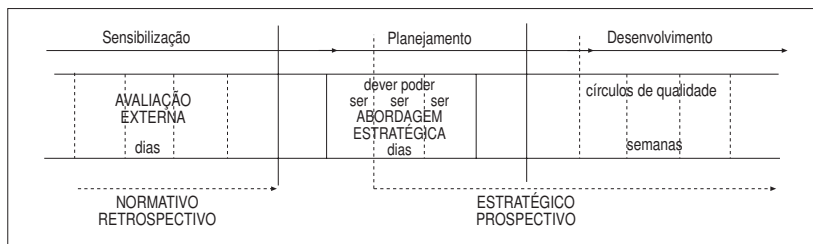
uma comissão composta por um número reduzido de pessoas, devendo haver a participação de representante(s) externo(s) à escola. Além de um questionário, recomenda-se a realização de visitas aos locais de trabalho e de entrevistas. No final desta etapa, seria necessário um processo de negociação com a direção da escola, considerando o resultado da avaliação e a real disposição da escola para dar seguimento ao processo de gestão da qualidade;

2.^a) numa segunda etapa, propõe-se a adoção de um enfoque estratégico, visando democratizar o conhecimento da escola médica quanto ao seu contexto externo e ao seu currículo, fundindo reflexão e ação numa prática investigativa. Esta etapa deve ser realizada nos moldes de uma oficina de planejamento estratégico, com duração prevista de três dias. Os atores devem reconstruir cenários futuros, aprofundando a análise da situação e considerando os determinantes sociais envolvidos. Nesta visão de cenários futuros, estaria sendo considerado o esboço de um novo paradigma para o desenvolvimento da educação médica. Devem se explicitar desejos e valores na projeção da proposta de desenvolvimento da escola, definindo uma nova missão para ela.

3.^a) numa terceira etapa, de caráter contínuo, devem ser identificadas as táticas e estratégias de implementação da proposta e que, introduzindo os ajustes necessários, revestem toda a realização do projeto de um esforço permanente de avaliação de qualidade. Nesta etapa, devem ser constituídos os círculos de qualidade da educação médica.

A seqüência das etapas está representada, em forma esquemática, na Figura 21.

FIGURA 21 – Etapas de implementação de um processo de gestão de qualidade na educação médica



Fonte: OPS, 1997.

Os autores da proposta chamam a atenção para o fato de que esta é uma formulação preliminar de operacionalização. Quanto à natureza dos atores e às condições da sua ação, numa avaliação de qualidade total, é registrado que devem ser considerados os seguintes critérios: (1) protagonismo dos atores internos, considerando-se os fatores objetivos e subjetivos de sua ação; (2) processo participativo, comprometendo grupos que compartilham práticas e processos de produção comuns ou afins; (3) análise contínua do processo educativo; (4) direcionalidade para o aperfeiçoamento contínuo da qualidade do processo educativo, coerente com a imagem-objetivo construída; (5) problematização ativa (identificação e explicação), caracterizando os mecanismos pelos quais se obstaculizam os avanços para a imagem-objetivo.

Também são apontados três pré-requisitos para que se inicie um processo de avaliação, conforme preconizado: (a) decisão e apoio da direção superior da escola; (b) funcionamento permanente de um grupo de coordenação da qualidade do ensino; (c) apoio externo na forma de consultoria em gestão da qualidade total.

O trabalho, a ser realizado pela comissão coordenadora do processo, deve compreender:

- a) a condução de um permanente planejamento estratégico do processo de avaliação total;
- b) estímulo à formação de círculos de qualidade;
- c) apoio às providências com vistas aos problemas identificados pelos círculos.

A proposta de gestão da qualidade foi apresentada durante o Encontro, através de um painel, do qual participaram, além de Roberto P. Nogueira, expositor, representantes de quatro escolas médicas (Montevideu, Cali, Pinar del Rio/Cuba e Londrina) que buscaram, nos meses anteriores ao evento, testar em suas realidades a metodologia apresentada.

IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Por uma série de motivos, a proposta “gestão de qualidade” não chegou a ser implantada pelas escolas médicas latino-americanas. A própria apresentação da proposta foi problemática. Apesar do Encontro Continental ter sido um representativo evento dos sujeitos e atores do campo da educação médica e de ter contado com espaços para a troca de ideias e debates da proposta, não se conseguiu despertar a atenção

dos participantes. Tanto é assim que o documento final do Encontro, a “Declaración de Uruguay”, não faz nenhuma referência, direta ou indireta, à proposta.

Poder-se-ia argumentar que este tipo de documento tem, em geral, uma finalidade mais discursiva. Acontece que, mesmo no item específico do Relatório Final do Encontro – “Las estrategias nacionales para la calidad de la educación y práctica médicas: asegurando la continuidad del proceso” –, não se faz menção à proposta.

Aliás, no próprio painel de apresentação da proposta e das quatro experiências “concretas” programadas, o que se viu e pode ser confirmado pela consulta aos registros (OPS, 1997), foi que somente uma delas – a feita por Londrina – é coerente com a intenção original do painel. Não que as demais experiências relatadas não sejam interessantes ou não tenham a ver com as preocupações centrais do encontro e com as suas realidades específicas. No entanto não disseram respeito à proposta de gestão da qualidade, discutida naquele painel.

Essa situação toda permite supor ter existido uma insuficiente preparação técnica e política da proposta, levando à subestimação da importância do momento inaugural da sua apresentação pública. Tampouco parece ter havido clareza sobre a qual público (audiência) ela se dirigia: se às associações internacionais (FEPAFEM e ALAFEM) e/ou às entidades nacionais, e/ou diretamente às escolas. Como consequência, se dispersaram os esforços e não se firmaram compromissos.

Do ponto de vista dos educadores, não há registro, no levantamento bibliográfico realizado, de que a proposta tenha gerado reflexões ou preocupações sobre seu destino. No que se refere aos atores institucionais, ao nível das escolas, a única experiência de que se tem notícia foi a de Londrina. Mesmo esta, apesar de contar com o apoio da direção da escola, de uma forte adesão dos membros do seu colegiado de curso e de dispor de recursos financeiros através do Projeto UNI, não teve prosseguimento.

É verdade que a proposta gestão de qualidade contribuiu, enquanto desenvolvida em Londrina (maio a dezembro de 1994), em simbiose com as ações locais do projeto UNI e do projeto CINAEM, para a criação de um forte e até numeroso grupo de educadores médicos. A aplicação da proposta em Londrina, ainda que parcial, chegou a gerar dois círculos de qualidade que reuniram cerca de trinta professores do ciclo básico e do ciclo clínico. Nos últimos anos, é deste grupo que vêm sendo escolhidos,

pelos departamentos, os membros do colegiado do curso de medicina que, recentemente, elaborou e aprovou um novo currículo com características inovadoras.

Quanto aos atores institucionais, no âmbito dos países, não há registro de que a proposta venha sendo implementada por qualquer uma das Associações Nacionais de Educação Médica. Registre-se que, no caso do Brasil, houve, um mês após o Encontro de Punta del Este, a apresentação da proposta às EMBs, através de uma mesa-redonda, durante o XXXII Congresso Brasileiro de Educação Médica e IV Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico, realizados em Niterói em 1994.

Na Colômbia, Venezuela e México desenvolvem-se os processos mais consistentes de avaliação da qualidade da educação médica, mas nos marcos tradicionais de credenciamento das escolas e de certificação profissional. As eventuais referências que possam ser feitas, no âmbito desses processos, à proposta de gestão da qualidade discutida em Punta del Este, decorrem de uma compreensão e entendimento insuficientes acerca das suas características. Mesmo no caso da Conferência Mundial de Educação Médica, promovida pela ASCOFAME com apoio da OPS, realizada em Bogotá em 1995, não se verificaram abordagens a respeito da operacionalização da proposta.

Um único caso guarda alguma relação com a proposta. É o que vem sendo desenvolvido no Brasil pela CINAEM. Neste contexto há, inclusive, o reconhecimento, por um dos membros da sua equipe técnica (GALLO, 1996), de que existem semelhanças entre um dos estudos integrantes do projeto CINAEM – O modelo pedagógico das escolas médicas brasileiras: estudo qualitativo com base no planejamento estratégico (COMISSÃO, 1997) – e a proposta de gestão de qualidade, formulada pela OPS.

Mas, além dos tempos serem diferentes (o estudo proposto no âmbito da CINAEM antecede o surgimento da proposta da OPS), não houve interação entre os autores de ambas as iniciativas, ainda que haja coincidências quanto a espaços de convívio¹ de alguns dos sujeitos/ autores envolvidos. As duas iniciativas coincidem quanto à tentativa

¹ Na Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, da FIOCRUZ, no Rio de Janeiro. Nesta instituição, há núcleos importantes do planejamento estratégico em saúde, onde, na época, trabalhavam Edmundo Gallo e Roberto P. Nogueira.

pioneira de aplicação de conteúdos do planejamento e gestão estratégica na educação médica.

No que se refere aos atores com atuação continental (FEPAFEM) ou regional (ALAFEM), tampouco se verificaram, nos anos posteriores ao encontro, iniciativas com vistas à operacionalização da proposta de gestão de qualidade. A ALAFEM não conseguiu viabilizar sua anunciada 17.^a Conferência, prevista para 1998, na Bolívia. A FEPAFEM, que também tem uma história marcada essencialmente por mobilizações em torno de eventos, realizou em Buenos Aires, em outubro de 1997, sua XV Conferência. Contudo, no seu temário não se observa qualquer discussão em torno da proposta apresentada em Punta del Este.

Finalmente, quanto à OPS, formuladora da proposta, registre-se que, logo após o Encontro de Punta del Este, principalmente em 1995, houve a troca da coordenação do Programa de Desenvolvimento de rns da OPS e de parte da sua equipe técnica, acompanhando, aliás, a mudança ocorrida em 1994 na direção geral da OPS. A nova direção não vem dando sinais de que a temática da educação médica seja prioritária no corpo das suas diretrizes, o que deve refletir, pelo menos em parte, o posicionamento dos países do continente americano, já que a estrutura e o poder decisório na OPS são compartilhados através de organismos colegiados.

Apesar disso, com a intenção de dar seguimento às discussões do Encontro de 1994, foi constituído, em 1995, um “Comitê de Condução (Steering Committe) em Educação Médica na Região das Américas”. Este organismo vem realizando reuniões para a formulação de uma proposta cooperativa, denominada “Educación Médica Permanente en beneficio de la equidad y calidad de la respuesta social en salud en America Latina y el Caribe” (OPS/ALAFEM/FEPAFEM/NETWORK, 1996). Fato novo, neste processo, vem sendo a incorporação de novos atores ao nível da formulação, em conjunto, de uma proposta continental. Além dos tradicionais interlocutores da OPS na área de educação médica, como a FEPAFEM e a ALAFEM, verifica-se a retomada de participação da Fundação Kellogg (neste caso, através da coordenação do seu programa para a América Latina e o Caribe), a presença da NETWORK, representada pelo coordenador do seu capítulo latino-americano e a participação de coordenadores de Centros Colaboradores da OMS existentes nas Américas.

Na verdade, apesar da proposta cooperativa que está sendo elaborada se situar nos marcos das discussões sobre equidade e qualidade,

realizadas em Punta del Este, não há sinais, em termos metodológicos, de continuidade com relação à proposta de gestão da qualidade da educação médica.

A proposta que vem sendo elaborada visa a estimular e estabelecer a cooperação entre os serviços de saúde, as comunidades e as associações profissionais, enquanto partícipes dos processos de reforma do setor saúde nos países e da busca da aplicação dos princípios de equidade, qualidade, relevância e custo-efetividade. Isto deve implicar na coordenação de ações de ensino, de pesquisa e de serviços de saúde. Há, também, a incorporação de conceitos próprios do modelo educativo “centrado no estudante” provenientes das experiências no âmbito da NETWORK.

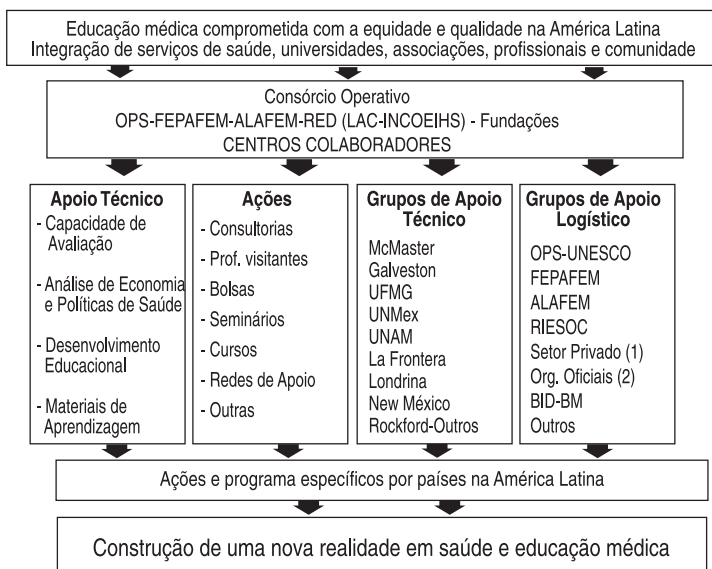
Nos seus aspectos metodológicos, essa proposta cooperativa incorpora o enfoque da educação de adultos, entendida como opção educacional que se orienta no sentido do desenho e seleção de situações de trabalho educativas. Além destas características, a educação de adultos é de natureza participativa, baseada na realidade dos problemas prioritários de saúde e voltada a estabelecer comportamentos e compromissos éticos dos futuros e dos atuais profissionais com a sociedade e os serviços de saúde.

Também faz parte da metodologia da proposta a educação permanente, vista como instrumento de transformação das práticas profissionais. A educação permanente utiliza a realidade cotidiana do trabalho nos serviços de saúde, enfocada cientificamente e com uma abordagem problematizadora, como fonte de novos conhecimentos. Em essência, os conteúdos da educação permanente que constam da proposta são os mesmos da obra de Haddad & Roschke & Davini (1994).

Como estratégias de ação, a proposta cooperativa considera as seguintes: (a) promover a introdução de novos elementos metodológicos para as mudanças na graduação, nos cursos de especialização e na educação continuada; (b) buscar apoio em nível continental, com ênfase na cooperação interinstitucional latino-americana; (c) lançar uma convocatória ampla, dirigida às escolas médicas da América Latina e apoiar o desenvolvimento de modelos prototípicos, para cumprirem o papel de efeito demonstração.

A representação gráfica, exposta na Figura 22, dá uma ideia da estrutura de desenvolvimento desta proposta cooperativa.

FIGURA 22 – Interação, objetivos gerais, ações e atores da proposta cooperativa



1. O setor privado que tem participado em projetos educacionais e de apoio já é parte da proposta (F. Kellogg) ou está sendo convidado: Fundações Macy, Rockefeller, PEW, AAMC, Robert Wood Johnson).
2. Organismos Internacionais como OPS, UNESCO, Steering Committee, ALAFEM, FEPAFEM, Capítulo Latino-americano da International Network of Community Oriented Education Institutions in Health Sciences [INCOEIHS], Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento.

Fonte: OPS / ALAFEM / FEPAFEM / NETWORK, 1996.

Segundo alguns autores dessa proposta cooperativa, sua reorientação, em relação à proposta “Gestão de Qualidade”, deve-se às fragilidades teórico-metodológicas desta e ao fato da educação médica permanente (que, inclusive, aparece com destaque no título da proposta atual) ser de interesse mais visível para o setor de serviços de saúde, o qual enfrenta os desafios das reformas e a necessidade imediata de contar com

recursos mais capacitados para novas funções. Este último, inclusive, seria um aspecto capaz de viabilizar a canalização de recursos, por exemplo, do Banco Mundial e do Banco Interamericano, para a depauperada área da formação de rns na região.

ANÁLISE DA PROPOSTA

Conforme se verifica pela análise da sua implantação e desenvolvimento, a “Gestão de Qualidade” teve vida efêmera. Na verdade, pode-se dizer que não saiu do papel.

Apesar de ter sido depositária de rico e aprofundado processo de reflexão e análise sobre educação, prática médica e estrutura social na América Latina, promovido pela OPS nos anos que antecederam sua apresentação, em 1994, a proposta não conseguiu se viabilizar enquanto processo(s) em desenvolvimento.

Indiretamente, as suas bases conceituais estavam vinculadas a toda produção teórico-conceitual acumulada pela corrente da medicina social latino-americana, inaugurada por Juan César García. É possível fazer alguns reparos a essas concepções, por exemplo no que se refere às análises das relações entre educação, prática médica e estrutura econômico-social. Vários textos, produzidos por essa vertente, se aproximam de uma concepção determinista, subordinando a educação médica, quase mecanicamente, às estruturas e aos processos econômicos, com a conseqüente subestimação da sua relativa autonomia. Apesar disso, não se pode negar a força e a consistência dessa produção teórica.

A proposta “Gestão de Qualidade”, portanto, estava referenciada por um marco teórico da educação médica na América Latina e suas bases teórico-conceituais remotas constituíam-se numa das suas principais fortalezas. Mas, na formulação da proposta propriamente dita, não se alcançou a necessária consistência do arcabouço teórico-conceitual construído. Há conceitos bem trabalhados, a exemplo da autoavaliação como prática transformadora, ao lado de categorias imprecisas, como as relativas ao campo da qualidade total. Ainda que neste também se verifique consistências, como é o caso do novo conceito de qualidade preconizado, substituindo seu enfoque tradicional, vinculado ao valor de excelência técnica, por outro que enfatiza o valor de relevância social.

No entanto, apresentava sérias debilidades operacionais, parcialmente apontadas por Gallo (1996). Apesar da sua concepção metodológica contemplar a fusão de duas valiosas vertentes – a do planejamento estratégico de recursos humanos em saúde e a da gestão de qualidade total – ela terminou se convertendo em um ponto fraco da proposta, assumindo, contraditoriamente, uma forte carga de normatividade. Além de apresentar muitas incoerências internas ao trabalhar vários conceitos, provenientes da área de qualidade, de forma imprecisa e superficial.

O planejamento estratégico de recursos humanos em saúde, conforme já documentado por Rovere (1993), por ter sido objeto de experiências de construção coletiva, possui maior consistência teórico-metodológica. Mas, em razão das suas características e complexidades específicas, a metodologia “(...) reclama un debate teórico, epistemológico e ideológico, que supera ampliamente las posibilidades del modelo tradicional de asistencia técnica, más centrada en métodos simplificados, en instrumentos que circulen por documentos técnicos y no tanto por consultores que articulen la cooperación técnica con la docencia” (ROVERE, 1997). Esta complexibilidade tem dificultado sua apropriação pelos sujeitos sociais do movimento de educação médica.

Por outro lado, a gestão da qualidade total é uma concepção em torno da qual o setor saúde se aproxima nos últimos tempos, em especial o seu componente de serviços. A formação de recursos humanos e, especificamente, a educação médica, entretanto, são terrenos ainda quase virgens quanto à aplicação desta metodologia.

A proposta “Gestão de Qualidade”, ao preconizar a fusão de ambas as concepções numa “Gestão Estratégica de Qualidade”, talvez tenha agido de modo prematuro, pois, particularmente no caso da segunda, não havia amadurecimento teórico-conceitual suficiente e tampouco processos teórico-práticos de construção coletiva em andamento. A este respeito, aliás, vale levar em consideração as observações de Malik (1996) no sentido de que “(...) há algumas questões envolvidas nas teorias de qualidade que merecem ser reanalisadas de maneira a evitar a incorporação acrítica de todo um referencial estratégico gestado na indústria (...) por mais legítimo que seja esse conhecimento e a aspiração por sua utilização”.

Outra debilidade no desenvolvimento da proposta foi de ordem político-institucional. Em primeiro lugar, pela instabilidade que envolveu

sua própria fonte geradora, a OPS. Como já se observou, houve mudanças importantes no período imediatamente posterior ao anúncio da proposta, que levaram à desestabilização do seu núcleo intelectual e operativo. Se sua elaboração tivesse envolvido, de forma mais coletiva, atores inseridos nos processos reais da formação de médicos, talvez houvesse base de sustentação e/ou massa crítica suficiente para dar prosseguimento à sua implantação e aprimoramento.

Em segundo lugar, houve problemas em relação às audiências preferenciais às quais a proposta se dirigiu, constituídas pelas entidades nacionais e internacionais de educação médica atuantes no cenário latino-americano. Por ocasião do lançamento da ideia, elas já enfrentavam sérias dificuldades, que ameaçavam sua capacidade de dar sustentação a qualquer proposta. Ou seja, apesar de haver disposição inédita de atuação conjunta, a FEPAFEM e a ALAFEM não tiveram condições de implementar as ações necessárias à operacionalização da proposta.

Enfim, a única maneira de conferir materialidade institucional à proposta seria conseguir ultrapassar o âmbito das entidades representativas e levá-la a se instalar diretamente nas escolas médicas.

Particularmente no que se refere ao Brasil, dependendo das definições metodológicas que seus promotores venham a fazer sobre o projeto na sua Fase III, talvez a experiência da CINAEM possa ser considerada como de continuidade, pelo menos em termos conceituais, da proposta “Gestão de Qualidade”, formulada pela OPS.

CONCLUSÕES

O objetivo principal do estudo realizado (1996-1997) foi contribuir para uma melhor compreensão acerca das propostas de mudança na educação médica, surgidas na América Latina nos anos iniciais da década de 1990. Na abordagem do objeto-sujeito de estudo, compreendido pelas quatro propostas – UNI, Changing, Network e Gestão de Qualidade –, valeu-se de um referencial teórico e de um instrumental metodológico construídos com base na medicina social latino-americana.

As propostas não eram desconhecidas para o movimento de educação médica (SOBRAL, 1994), mas o entendimento a seu respeito era geralmente fragmentado e superficial. Procurou-se obter uma melhor compreensão de cada uma e de todas, de forma integrada, através da busca da resposta às principais perguntas da pesquisa: O quê diferencia as propostas? Quais são suas bases conceituais, estruturais e principais estratégias? Quais são seus resultados? Enfim, vale a pena investir esforços na mudança da educação médica?

Inicialmente, deve ser registrado que o aparecimento e a propagação das propostas levou ao “povoamento” do mapa latino-americano, em termos de novas iniciativas no campo da educação médica (Figura 23). Isso não significa que o mapa tenha estado “despovoado” nas décadas anteriores, pois, como se verificou, os processos institucionais de mudança da educação médica dos anos 1990 têm raízes nos acontecimentos e nas iniciativas ocorridas anteriormente.

A contextualização do campo do desenvolvimento de recursos humanos frente às reformas do setor saúde, por um lado, e a recuperação

As concepções e as estruturas das propostas são dimensões inter-relacionadas que se analisam de forma interligada. Sem pretender contemplar todos os dados e informações coletados e analisados, registram-se, no Quadro 7, algumas características fundacionais das propostas estudadas. Denominam-se características fundacionais as que se relacionam com as origens, com as áreas de atuação, com os promotores, com o financiamento, com os atores, sujeitos e com o estágio de desenvolvimento das propostas.

QUADRO 7 – Características fundacionais das propostas

	UNI	CHANGING	NETWORK	GESTÃO DE QUALIDADE
Origem	América Latina	Europa e América do Norte	Europa e América do Norte	América Latina
Área de Atuação	América Latina	Mundial	Mundial	América Latina
Antecedentes Imediatos	IDA, EMA, Edimburgo 1988	Edimburgo 1988	Alma-Ata 1978	Havana 1991, Edimburgo 1993
Promoção	Fundação Kellogg	OMS	Network	OPS
Financiamento	Fundação Kellogg	OMS e Fundação Kellogg	Governo da Holanda, Fundação Rockefeller, Fundação Kellogg e OMS.	OPS
Principais atores institucionais	Instituições universitárias da área de saúde, órgãos públicos de serviços de saúde, organizações comunitárias e Fundação Kellogg.	OMS, entidades médicas, órgãos públicos e privados de serviços de saúde e instituições universitárias da área de saúde	Instituições universitárias da área de saúde, organizações comunitárias e Network.	OPS, ALAFEM e FEPAFEM.
Principais sujeitos sociais	Professores e estudantes universitários, gestores dos serviços de saúde e líderes comunitários	Professores universitários e profissionais dos serviços de saúde	Professores e estudantes universitários, e líderes comunitários	Professores universitários e profissionais dos serviços de saúde
Situação atual	Implantada, com processos em andamento e resultados parciais/intermediários	Em implantação	Em implantação	Interrompida na fase de concepção

A origem, a área de atuação e os antecedentes imediatos de cada uma das propostas serão analisados de forma integrada. Quanto à origem, identificada através da nacionalidade dos “fundadores” e dos seus principais autores, bem como através das fontes bibliográficas que forneceram os elementos teórico-metodológicos centrais de cada uma delas, verifica-se que as propostas UNI e Gestão de Qualidade são essencialmente latino-americanas. Já as propostas Changing e Network se originam na Europa, nos Estados Unidos e no Canadá.

O fato de que o projeto EMA tenha contribuído de forma significativa para a Conferência de Edimburgo de 1988 – fonte da proposta Changing –, que tenha havido participação de algumas instituições latino-americanas e da OPS, na reunião de criação da Network, e que esta tenha sido realizada em país caribenho, não permitiria afirmar a origem latino-americana destas propostas. A recíproca também vale para a proposta UNI, pois identificar a participação da Fundação Kellogg no patrocínio de iniciativas semelhantes, nos Estados Unidos e na África do Sul, não significa apontar que esta proposta tenha raízes norte-americanas mesmo quando parcela significativa do seu suporte financeiro provenha de instituição sediada nos EUA.

A preocupação com a identificação da origem geopolítica das propostas serve para ajudar a contextualizá-las, o que contribui para a compreensão da natureza de cada uma. As fronteiras dos países já deixaram há muito tempo de constituir barreiras à internacionalização do conhecimento, da tecnologia e das práticas no campo da saúde e, especificamente, no da educação médica. Assim, como apontam vários autores, a produção e a administração do conhecimento em saúde estão transnacionalizadas e suas categorias de análise requerem um enfoque de saúde internacional.

Reconhecer essa transnacionalização não significa assumir a concepção idealizada de um conhecimento universal. Esta é uma posição que, muitas vezes, está a serviço do discurso mistificador em defesa de uma universidade a-histórica e politicamente “neutra”. Na realidade, o que se verifica é uma alta concentração da capacidade de geração de conhecimento em saúde, restrita a um grupo reduzido de países, detentores de significativa proporção do investimento mundial em pesquisa. Os mesmos países onde se verifica altíssima concentração de capital dedicado à organização e à manutenção dos serviços de saúde – principalmente

hospitalares –, e à fabricação de insumos sanitários, medicamentos, equipamentos e de alta tecnologia, caracterizando a formação do complexo médico-industrial.

Esses três fenômenos – concentração da produção de conhecimento, alta concentração de capital e complexidade dos serviços médicos – reforçam-se mutuamente e, ao mesmo tempo, se transnacionalizam, “(...)ingresando a muchos de nuestros países con la fuerza de una hegemonía tan disruptiva como difícil de neutralizar y/o compensar. Así muchas universidades latinoamericanas se ven obligadas a difundir un conocimiento que no producen, condenadas a un rol parecido al de una estación repetidora que toma una señal de satélite y la retransmite” (ROVERE, 1993). A análise das propostas de mudança na educação médica pode ficar incompleta, caso não se levem em conta as influências das pressões que estes três fenômenos exercem sobre o campo do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, especialmente quando operam sinergicamente.

O prestígio crescente de algumas profissões e especialidades e o desprestígio de outras, apesar de orientadas a problemas de saúde prioritários; o surgimento de subespecialidades não avalizadas por nenhum estudo de demanda nem de necessidade, imediatamente reforçadas pela criação de serviços hospitalares (muitas vezes, em primeira mão, universitários), pela criação de disciplinas no currículo do curso médico e pela criação de associações científicas, traduzem apenas alguns exemplos desta realidade. Realidade cuja explicação, pelo menos em parte, reside na circulação transnacionalizada de bens simbólicos, materiais e de capital.

Todos esses fenômenos seriam incompreensíveis, caso não fossem abordados desde uma ótica de saúde internacional. O modelo explicativo da saúde internacional, especialmente do seu enfoque independente-cooperativo, ajuda a compreender as relações e as determinações que afetam os processos de desenvolvimento de rhs.

As propostas UNI e Gestão de Qualidade têm características que permitem sua identificação mais nítida com o enfoque alternativo, independente-cooperativo, da saúde internacional. A Changing e a Network que, pelo menos parcialmente, desenvolvem suas ações de acordo com uma visão de transferência de tecnologias educacionais, ficam a meio caminho entre o enfoque alternativo e o enfoque clássico, dependente-assistencialista, da saúde internacional.

Esta classificação das propostas, segundo correntes/enfoques da saúde internacional, visa a contribuir para a compreensão das suas origens, compromissos político-ideológicos e potencialidades de serem, efetivamente, iniciativas contra-hegemônicas. As dimensões internacionais do processo de formação de médicos, os seus determinantes e as relações estabelecidas pelas propostas com os modelos hegemônicos de prática e de educação médica se constituem em importantes limites estruturais ao seu desenvolvimento.

Conforme demonstram as informações contidas no Quadro 8, há características diversas quanto à promoção, ao financiamento, aos atores institucionais e aos sujeitos das propostas.

Quanto à promoção, além das presenças tradicionais da OMS e da OPS – cujos pensamentos e ações no campo do desenvolvimento de recursos humanos em saúde raramente têm sido coincidentes –, verifica-se a participação inovadora de uma organização do tipo rede, já relativamente consolidada e de uma fundação cuja tradição não era a de desempenhar papel pró-ativo, protagônico, no campo da educação médica latino-americana.

A Network representa uma nova forma de articulação entre as forças políticas, existentes ao nível das escolas, interessadas em mudanças na educação médica. Sua penetração e rápido crescimento na América Latina estão vinculados a duas situações: 1.^a) desarticulação existente entre as cúpulas dirigentes da FEPAFEM e da ALAFEM com relação à suas “bases”, representadas pelas escolas médicas (professores, alunos e seus dirigentes); 2.^a) aproximação promovida entre a Network e o Programa UNI, fruto do interesse despertado pelo PBL junto a vários projetos locais.

Por outro lado, mais uma vez se nota a presença marcante da Fundação Kellogg na história do movimento de educação médica na América Latina. A opção da Kellogg, de não atuar mais como mera fornecedora de “grants” para os projetos que lhe eram submetidos e de decidir lançar, no início dos anos 1990, uma convocatória em busca de parceiros para desenvolver uma proposta de mudança na educação médica, tem várias explicações, dentre as quais: descrença na capacidade das entidades representativas tradicionais das escolas médicas em atuar como canais eficientes de implantação de mudanças e necessidade interna de acumular conhecimentos teórico-práticos na gestão de programas.

Quanto ao financiamento, não se dispõe de dados sobre o montante de recursos próprios aplicados na operação das propostas pelas instituições envolvidas. Seguramente, trata-se de valores superiores aos externos, provenientes das organizações que promovem e/ou apoiam as iniciativas. No entanto, as informações existentes indicam a presença destacada da Fundação Kellogg no apoio a três das quatro propostas, especialmente no que se refere ao Programa UNI. As dezenas de milhões de dólares, aplicados nesta proposta, vêm representando um “seed money” decisivo para o desenvolvimento dos projetos abrangidos por ela, servindo também para o apoio à implantação da proposta Network na América Latina.

A análise relativa aos principais atores institucionais e aos principais sujeitos das propostas revela rica diversidade. Há, evidentemente, o predomínio de sujeitos do campo universitário, mas os serviços de saúde, a comunidade e as entidades profissionais também se fazem presentes. É importante observar que todas as propostas, com maior ou menor grau de explicitação e aprofundamento, preconizam relações de parceria entre atores e sujeitos dos diversos campos.

A presença deste conceito – a parceria – traduzido, em sentido amplo, como alianças políticas com fins específicos, demonstra ser generalizado o entendimento de que as mudanças na educação médica, dependendo do seu plano de profundidade, implicam em mudança nas relações de poder, na correlação de forças políticas e em luta contra-hegemônica.

A proposta que mais se deteve em análises e considerações políticas dessa ordem foi a Gestão de Qualidade, embora, ao mesmo tempo, tenha sido a que menos se ocupou em desenhar operações a respeito. A Network reduz-se, na prática, a parcerias entre professores e alunos universitários. Apesar de imprescindíveis e potentes para atuar no terreno específico das relações de ensino, isoladamente estas parcerias não têm força suficiente para ultrapassar os limites das inovações ou de processos de modernização das metodologias de ensino-aprendizagem. A rede Network, ou pelo menos alguns dos seus sujeitos, dão sinais de já haver percebido esta debilidade e buscam resgatar o seu componente “community-oriented” para se fortalecer.

As propostas Changing e a Gestão de Qualidade, esta com menor ênfase, preconizam parcerias entre atores/sujeitos do meio universitário, dos serviços de saúde e das entidades médicas. A proposta Changing

caracteriza a participação deste último parceiro como “estratégica”. Cabem, aqui, algumas considerações a respeito, produzidas sem base em observações sobre práticas desenvolvidas, já que esta modalidade de parceria ainda não adquiriu concretude.

Não se deve desconhecer que as corporações profissionais cuidam prioritariamente, no caso dos seus vínculos com a formação médica, de exercer influências sobre os futuros novos membros, no sentido de garantir os interesses da profissão. As relações estabelecidas entre ideologia médica, modelo médico hegemônico e complexo médico-industrial, permitem estabelecer fortes interrogações acerca da eficácia desta estratégia de parceria. A não ser que a profundidade das mudanças pretendidas não reflita propósitos de estabelecer processos contra-hegemônicos, o que parece não ser o caso das propostas Changing e Gestão de Qualidade, especialmente no caso desta última.

As considerações acima não significam desconhecer o peso político e social que a categoria médica, enquanto sujeitos sociais e atores institucionais, tem nos processos de mudança. Reconhece-se a importância de realizar alianças com ela, preferencialmente com seus segmentos renovadores e no contexto de parcerias mais abrangentes.

A concepção de parceria mais consistente e que, conforme se observou, vem sendo construída nos processos teórico-práticos dos projetos locais, é a existente na proposta UNI. Nesta, as parcerias são constituídas por atores/sujeitos da área acadêmica dos cursos médicos e das outras profissões, por atores/sujeitos dos serviços de saúde, na maioria de abrangência local, e por atores/sujeitos das organizações comunitárias existentes nas áreas geopolíticas de atuação dos projetos.

Promovendo a atuação conjunta desses atores/sujeitos na condução política, gerência e operação das ações desenvolvidas nos projetos UNI, a parceria vem propiciando o acúmulo de recursos de poder para o enfrentamento do modelo hegemônico da produção de médicos. Este, sem precisar de “parcerias”, é permanentemente realimentado pelo processo inercial conferido pelo seu próprio “status” de modelo consolidado e pela ação dos atores e sujeitos que o sustentam dentro e fora dos ambientes universitários.

No processo de desenvolvimento da proposta UNI, verificou-se que a parceria, além de propiciar um grau de democratização nas relações entre academia, serviços de saúde e população, vem construindo e se constituindo em momentos e espaços propícios para diálogos e fortalecimento de autonomias. Nela e através dela, os segmentos

renovadores dos serviços, da academia e as parcelas progressistas da comunidade residente nas áreas de atuação dos projetos, têm interagido, ampliado seu grau de organização e aumentado sua capacidade de intervenção nos terrenos social, cultural e político.

Trata-se de parcerias conflitivas, contraditórias em muitos momentos, o que é característico da natureza política dos processos de mudança social e organizacional, como ocorre em vários processos/projetos UNI. Através delas e fruto da heterogeneidade entre os parceiros, vêm sendo elaboradas linguagens comuns, num evidente processo de construção de novas identidades. Durante a realização dos seminários de sistematização do Programa UNI, verificou-se, conforme relatado na Análise da Proposta, uma fortalecida capacidade de análise e de elaboração teórica adquirida pelos parceiros da proposta.

Além disso, dentre os sujeitos, merece registro o papel protagônico desempenhado pelos estudantes, tanto na proposta UNI, como na Network, sem falar da sua atuação decisiva no Projeto CINAEM, conforme assinalado. O seu deslocamento da condição de objeto de ensino para a de sujeito dos processos de aprendizagem vem resultando em processos que dão razão às análises de Juan César García. Novas relações técnicas e sociais entre os agentes de ensino são decisivas para promover mudanças nos processos de produção de médicos.

Os principais conceitos e instrumentos metodológicos de cada proposta, identificados nas análises elaboradas nos capítulos correspondentes, estão sinteticamente apresentados no Quadro 8.

A valoração, expressada em número de cruzes conferidas a cada um dos oito conceitos e oito instrumentos metodológicos, fundamenta-se na análise feita sobre as bases teórico-conceituais e metodológicas de cada uma das propostas. É assumida a forte carga de subjetividade que esta valoração contém. Até mesmo por que além de se embasar nos dados e informações coletados, a valoração conferida está influenciada também pelo processo vivenciado junto aos projetos UNI brasileiros, particularmente o de Londrina. Neste caso, há extensa bibliografia que registra praticamente todos os momentos da experiência em curso e recentemente, a exemplo de outros projetos UNI, iniciou a sistematização mais global e integrada dos processos e resultados alcançados (SOARES et al., 1997; TURINI & BADUY, 1997; CONSUL, 1997; GIL et al., 1997b; ITO et al., 1997). O número de cruzes corresponde a uma escala de menor para maior importância, conferida aos conceitos e aos instrumentos metodológicos, por cada uma das propostas.

QUADRO 8 – Principais conceitos e instrumentos metodológicos concebidos pelas propostas e sua valoração.

CONCEITO (c) OU INSTRUMENTO METODOLÓGICO (im)	UNI	CHANGING	NETWORK	GESTÃO DE QUALIDADE
Articulação biológico-social (c)	+	-	-	++
Avaliação como instrumento de mudança (im)	++	+	-	++
Capacitação pedagógica (im)	+++	+	+++	-
Desenvolvimento da liderança (im)	+++	++	++	+
Desenvolvimento integrado de modelos acadêmicos e de modelos de atenção (im)	+++	-	-	-
Educação centrada no estudante (c)	+	-	+++	-
Educação orientada para a comunidade (c)	++	+	+++	-
Gestão estratégica (im)	++	-	-	++
Interdisciplinaridade (c)	++	+	+++	++
Intersetorialidade (c)	++	+	+	++
Metodologias ativas de ensino-aprendizagem (incluído o PBL) (im)	++	+	+++	-
Multiprofissionalismo (c)	+++	-	+	-
Pesquisa como instrumento de mudança (im)	-	+++	+	-
Planejamento estratégico (im)	++	+	-	+++
Relações entre prática, educação médica e estrutura social (c)	++	+	+	+++
Responsabilidade social da escola (equidade, qualidade, relevância, custo-efetividade) (c)	+	+++	+	++

(-) nenhuma importância; (+) pouca importância; (++) importância razoável; (+++) muita importância

Não se trata de repetir a análise sobre o grau de articulação e de coerência que o arcabouço teórico-metodológico de cada proposta alcançou. A observação das informações contidas no quadro permite identificar a distribuição dos conceitos e instrumentos metodológicos entre as propostas (visualização horizontal), bem como a importância conferida a cada um deles no interior de cada proposta (visualização vertical). A articulação e coerência entre esses elementos conceituais e metodológicos foi objeto de análise nos capítulos pertinentes.

Considerando as características de cada proposta, a análise feita sobre cada uma e a análise das características fundacionais, evidencia-se a maior consistência da proposta UNI ao nível teórico-conceitual e em suas bases estruturais.

A análise das estratégias preconizadas e/ou desenvolvidas permitiu a identificação das doze principais, apresentadas no Quadro 9.

QUADRO 9 – Principais estratégias preconizadas e/ou desenvolvidas pelas propostas e sua valoração.

	UNI	CHANGING	NETWORK	GESTÃO DE QUALIDADE
Abordagem multiprofissional	+++	-	-	-
Aprendizagem baseada em problemas (ABP/PBL)	+	+	+++	-
Autoavaliação como - estratégia de mudança	-	-	+++	-
Autossustentabilidade progressiva e institucionalização dos processos	+++	-	+	-
Comunicação e disseminação	+++	+	+++	-
Educação permanente/ contínua	+	+	++	+++
Parceria professores/alunos/ comunidade	-	-	++	-
Parceria universidade/serviços de saúde/comunidade	+++	-	+	-
Parceria universidade/serviços de saúde/entidades médicas	-	+++	-	+++
Pesquisa-ação colaborativa	-	+++	+	-
Pró-atividade dos formuladores	+++	++	+	++
Programa de apoio permanente às iniciativas de mudança	+++	-	+	-
Trabalho em rede	++	+	+++	-

(-) nenhuma importância; (+) pouca importância; (++) importância razoável; (+++) muita importância

A valoração conferida a cada uma das estratégias foi baseada na ênfase teórico-prática com que cada uma é tratada pelas propostas. Não há uma estratégia preferencial no contexto das propostas. Em geral, o que se verifica é a utilização de uma ou várias combinações de estratégias. Dependendo do momento, ocorre de uma ou outra estratégia ter maior relevância.

Novamente, não se trata de repetir a descrição e análise particular de cada uma das estratégias. O conceito de estratégia adotado neste estudo diz respeito a ações, articuladas entre si, capazes de gerar acumulação de recursos de poder (econômicos, capacidade de representação, de mobilização, de convocatória, de influência) nas mãos das forças sociais interessadas nas mudanças. A alteração da correlação de forças, enfraquecendo as que, interna e externamente, sustentam o modo hegemônico da produção de médicos, viabiliza avanços significativos na trajetória rumo ao objetivo pretendido.

Neste sentido há indícios, levando em conta os processos e resultados observados, de que a parceria universidade-serviços-comunidade e o programa de apoio, no caso da proposta UNI, o PBL e o trabalho em rede, no caso da proposta Network, se constituem nas estratégias que mais vêm gerando acumulação de recursos de poder entre os atores interessados nas mudanças.

Sobre os resultados alcançados pelas propostas, sua análise permitiu identificar alguns resultados parciais/intermediários somente na esfera da proposta UNI. Na América Latina, a Network está em estágio de implantação, a exemplo da Changing.

Com efeito, conforme se observou, os projetos UNI vêm gerando muitas inovações e algumas reformas. Considerando o conceito elaborado acerca da mudança e seus planos de profundidade, verifica-se a existência de alguns casos em que, através de intensos e extensos processos de conflito e de cooperação, o acúmulo de inovações e a alteração da correlação de forças vêm resultando na emergência de verdadeiras reformas nos modos de produção de médicos. São os casos de Cali, Marília e Londrina, todos ainda em fase inicial de implantação, mas cujos desenvolvimentos se caracterizam por alterações de processos e/ou de relações e/ou de conteúdos, com claros sinais de mudanças nas relações e nas estruturas de poder das suas esferas de atuação.

Aliás, a respeito do conceito de mudança, enquanto processo ou enquanto categoria de análise, observou-se uma debilidade comum a todas as propostas. As propostas UNI e Gestão de Qualidade são as que mais se detêm em considerações a respeito, utilizando diferentes referenciais teóricos, mas não chegam a apresentar formulações consistentes e aprofundadas. A tentativa de categorização das mudanças em três planos de profundidade, conforme introduzida neste estudo, ajudou na análise dos processos e resultados parciais obtidos pelas propostas, embora se reconheça que deva ser aprimorada.

A análise das estratégias preconizadas e/ou desenvolvidas, bem como a análise sobre as respectivas concepções e estruturas, não têm o propósito de estabelecer uma competição entre as propostas. Mesmo porque a interação que vem se verificando entre elas configura processos de troca e de diálogo entre seus atores e sujeitos. Mas é importante diferenciá-las, para evitar as consequências de uma promiscuidade política e teórico-metodológica que dificultaria sua compreensão. É importante compreendê-las para delas extrair elementos que ajudem na ação transformadora sobre a educação médica. Ação transformadora que, conforme já se sabe, é um processo permanente de conflito e cooperação, em todos os âmbitos, entre forças sociais com distintos projetos políticos no campo da saúde.

Um traço comum das propostas é a identificação do cenário internacional como espaço importante de intervenção política. A participação em eventos nesse âmbito tem se constituído em uma oportunidade de interação entre elas.

Este estudo, ao contribuir para uma melhor compreensão acerca das propostas, fornece elementos para o fortalecimento do diálogo entre elas. Diálogo que já existia, instituído pelos atores das propostas, independentemente das ações desta pesquisa. No entanto, como nem mesmo os diálogos são política e ideologicamente neutros, existe sempre o perigo de se converterem em instrumentos de dominação. Espera-se que este estudo sirva para subsidiar a construção de interações sob o enfoque independente-cooperativo do campo da saúde internacional.

Considerando os limites e as possibilidades das propostas, a interação entre elas pode resultar em seu fortalecimento, sobretudo no que diz respeito às limitações internas, localizadas nas bases teóricas, metodológicas e na gestão das propostas.

Tomando por base a proposta UNI e levando em conta a análise elaborada a seu respeito, apontam-se os seguintes elementos que poderiam estar sendo criticamente avaliados e, talvez, incorporados por ela:

- quanto ao ideário: o marco conceitual da educação médica na América Latina, desenvolvido ao longo da trajetória de elaboração da proposta Gestão de Qualidade; a aprendizagem baseada em problemas (ABP), desenvolvida pela Network; o conceito de responsabilidade social da escola médica, com suas quatro categorias: relevância, qualidade, custo-efetividade e equidade, desenvolvido pela Changing.
- quanto à gestão: o planejamento estratégico de recursos humanos em saúde, desenvolvido pela proposta Gestão de Qualidade; a avaliação de experiências educacionais inovadoras, desenvolvida pela Network; as ações colaborativas multicêntricas, preconizadas pela Changing.

Ainda quanto aos limites internos, detectou-se que as propostas não delinearam estratégias específicas para introduzir mudanças na base material mais relevante do modelo hegemônico, representada pelo hospital universitário. Neste, verdadeiro “bunker” do paradigma flexneriano, desenvolvem-se atividades de ensino-aprendizagem que devem ser objeto de atenção. No caso específico das mudanças ocorridas em Londrina, por exemplo, não houve o envolvimento do internato médico no desenho do novo modelo acadêmico e só muito recentemente passou a ocorrer o envolvimento da gestão do hospital universitário nos processos de construção do novo modelo de atenção. Provavelmente esta lacuna é decorrente de análises acertadas sobre a correlação de forças existentes, que desaconselham iniciativas nestes terrenos no momento atual. No entanto, a ausência de estratégias específicas não ajuda a acumular recursos para intervenções futuras.

Além dos limites localizados no âmbito “interno” das propostas, suas possibilidades de desenvolver processos sustentáveis de mudanças, principalmente as mais profundas, dependem também e em grande medida, das estruturas sociais e das conjunturas econômicas, sociais e políticas, nacionais e latino-americanas.

No que se refere ao contexto latino-americano, do ponto de vista econômico, verificam-se, na maioria dos países, tendências de estabilização e superação dos processos inflacionários. Com eclosão de crises, como a do

México, em 1995, e a do Brasil, em 1998, mas com sinais de retomada do crescimento ou da sua continuidade, a exemplo do Chile, embora persistam realidades, como é o caso da Nicarágua, de estagnação econômica.

Do ponto de vista social, há realidades também diversas, verificando-se situações de agravamento ou de atenuação das tendências de exclusão social, condicionadas pelas medidas de ajuste econômico, de redução dos gastos públicos e pelas políticas sociais desenvolvidas.

Do ponto de vista político, fortalecem-se, nos anos 1990, os processos de democratização dos países, ainda que, em alguns, como no Peru, na Colômbia e na Nicarágua, ocorram momentos e processos de agudização da violência social e dos conflitos políticos, colocando em risco a legalidade dos seus regimes e governos. De maneira geral, os analistas políticos consideram que em nenhum dos países da América Latina houve a consolidação da democracia, ainda constantemente ameaçada pelos graves desequilíbrios econômicos e pela injustiça social.

De forma direta e indireta este contexto exerce impacto sobre as instituições e as comunidades que participam das propostas, geralmente agregando maiores dificuldades ao desenvolvimento dos processos. A fragilidade das entidades nacionais e supranacionais do campo da educação médica, por exemplo, tem dificultado a constituição de movimentos pela mudança.

As entidades se limitam à promoção de eventos, periódicos ou episódicos, e as propostas de mudança não têm, ainda, densidade político-institucional suficiente para desencadear movimentos de mudança, para imprimir novos rumos às entidades e muito menos às políticas públicas, embora ocorram iniciativas no sentido de interferir nestas situações, como é o caso das que vêm sendo tomadas pela Rede UNIDA. Identificando facilidades no contexto nacional, os projetos UNI brasileiros contribuíram, de forma decisiva, para a constituição desse novo ator institucional que, interagindo com os outros segmentos atuantes no processo da RSB, vem adquirindo crescente densidade social e credibilidade política junto às esferas de decisão das políticas públicas brasileiras.

Deve-se considerar que os limites e as possibilidades das propostas de mudança não são estáticos, definitivos. São situações que estão em permanente evolução, na dependência das condições externas e das dinâmicas dos processos internos. No caso da proposta Gestão de Qualidade, por exemplo, o acúmulo de fatores limitantes, externos e

internos, acarretou a diminuição das suas possibilidades e levou à sua interrupção, que pode ser de natureza temporária ou não. Por outro lado, no caso da proposta UNI, verificou-se a existência de processos de superação de algumas de suas limitações com a conseqüente ampliação das suas possibilidades, o que vem levando ao seu desenvolvimento.

Deve também ser registrado que, da mesma forma em que há estreita relação entre os contextos externos e internos, também os limites e as possibilidades, localizados em um ou outro âmbito, são interdependentes. A superação permanente dos limites, que, uma vez “negados”, são substituídos por novos, geralmente mais complexos e difíceis, implica em não se incidir em posturas extremadas. Nem na postura onipotente, com expectativas exageradas na capacidade transformadora da formação médica, nem na postura negativista, ditada pelo determinismo estrutural, que subordina toda e qualquer mudança às regras da infraestrutura econômica, às características da organização dos serviços de saúde e dos modelos de atenção ou às condições da prática médica hegemônica.

Finalmente, conforme diz Farina (1996), “Tem sentido uma conclusão? Conclusão, para nós, tem o efeito de um tropeço. Quem tropeça dá o passo seguinte mais longe”. Neste sentido, espera-se que os próximos passos, de cunho mais coletivo do que individual, rumo ao aprofundamento, consolidação e disseminação das mudanças na educação médica latino-americana, sejam firmes e não trôpegos. E que, para isso, o estudo realizado tenha trazido contribuições.

Processos de acumulação e saltos de qualidade, no campo do desenvolvimento de recursos humanos e das reformas do setor saúde, puderam ser observados no decorrer da realização do estudo. Novos “tropeços” ocorrerão, mas o conhecimento do terreno torna a caminhada mais segura, principalmente quando se tem clareza sobre onde se quer chegar, sobre quem ajuda e quem atrapalha para dar os passos necessários.

Particularmente, para o caso da realidade brasileira, espera-se que o estudo possa contribuir para a superação das debilidades identificadas na mesa-redonda de avaliação da RSB, realizada no Congresso da Abrasco de 1997. Na ocasião, todos os participantes apontaram a formação de recursos humanos em saúde, particularmente a educação médica, como o “calcanhar de Aquiles” da RSB. A compreensão das propostas de mudança, das suas estratégias, dos seus limites e possibilidades, pode ajudar a traçar novas e inadiáveis políticas públicas para o campo de desenvolvimento de rhs.

A seguir, registram-se algumas reflexões sobre temas correlatos às questões centrais deste estudo tratadas no capítulo anterior. São reflexões inconclusas e, por isso, optou-se por apresentá-las sob a forma de “teses”. Ou seja, de proposições para o debate e para novos estudos, com vistas ao aprofundamento teórico-prático dos processos em desenvolvimento.

1. Durante várias décadas, a Fundação Rockefeller apoiou, da mesma forma que a OPS e outras fundações norte-americanas, o movimento da educação médica na América Latina. Mas, a partir dos anos 1980, ela deixou de fazer parte do convívio com os atores desse movimento. Observou-se, inclusive, que sua participação no apoio à Network foi limitada aos anos 1981-1983.

Por outro lado, a partir de 1981, a Rockefeller passou a patrocinar a formação de centros de formação em epidemiologia clínica (Carolina do Norte e Pensilvânia nos EUA; Hamilton/McMaster no Canadá, e na Austrália). Numa segunda fase (1992-98), passou a apoiar a estruturação de consórcios regionais (asiático, africano, americano, etc) constituídos por centros de treinamento.

Apesar de poder ser entendida como uma simples ferramenta educacional ou habilidade clínica, há estudos (ALMEIDA FILHO, 1992; ALMEIDA FILHO, 1993; TERRIS, 1995; BARATA, 1996), indicando que a epidemiologia clínica pode ser vista como uma nova ideologia médica, inserindo-se, com seu discurso de “medicina baseada em evidências”, na corrente cientificista da educação médica (SCHRAIBER, 1989). Seria, na verdade, uma estratégia encoberta e representativa, portanto, de uma poderosa força de modernização e manutenção do modelo flexneriano da prática médica, da educação médica e de influência sobre a própria Saúde Pública, através da tentativa de reorientação da epidemiologia, uma das vertentes principais desta área.

A existência, hoje, de uma Rede Internacional de Epidemiologia Clínica muito bem articulada e a repercussão que esta proposta vem obtendo, inclusive junto às propostas Network e UNI, indicam a necessidade de um aprofundamento da análise a respeito. Não se trata de emitir julgamentos precipitados, mas de lembrar que os que sustentam os modelos hegemônicos de prática e educação médica também têm estratégias e que a do cavalo de Troia continua tendo a sua validade nos dias atuais.

Na mesma linha de preocupação inserem-se as cautelas com que devem ser abordadas as questões tratadas pela ECFMG e o novo programa “International Fellowships in Medical Education”, que oferece oportunidades (bolsas de estudos) para professores estrangeiros das áreas de ciências básicas e de clínica médica, de estágios em escolas médicas norte-americanas, “desde que tenham potencial para melhorar a educação médica nos seus departamentos e escolas” (AYERS, 1997). É o caso de se indagar para qual modelo de educação médica se voltam estas iniciativas. Sua divulgação acrítica, através dos boletins Newsletter e Changing, veículos oficiais de comunicação das propostas da Network e da OMS, não deve inibir análises mais aprofundadas a respeito.

2. Todas as propostas analisadas incluem, dentre suas estratégias, a educação continuada (EC) ou permanente (EPS) de profissionais de saúde. Geralmente, estes termos são tratados como sinônimos. Mas, no campo da proposta Gestão de Qualidade, faz-se diferenciações com base no enfoque abordado na publicação “Educación Permanente de Personal de Salud” (HADDAD & ROSCHKE & DAVINI, 1994).

Davini (1994) aponta que “a efetiva socialização profissional, quanto a modos de pensar e de atuar, individual e coletivamente, de uma determinada categoria, completa-se e consolida-se no campo da prática profissional. (...) As formas de relação social (hegemonia, processo decisório, conflito, controle do saber) e as práticas técnicas (divisão do trabalho, circuitos operativos, saber fazer), são produtos históricos e funcionam como matriz de aprendizagem nos locais de trabalho, mais do que qualquer coisa aprendida no processo escolar formal”. Com esta visão a autora preconiza não a inutilidade dos cursos de graduação, mas sim que as práticas sanitárias podem tanto dificultar como facilitar as aprendizagens transformadoras, daí a importância da EPS.

Entendendo a EPS “como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”, Rovere (1994) analisou o papel da universidade na EPS, concluindo por propor uma “Gestão Estratégica da EPS”, concebida como uma ferramenta privilegiada de mudança organizacional e das práticas assistenciais e educacionais. A questão merece reflexões mais aprofundadas, como pode ser demonstrado pela leitura do Quadro 10, construído com base em experiências concretas.

QUADRO 10 – Características da educação continuada e da educação permanente

Características	Educação Continuada	Educação Permanente
Público-alvo	uniprofissional	multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	prática autônoma	prática institucionalizada
Enfoque	temas de especialidades	problemas de saúde
Objetivo principal	atualização técnico-científica	transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	esporádica	contínua
Metodologia	pedagogia da transmissão (geralmente através de aulas, conferências, palestras), em locais diferentes dos ambientes de trabalho.	pedagogia centrada na resolução de problemas (geralmente através da supervisão dialogada, oficinas de trabalho), efetuada nos mesmos ambientes de trabalho.
Resultados	apropriação passiva do saber científico; aperfeiçoamento das práticas individuais	mudança organizacional; apropriação ativa do saber científico; fortalecimento das ações em equipe

Fonte: Almeida, 1997

Ou seja, sem pretender assumir uma visão maniqueísta, há indícios de que a educação continuada serve mais aos propósitos de manutenção do modelo médico hegemônico, enquanto a educação permanente é mais coerente com as mudanças preconizadas para a educação médica, em especial as da proposta UNI e Gestão de Qualidade. Cabe aprofundar as análises a respeito e, talvez, reorientar planos de ação em andamento.

3. É amplamente reconhecido que as relações externas desempenham importante papel nos esforços de mudança. Não só no sentido do estabelecimento de intercâmbios, através dos quais trocas de experiências são realizadas, mas também no que se refere ao fortalecimento mútuo e à disseminação de resultados.

A debilidade político-institucional dos mecanismos tradicionais de articulação externa, representados pelas entidades nacionais e supranacionais de educação médica, somado ao fato deles serem, geralmente, canais mais afetos à representação dos modelos hegemônicos, tem levado a um interesse crescente pela modalidade de trabalho em Rede.

Não se pretende diminuir a importância e potencialidade dessa modalidade de associação, que, idealmente, propicia relações menos burocráticas, mais econômicas e mais ágeis. Mas constata-se uma certa aura de “asepsia” política e ideológica nas proposições de trabalho em Rede.

A pretensa despolitização que reveste as iniciativas deste tipo pode favorecer, por exemplo, a cooptação intelectual de sujeitos sociais envaidecidos por terem acesso aos círculos da elite da educação médica mundial. As próprias atividades de intercâmbio, para serem consequentes, não podem prescindir da existência de projetos políticos voltados para a atuação no contexto externo, que devem orientar o estabelecimento de vínculos com outras entidades, movimentos e a ação sobre as esferas de decisão das políticas públicas, nacionais e internacionais. Do contrário, corre-se o risco de serem criados “clubes” fechados que, a médio e longo prazos, tendem ao esvaziamento e perda de qualquer papel social relevante.

4. No que se refere especificamente às estratégias educacionais, vem ganhando corpo, no cenário latino-americano, a metodologia da aprendizagem baseada em problemas (ABP). Não restam muitas dúvidas, diante das avaliações existentes, de que esta é uma boa ferramenta para introduzir maior eficiência nas práticas de ensino-aprendizagem e para formar profissionais com visão mais crítica e melhor preparados para a autoaprendizagem no seu trabalho futuro. Além disso, ao estabelecer novas relações técnicas e sociais entre os agentes de ensino, contribui para alterações importantes na infraestrutura do modo de produção de médicos.

Uma das preocupações que surgem diz respeito ao risco de se incorrer num enfoque reducionista, imaginando que a adoção da ABP, mesmo quando promovida de forma global, abarcando praticamente todo o currículo médico, possa garantir, por si só, mudanças profundas no modelo hegemônico. Para que estas ocorram há necessidade de uma série de outras iniciativas, como: a utilização significativa de novos cenários de ensino, prioritariamente nos serviços de primeiro e de segundo níveis de atenção da rede; a construção de novas práticas profissionais; a utilização de sistemas de avaliação dos alunos mais do tipo formativo do que somativo; a articulação do conhecimento biológico-social nos conteúdos curriculares; a superação da dissociação entre teoria e prática

desde o início das atividades acadêmicas, etc.

Outra preocupação diz respeito ao risco de se abortar o desenvolvimento de iniciativas autóctones, como o estudo-trabalho e a metodologia da problematização (MP). A primeira, originária de Cuba, vem sendo adotada, principalmente, em escolas da América Central, a exemplo de León, na Nicarágua. A segunda, originária de Londrina, vem sendo adotada também em Marília e Rionegro. O pioneirismo mencionado refere-se à aplicação da metodologia em cursos de medicina e não à metodologia em si. Esta afirmativa baseia-se na inexistência de referências bibliográficas latino-americanas que relatem experiências empíricas desenvolvidas. Os textos que abordam essa metodologia, principalmente da OPS, têm caráter de recomendação do seu uso. A primeira publicação que se tem notícia, refletindo sobre a sua aplicação em cursos da área da saúde é a de Berbel (1994). Em Marília e Londrina estão sendo desenvolvidas reformas curriculares que associam a ABP e a problematização. Embora haja afinidades entre ambas, há nítidas diferenças de concepção e de processos.

Quanto à concepção: a ABP tem sua origem fundamentada pela concepção da Escola Ativa (Kilpatrick, Dewey), associada à educação liberal, que acredita que os indivíduos têm as mesmas oportunidades e se desenvolvem segundo suas capacidades. A MP surge dentro de uma visão de educação libertadora (Paulo Freire, Luckesi), inspirada nas teorias histórico-críticas, que acredita na educação como prática social e não individual ou individualizante. Quanto ao processo: a ABP tem como ponto de partida um problema bem formulado pelo professor, e, como ponto de chegada, pretende um resultado, após pesquisa, discussões em grupos tutoriais, formulação de hipóteses e de soluções. A MP tem como ponto de partida a realidade social, donde são extraídos os problemas, e como ponto de chegada, novamente a realidade social, para onde os alunos e professores retornam com informações, sugestões e ações efetivas. Quanto aos objetivos: a ABP estimula o raciocínio, habilidades intelectuais e aquisição de conhecimentos. A MP, além dessas aquisições, mobiliza o potencial social, político e ético dos profissionais em formação. Proporciona amplas condições de relação teoria-prática e estimula o trabalho junto aos sujeitos, provocando alterações nas relações técnicas, sociais e políticas (BERBEL, 1994). A autora esclarece que a aplicação prática da metodologia se baseia no método do arco de Charles

Maguerez. Ultimamente, com base na experiência de sua aplicação no curso de medicina, através do curso de mestrado em educação da UEL, professores de vários outros cursos vêm desenvolvendo iniciativas, cujas sistematizações já resultaram na publicação de duas edições especiais da Revista Semina.

Vislumbra-se a perspectiva de conflitos acadêmicos em torno da adoção dessas metodologias, que poderão ser superados, desde que a condição tecnológica já melhor desenvolvida da ABP não leve à subordinação do desenvolvimento da metodologia da problematização.

5. O estudo realizado se refere à educação médica na América Latina e, neste campo, identificam-se sentimentos de solidariedade internacional que buscam preservar valores culturais e políticos próprios de uma identidade latino-americana. Mas o fenômeno da globalização e a criação dos blocos econômicos regionais (MERCOSUL, PACTO ANDINO) podem limitar esse processo. Em tempos pós-guerra fria (com exceção das relações dos EUA com Cuba), os processos de internacionalização econômica necessitam anular barreiras (vide ALCA x MERCOSUL) e identidades.

Com isso, as relações sul-sul, entre as escolas e educadores médicos dos países latino-americanos, tenderiam a diminuir de intensidade, sendo substituídas pelas relações norte-sul. Aliás, esta não seria uma tendência nova. O que é novo é o grau de intensidade que as relações norte-sul podem adquirir, anulando as relações sul-sul.

Na base desses processos estão as relações econômicas (por exemplo, ALCA x MERCOSUL), mas estas também sofrem influências do cultural e do político. E a educação médica, fazendo parte do mundo da cultura e do mundo da política, qual papel joga nesse processo? Qual é a especificidade do objeto “educação médica latino-americana”? A questão parece ser pertinente tanto para fins teóricos como para fins de ação política e programática, principalmente para aqueles que estão envolvidos em propostas dirigidas à América Latina.

6. As relações entre os departamentos de medicina preventiva, social ou de saúde pública e os projetos UNI são heterogêneas. Variam de participação ativa à oposição, situações que se devem, sobretudo, a particularidades político-institucionais existentes em cada realidade concreta.

No entanto, há outras questões que também interferem na qualidade e intensidade dessas relações. Em muitos casos, parece não haver clareza por parte desses setores, que Paim (1996) chama de “braço acadêmico da Reforma Sanitária”, quanto ao significado político-sanitário desses projetos e quanto ao papel estratégico que podem desempenhar nos processos de mudança em curso.

A melhor compreensão sobre esses projetos/processos pode auxiliar a saúde coletiva a enfrentar o desafio de dar conta dos seus projetos específicos, nos campos de ensino, produção de conhecimentos e cooperação com os serviços de saúde, articulando-os com projetos institucionais mais abrangentes, de mudança na educação dos profissionais de saúde. Desafio esse que é mais presente nos casos em que a saúde coletiva participa diretamente da estrutura da escola médica e/ou dos demais cursos da área de saúde.

Os processos de mudança são, geralmente, protagonizados por outros sujeitos, nem sempre totalmente convencidos ou teoricamente preparados para enfrentar confrontos com os modelos hegemônicos de educação e de prática médica, necessitando do apoio da área de saúde coletiva para desempenhar com eficácia seu papel de liderança nos processos de mudança. Eis aqui uma questão que merece aprofundamentos teórico-práticos e técnico-políticos, principalmente por parte das áreas de recursos humanos e de planejamento & gestão do campo da saúde coletiva.

Na realidade brasileira, esse desafio pode ser enfrentado, com perspectivas de sucesso, na medida em que o movimento sanitário entenda que nos processos de mudança em curso há subsídios para que ele construa a *sua* proposta *para* a escola médica e também para os demais cursos de graduação da área de saúde. Até o momento, embora não disponha de projetos alternativos, constatam-se reservas por parte de vários dos segmentos e atores que constituem o movimento sanitário brasileiro quanto às iniciativas de mudança desencadeadas. A recente refundação da Rede UNIDA e as ações que vem desenvolvendo contribuem para o preenchimento dessa lacuna na saúde coletiva nacional.

Quanto ao cenário latino-americano, movimento semelhante vem ocorrendo. Durante o último Congresso Latino-Americano de Medicina Social, promovido pela ALAMES e realizado em Buenos Aires, Abramzón & Rovere (1997) manifestaram que “as experiências de mudança nos

cursos da área de saúde não estão sendo suficientemente acompanhadas e apoiadas, apesar de se reconhecer seu caráter estratégico para o futuro da área”. Neste sentido, os autores apresentaram a proposta de criação de uma Rede interinstitucional, de âmbito latino-americano, voltada ao estudo e apoio aos processos que vêm ocorrendo.

Em síntese, a proposição é de que a área de saúde coletiva aprofunde sua análise a respeito das experiências em andamento.

7. A construção de parcerias contra-hegemônicas entre estudantes, professores, profissionais dos serviços e usuários exige que esta se pautem numa ética da saúde como função pública. Segundo Rodriguez Neto (1996), “(...) a celebração de alianças sólidas corresponde a uma nova ética de responsabilidade, de solidariedade e de qualidade”. Nos últimos anos vêm sendo publicados livros introduzindo o tema da bioética no cenário brasileiro e latino-americano (BERLINGUER, 1991; GARRAFA, 1995).

Contudo, apesar de ter tudo a ver com os propósitos de mudança na educação, esta temática está praticamente ausente das propostas analisadas. Há breves referências a respeito, ainda marcadas pelo enfoque da ética deontológica, geralmente quando se aborda a dimensão atitudinal dos novos perfis profissionais preconizados. No entanto, o interesse que o tema desperta, principalmente entre os estudantes, indica um potencial de mobilização que não está sendo devidamente incorporado nos conteúdos das propostas de mudança.

8. A proposta UNI, por ser a única dentre as analisadas que é operacionalizada através de projetos locais, corre o risco de cair “na armadilha da extensão” (MISOCZKY, 1993; BOTOMÉ, 1996). A maioria dos projetos situa-se, quanto à estrutura acadêmico-administrativa universitária, nos gabinetes dos reitores, dos diretores de centros de ciências da saúde, faculdades, escolas ou junto às coordenadorias de ensino, pesquisa ou de extensão. Dentre estes, alguns projetos estabeleceram acriticamente vínculos com as Pró-Reitorias de extensão das respectivas universidades. Outros, a exemplo da Bahia e de Rionegro, desenvolvem interações que vêm resultando em transformações das políticas de extensão das respectivas universidades como um todo.

Uma visão crítica da extensão, que é conhecida como o “terceiro pilar” da vida universitária, levanta aspectos altamente preocupantes. Segundo esta visão, a proposta extensionista é utilizada como um contra-discurso para encobrir a alienação do ensino de nível superior, o descompromisso social das atividades de pesquisa científica e o não envolvimento da universidade com as transformações mais profundas no seu relacionamento com a sociedade. Quanto às atividades extensionistas, estas são entendidas como um ativismo assistencialista e paternalista, facilitado pelo idealismo dos estudantes, mais próximos à realidade social, mas despreparados para uma ação efetiva, profunda e abrangente, e também pela inexperiência de professores com pouca ou nenhuma formação histórica e política.

A extensão, ao se relacionar diretamente com as comunidades, deixando à margem os órgãos públicos de prestação de serviços, verdadeiros responsáveis pelo atendimento às demandas sociais, acaba por criar “laboratórios de comunidade” que artificializam até mesmo as práticas de ensino e de pesquisa, quando estas são realizadas.

A extensão deve ter outro significado, deixando de ser uma função paralela ao ensino e à pesquisa, integrando-se como uma dimensão destes e sendo um momento indispensável do processo de produção de conhecimento. Segundo Botomé (1996), “É possível propor o abandono da extensão, já que ela é um equívoco. Mas o que importa mais é eliminar não a expressão que a denomina (...) mas sim suas falsificações. Por isso a proposta importante não é a sua extinção, justificação ou condenação e sim a sua superação (...)”.

Neste sentido vêm ocorrendo situações em vários projetos que devem merecer análises mais aprofundadas, o que implica em maior envolvimento dos seus atores com as questões universitárias. Isto com vistas, em primeiro lugar, à universidade assumir, em conjunto, seu papel de ator nas reformas do setor saúde, envolvendo outros setores do conhecimento, disciplinas e profissões, reconhecendo que sua principal potencialidade de colaboração nas mudanças sociais não é pelo lado dos serviços, mas do desenvolvimento da ciência e da cultura.

Não se desmerece, por exemplo, o importante papel que os hospitais universitários representam na realidade brasileira, mesmo sem atuar como deveriam, junto à rede de serviços na constituição do SUS. Mas questiona-se, por exemplo, a representação da universidade junto aos Conselhos Municipais de Saúde, papel geralmente desempenhado pela direção do hospital universitário, com restrita preocupação em discutir nos Conselhos questões centrais do papel social da universidade, como é o caso da formação de recursos humanos em saúde.

Em segundo lugar, cabe indagar sobre a pertinência do ideário UNI servir como uma contribuição às outras áreas da universidade que enfrentam desafios internos e externos. Existe a urgente necessidade de identificar estratégias de transição para enfrentar as novas demandas que a sociedade vem expressando e que, em síntese, são no sentido de que a universidade combine excelência técnica com relevância social.

Afinal, repensar a educação médica implica, na medida em que as mudanças obtidas sejam relevantes, em também repensar a universidade, pois seu imobilismo pode ameaçar a sustentabilidade das próprias conquistas obtidas.

POSFÁCIO

Os capítulos anteriores foram redigidos em 1997, o último dos três anos do curso de doutorado na Faculdade de Saúde Pública da USP. A pesquisa que deu origem à tese, defendida no mesmo ano e à publicação da primeira edição deste livro, em 1999, foi realizada em 1996.

Nos últimos 12 anos muita coisa aconteceu no campo da educação médica e do desenvolvimento dos profissionais de saúde no Brasil. Por exemplo: ainda vivíamos no vazio deixado pela revogação dos currículos mínimos, definida pela nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional¹ e dávamos os primeiros passos rumo à conquista das Diretrizes Curriculares Nacionais para cada um dos cursos da área da saúde. Desde 2001/2002 temos as Resoluções do Conselho Nacional de Educação² que estabeleceram as competências gerais e as específicas para cada uma das carreiras, dentre outras definições.

Outro exemplo foi: o número de escolas médicas, que praticamente dobrou nesse período. Eram 95 em 1999. Hoje são 181 escolas. O número total de vagas para ingresso na carreira médica saltou de 9.887 para 15.756. No final dos anos 1990 formavam-se cerca de 7.500 médicos/ano, hoje são aproximadamente 12.000 e a partir de 2015 estarão sendo formados cerca de 15.000 médicos/ano.^{3,4}

¹ Brasil. Lei Federal N.º 9.304 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 20/12/1996.

² Almeida, M.J. (Org) Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde. Rede Unida, Londrina, 2003, 89p

³ ABEM. Médicos formados no Brasil: 1997 a 2000. Série de Documentos da ABEM, Número 14, 2001.

⁴ www.escolasmedicas.com.br

Não pretendemos, nestas poucas páginas, abordar em profundidade as relações atuais entre as políticas de saúde e de formação profissional. Tampouco as perspectivas e cenários que se desenham para a educação médica. Estes são desafios que merecem estudos específicos e há projetos e estudiosos dedicados a esses temas.

Neste Posfácio pretendemos corrigir algumas falhas cometidas por ocasião da primeira edição do livro e contribuir para a atualização das reflexões inconclusas apresentadas sob a forma de “teses” no último capítulo, de Conclusões, da pesquisa realizada no doutorado em meados dos anos 1990.

A principal falha cometida diz respeito à ausência de qualquer menção ao Curso “International Health and Development”, ministrado durante o segundo semestre de 1996 pelo Prof. James E. Banta, do Centro para a Saúde Internacional da George Washington University. Graças ao apoio de uma bolsa de estudos concedida pela Fundação W.K.Kellogg, foi possível não só a participação em aulas e debates promovidos pelo Centro como também a convivência, a poucos quarteirões de distância, com a equipe da área de recursos humanos liderada pelo Prof. José Roberto Ferreira, na sede da OPAS em Washington. A facilidade propiciada pelo uso das bibliotecas das duas Instituições foi muito importante para o desenho do projeto da pesquisa e para a coleta das informações e dados iniciais da mesma.

As leituras e discussões que tivemos oportunidade de fazer e participar no decorrer daqueles meses foram decisivas para a fundamentação teórico-conceitual da pesquisa/tese que desenvolvemos. O enfoque independente-cooperativo do campo da Saúde Internacional, desenvolvido pela Profa. Rodriguez-Garcia, diretora do Centro e demais integrantes da sua equipe⁵, juntamente com a publicação da OPAS sobre o assunto⁶ e os trabalhos realizados pelo Prof. José Roberto Ferreira e equipe, publicados durante anos na Revista *Educación Médica y Salud*, foram fundamentais para a construção do arcabouço teórico-conceitual da

⁵ Rodriguez-García, R; Goldman, A – The health-development link. Washington, DC. The George Washington University & Pan American Health Organization, 1994, 189p.

⁶ PAHO. International Health: a North-South Debate. Washington, DC. PAHO, 1992, 259p.

tese realizada. A monografia de final de curso⁷, produzida em dezembro de 1996, representou a primeira sistematização das dúvidas, reflexões e dificuldades de entendimento que carregávamos desde o início dos anos 1990, fruto dos encargos da direção do Centro de Ciências da Saúde, do desafio de elaboração e implantação de novos projetos político-pedagógicos e das dificuldades de implantação e desenvolvimento do Projeto UNI-Londrina.

Os Professores José Roberto Ferreira e José Venturelli identificaram e assinalaram com muita propriedade, no Prefácio da primeira edição, que o trabalho realizado concedeu destaque à influência da dimensão internacional nas mudanças educacionais na área da saúde. Infelizmente, essa abordagem era e continua sendo pouco explorada no Brasil. A Saúde Internacional em nosso País é tema de preocupações e de ações no âmbito do Ministério da Saúde, por conta das suas atribuições próprias, e na esfera da FIOCRUZ. Nas escolas médicas, mesmo nas mais tradicionais, há um enorme vazio a este respeito.

Com esse registro, ainda que tardio, pretendemos expressar nosso agradecimento às Instituições e pessoas que viabilizaram e abriram suas portas (e bibliotecas) para o rico aprendizado que tivemos naquele curto período. Queremos também chamar a atenção para a necessidade do movimento brasileiro de educação médica e das próprias escolas médicas, estabelecerem mais linhas de estudo e mecanismos de ação que disseminem e aprofundem a abordagem da Saúde Internacional em nosso meio.

Em relação às “reflexões inconclusas” mencionadas, devemos inicialmente dizer que elas são decorrentes das nossas atividades profissionais e políticas no decorrer desses 12 anos após a publicação da primeira edição do livro. Nesse período, finalizamos a participação na administração superior da Universidade da qual, após um inesperado, intenso e crítico período como pró-reitor de ensino de graduação e como vice-reitor, nos despedimos com uma carta-renúncia entregue ao

⁷ Almeida, M.J. Medical Education in Latin América: crisis and strategies for change. Final Paper of the Course PubH270, The GWU Center for International Health, Washington, DC, December 1996,24p.

Governador do Estado e aos dirigentes da UEL durante a reunião do Conselho Universitário realizada em 12 de junho de 2001⁸.

O registro desse período, das atividades desenvolvidas e especialmente das dificuldades enfrentadas para apoiar as mudanças em implantação nos cursos de medicina e de enfermagem, principalmente por meio da adoção de novos critérios e mecanismos de ingresso de vestibulandos e da construção de um projeto político-pedagógico institucional, ou seja, relativo a todos os demais cursos de graduação da Universidade, consta de um livro de muitos autores/cúmplices, publicado em 2001⁹.

Como escrevemos na Apresentação do livro, “Os autores enfrentaram o desafio de refletir sobre suas práticas, de organizar e reorganizar as ideias, de estabelecer relações entre problemas, alternativas e resultados, de analisar os obstáculos enfrentados, de pensar sobre as estratégias que utilizaram para vencer as oposições internas e externas. (...) O livro reflete, de uma forma não totalmente sistematizada, uma nova proposta de gestão universitária. Uma proposta que, pela natureza complexa da crise que a universidade brasileira enfrenta, deve obrigatoriamente ultrapassar os limites do amadorismo gerencial e da improvisação política. Não basta adotar como bandeira a transparência como estilo administrativo. Ela, para ser real, precisa ser necessariamente um elo entre a competência e a honestidade. Isso é fundamental!”

Mais adiante, ao dizermos que a difusão das experiências relatadas pelos autores tinha, entre seus objetivos, levar ao conhecimento dos interessados alguns dos esforços de mudança que estavam sendo realizados na Universidade, na gestão dos seus cursos de graduação e de pós-graduação e em várias estruturas de serviços, conhecidas na época como “Órgãos Suplementares”, valemo-nos de um trecho do pensador Edgar Morin. Ele afirmou que “a informação é o antídoto para a tendência natural que tem a ideologia de se fechar em si mesma (...) o fato – a informação

⁸ Almeida, M.J. Carta-renúncia do cargo de vice-reitor da UEL. Londrina, 12/06/2001. 5p. mimeo.

⁹ Almeida, M.J. (Org) A universidade possível: experiências de gestão universitária. Cultura Editores & EDUEL, São Paulo, 2001, 343p

– deve ser capaz de enriquecer-nos, de mudar-nos, de converter-nos, simplesmente porque nos permitiu ver o que era invisível para nós, saber o que ignorávamos, admitir o que considerávamos inacreditável. Os fatos só falam de si mesmos quando lhes permitimos falar”.

Desse período e dessa experiência, dentre as muitas lições aprendidas e reflexões inconclusas, cabe registrar a que diz respeito à importância de não se contentar com mudanças endógenas, ou seja, no âmbito de um único curso de graduação. Sejam elas de natureza pedagógica/educacional, de modelo acadêmico, ou de ordem administrativa, ou seja, de modelo de gestão. Até que ponto a sustentabilidade dos processos de mudança na saúde e na formação médica podem prescindir de dar conta da complexidade da vida universitária e de considerar a importância da contínua capacitação dos quadros dirigentes? Como fazer para que o planejamento estratégico situacional seja uma ferramenta disseminada e incorporada por professores e dirigentes de todas as áreas de conhecimento, e não só da saúde?

Nesse período, final da década de 1990, participamos, com mais dois professores, da organização de uma publicação com dezenas de coautores latino-americanos¹⁰. Foi um intenso e rico processo de sistematização da experiência UNI transcorrida em 23 projetos existentes na América Latina. Conforme está registrado na Apresentação Geral do Tomo 2 – As vozes dos protagonistas:

“O desenvolvimento das atividades dos projetos UNI teve dois propósitos: 1) testar a possibilidade de realizar um trabalho articulado entre os serviços de saúde, as comunidades e as universidades na formação de profissionais de saúde, que levasse também a mudanças na prestação de serviços e na participação das comunidades no campo da saúde; 2) desenvolver propostas metodológicas e tecnológicas para esse tipo de aliança.

Esses desafios constituíram um inegável questionamento aos paradigmas hegemônicos nos campos da formação, da prática e da participação comunitária em saúde. Produziram na América Latina uma mobilização institucional e social, envolvendo 103 cursos universitários,

¹⁰ Almeida, M.J.; Feuerwerker, L.; Llanos, M. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Hucitec, Lugar Editorial, EDUEL, São Paulo, 2v, 1999.

197 serviços de saúde e 644 organizações comunitárias, atingindo, direta e indiretamente, 3.312.000 pessoas das comunidades.

Esta imensa polifonia de experiências, com particularidades decorrentes de condições e contextos específicos de cada país, região, município, organização e grupo de pessoas participantes, produziu conhecimento, conquistas, dificuldades e lições aprendidas próprias da construção prática de um novo paradigma para a saúde na América Latina.

Estas experiências, que adquiriram validade histórica ante as atuais circunstâncias do subcontinente, dizem respeito à construção de novos sujeitos sociais, a novas formas de prestar os serviços de saúde, a novas maneiras de formar os profissionais de saúde, a novas alianças estratégicas para conseguir estes objetivos. Implicam ajustes às normas institucionais e impactos nas políticas públicas de saúde, educação e participação social. Também produziram novas perguntas.”

Dentre essas perguntas, algumas dizem respeito a todos os processos de mudança, independente de sua origem ou movimento impulsionador: Até que ponto os médicos e outros profissionais que se graduam nos cursos e escolas que experimentam e desenvolvem projetos/processos de mudança, adotarão efetivamente práticas inovadoras? Até que ponto contribuirão para produzir modificações substantivas nas práticas médicas e dos sistemas de saúde?

Também nesse período (1999-2001), participamos ativamente do ápice do movimento de elaboração, discussão e aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina e demais profissões da área da saúde. Contudo, foi no decorrer dos anos 2002-2010 que, como coordenador da Rede UNIDA (2001-2006), como coordenador do curso de medicina da UEL (2004-2008) e como docente/pesquisador durante todo o período, que vivemos e acompanhamos as dificuldades, os avanços e retrocessos do movimento de educação médica no país.

Conforme registramos na apresentação da segunda edição da coletânea publicada em 2005¹¹:

“A Rede UNIDA sabe que a construção das Diretrizes Curriculares apenas começou. Sua primeira aparição, sob a forma de texto escrito/

¹¹ Almeida, MJ (Org) Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde. Rede Unida, Londrina, 2005.

prescrito, legal e oficial, está finalizada. Restam, sobretudo, as aparições sob a forma de realidades vividas, concretas, nos ambientes dos cursos e das universidades. Restam, sobretudo, as aparições sob a forma da existência de profissionais de saúde de “novo tipo”, formados nos novos currículos, com os perfis profissionais preconizados, atuando como profissionais preocupados com a qualificação da atenção aos usuários e como cidadãos comprometidos com uma sociedade mais justa. (...) Não nos contentamos com a publicação e divulgação das Resoluções. Queremos apoiar iniciativas que façam com que as letras saiam do papel e se transformem em ações de ensino e de aprendizagem inovadoras. Esta publicação não é um simples produto editorial que se esgota em si mesmo. Ela faz parte de um processo mais amplo. Ela é, isto sim, um passo a mais que busca sensibilizar e conscientizar para os difíceis e complexos processos de mudança na formação profissional. Trata-se, enfim, de uma construção coletiva inacabada. Que depende de todos!”.

Em decorrência das participações mencionadas, acompanhamos de perto a elaboração e produção de vários estudos sobre a educação médica no País. Em nossa opinião, três deles foram marcantes: a tese de doutorado da Professora Laura Camargo Macruz Feuerwerker – “Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados”, defendida na USP em 2002; a tese de doutorado da Professora Jadete Barbosa Lampert – “Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas”, defendida na FIOCRUZ, também em 2002; e a tese de doutorado da Professora Gianna Lepre Perim – “Avaliação da educação superior: uma realidade na educação médica”, defendida na UNICAMP, em 2007.

A Professora Laura Feuerwerker, em sua tese¹², parte do contexto de que as escolas médicas brasileiras encontram-se diante do desafio de mudar para formar um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar uma atenção à saúde de qualidade. Segundo ela, “as mudanças necessárias são profundas porque implicam a transformação de concepções, práticas e relações de poder, tanto nos espaços internos das universidades, como

¹² Feuerwerker, L.C.M. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. HUCITEC, Rede UNIDA, ABEM. Rio de Janeiro, 2002, 306p.

em suas relações com a sociedade, especialmente com os serviços de saúde e a população”.

O objetivo do estudo da Professora Laura foi analisar algumas das principais causas das sucessivas histórias de resultados desfavoráveis nas tentativas de mudar a educação médica; analisar como essas questões estavam sendo tratadas nas transformações curriculares de duas escolas – Londrina e Marília; e construir um conjunto de ideias, propostas e instrumentos que contribuíssem para a produção de mudanças efetivas na educação médica no Brasil.

Em suas considerações finais a autora registra algumas contribuições muito importantes, das quais ressaltamos as seguintes:

“Os dois casos analisados revelam a complexidade do desafio imposto pela mudança do processo de produção dos médicos. (...) A base das propostas de mudança em questão é a democratização, um produto social que se constrói por meio da intervenção deliberada de sujeitos e que depende da correlação de forças, da mudança dos poderes instituídos, da capacidade de se construírem espaços de poder compartilhado. (...) Os dois projetos/as duas experiências são contribuições efetivas para a compreensão desse processo de transformação. Nos dois casos, há grupos articulados, buscando agir estrategicamente, com graus distintos de acumulação de poder e de capacidade de reflexão crítica. (...) A percepção de que a sustentabilidade e a profundidade das mudanças construídas no espaço local dependiam de mudanças no espaço das políticas foi também fundamental. E a alternativa encontrada – a articulação em rede – é estratégica e adequada a um “jeito mutante” de fazer política, pois possibilita articulação flexível, participação variável, unidade em torno de questões concretas: são heterogeneidades organizadas, que ganham potência de ação ao se associarem”.

Além disso, ao situar os processos existentes nas duas experiências analisadas entre o segundo e o terceiro plano de profundidade das mudanças (fazendo referência ao conceito de mudança adotado no capítulo inicial deste livro), a autora propõe duas alterações no mesmo, bastante pertinentes. Uma, em relação ao segundo plano – Reforma - que ficaria mais bem caracterizado como o dos atores sociais e das relações de força, por corresponder ao processo de constituição de sujeitos. A outra refere-se ao terceiro plano, no qual ela defende a relativização dos requisitos de superação da ordem econômica capitalista, uma vez

que, mesmo sem a mudança radical de todas as relações sociais, seriam possíveis acumulações setoriais que viabilizassem transformações às escolas médicas. Conforme ela, “Estamos falando de condicionamentos estruturais, que admitem a construção de variantes sob a ação dos sujeitos e a especificidade dos contextos e das relações de força em dado momento histórico”.

A autora finaliza dizendo que “A situação das escolas analisadas, de mudanças localizadas entre o segundo (Reforma) e o terceiro (Transformação) plano de profundidade das mudanças, é dinâmica. Ou seja, no momento atual os dois processos caracterizam-se como reformas e contêm elementos de transformação. (...) Essa caracterização pode ser revertida a depender dos processos de consolidação que estão sendo inaugurados nos dois casos. Há níveis diferentes de acumulação, mas os dois processos necessitam de uma fase de consolidação. No entanto, os dois processos demonstram importante vitalidade, sujeitos sociais constituídos e capacidade de articulação”.

A Professora Jadete Lampert, em sua tese¹³, desenvolvida também nos anos de 2001 e 2002, contextualiza o momento em que as escolas médicas brasileiras estão sendo desafiadas a implementar, na sua realidade específica, as Diretrizes Curriculares Nacionais. Como diz a autora, “O estudo traz referências e instrumentos que podem contribuir na orientação do diagnóstico e acompanhamento das tendências de mudanças na escola médica ao implementar os programas curriculares. Pode, dessa forma, além de evidenciar um conjunto de áreas temáticas em eixos conceituais relevantes da educação médica, ser um auxiliar nas estratégias das escolas para implementar as mudanças recomendadas”.

Ao prefaciar o livro, a Professora Cecília Minayo, orientadora da autora, registrou que “Apesar de todas as complexas tendências conservadoras na formação e na prática médicas, o trabalho se dedica a pesquisar as vozes que se unem na vontade de transformação: busca seus sinais nos que evidenciam a crise que compromete o sentido explícito do papel da medicina; nos que questionam o modelo flexneriano, por não reconhecerem nele a resposta às necessidades sociais do país e nos que

¹³ Lampert, J.B. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia de escolas. HUCITEC, ABEM. Rio de Janeiro, 2002. 283p.

pensam e atuam dentro de uma lógica interdisciplinar, multiprofissional e articulada ao mundo da vida”.

Nas reflexões sobre a formação do médico na graduação ante as necessidades básicas de saúde da população foram reunidos cinco eixos conceituais de relevância que permeiam a construção e a execução dos programas curriculares. Esses eixos foram denominados: 1. enfoque teórico; 2. abordagem pedagógica; 3. cenários de prática; 4. capacitação docente; e 5. mercado de trabalho e serviços de saúde. Cada eixo está identificado em vetores (16), áreas temáticas que dão a direção de expansão nos encaminhamentos da prática do ensino médico na escola, balizando tendências.

Em suas Considerações Finais, a autora registra que “A adequada formação médica para atender às necessidades básicas de saúde da população tem como base de comparação a forma tradicional de ensinar medicina no modelo flexneriano hegemônico. Ao não responder adequadamente às atuais reivindicações em saúde, esse modelo é contraposto pela construção do novo paradigma, o da integralidade, que tem inspirado propostas curriculares inovadoras e avançadas em algumas escolas médicas brasileiras. O paradigma da integralidade vai impregnando discursos e propostas de políticas de saúde e educação, tendo na homologação das Diretrizes Curriculares para a Medicina sua mais recente manifestação. (...) O quanto o paradigma da integralidade se traduz em propostas curriculares implementadas nos cursos de graduação foi objeto deste estudo, que abalizou tendências em algumas escolas brasileiras (...) visualizando o conjunto de ações nos cinco eixos conceituais relevantes na direção deste paradigma”.

A autora finaliza o livro dizendo que “Há sinais alvissareiros de reformas curriculares implementadas em algumas escolas, mas que são recentes e precisam, na sequência, ser consolidadas (...) mostra um longo caminho a ser percorrido pelos atores sociais comprometidos com a construção e implementação dos currículos de graduação em uma concepção reflexiva e crítica da realidade (...) não se trata de um processo linear e nem isento de retrocessos. As diferentes etapas de desenvolvimento das escolas, as diferenças de compreensão das mudanças, as variadas formas de organização curricular teórico-prática e das estratégias de sua implementação, exigem acompanhamento cuidadoso das autoridades e instituições que acreditam ser possível realizar transformações da formação

médica, em prol de sua adequação aos problemas primordiais de saúde da população. (...) Finalmente não poderia terminar sem mencionar a tensão que sofre o setor saúde, influenciando fortemente a formação médica, da linha de pensamento e ação neoliberal hoje dominante nos países ocidentais. Isso tem significado a adoção de esquemas e visões mercadológicas de todo o processo de trabalho médico e dos bens que giram em torno de sua prática, em contraposição à lógica da necessidade de saúde, ideologia que fundamenta a proposta constitucional do SUS”.

Este estudo da Professora Jadete evoluiu como instrumento e método no trabalho da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM/ABEM), que desenvolveu suas atividades no período 2006-2009, com a avaliação de tendências de mudanças em trinta escolas da área da saúde. Os resultados desse trabalho foram incorporados em um capítulo especial da segunda edição do livro da autora, já citado.

A Professora Gianna Perim em sua tese¹⁴, desenvolvida nos anos de 2006-2007, construiu a “pergunta de partida” para a investigação/tese que realizou, juntamente com professores e dirigentes do curso de medicina da UEL. Ela foi assim enunciada: “Os estudantes formados pela nova proposta curricular do curso de medicina da UEL apresentam bom desempenho quando comparados aos estudantes de outros cursos de medicina do país?”.

Em 2006, com quatro turmas formadas com base no novo currículo, implantado em 1998, esta era “a pergunta que não quer calar”, ouvida nas reuniões dos professores e estudantes e também nos encontros de educação médica realizados no País.

Como ex-coordenadora da Comissão de Avaliação Institucional da Universidade na década de 1990 e colaboradora da Comissão de Avaliação do Curso de Medicina, a Professora Gianna reunia as condições necessárias para contribuir de forma decisiva na construção do Sistema Integrado de Avaliação do Curso de Medicina da UEL – SIAMed. Além disso, acompanhou os demais processos avaliativos dos quais o curso de medicina participou naqueles anos, como o Mecanismo Experimental de Credenciamento – MEXA – dos Cursos de Medicina, no âmbito do Setor

¹⁴ Perim, G.L. Avaliação da educação superior: uma realidade na educação médica. Tese apresentada na UNICAMP, 2007. 285p, mimeo.

Educacional do MERCOSUL e o Projeto de Avaliação das Tendências de Mudanças das Escolas Médicas, coordenado pela ABEM.

Orientada pelo Professor José Dias Sobrinho, renomado especialista na área da avaliação educacional, acompanhou de perto as discussões e iniciativas que aconteceram no início dos anos 2000, que resultaram na aprovação da nova proposta de avaliação da educação superior nacional, ocorrida em 2003, e que culminaram com a implantação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, pelo Ministério da Educação em 2004.

Nesse contexto, diz a Professora Gianna, “Não basta adotar novas metodologias de ensino ou promover mudanças curriculares, ainda que estas estejam amparadas em processos participativos. É preciso ousar! (...) É preciso romper com o modelo tradicional e combinar iniciativas que se traduzam em uma grande transformação. (...) O curso teve a ousadia necessária para enfrentar esse desafio e implantar um currículo integrado que extinguiu disciplinas, rompeu com a dicotomia teoria e prática, introduziu novos cenários de ensino, tornou o estudante sujeito do processo de ensino-aprendizagem, capacitou docentes, adotou nova concepção de avaliação, fortaleceu ideias, rompeu com a estrutura institucional, conquistou estudantes, favoreceu relações, avançou, recuou, enfrentou resistências (continua enfrentando), e se projetou no cenário nacional. Enfim, transformou a formação do futuro médico”.

Na continuidade, escreveu a autora: “Este é um processo permanente de mudança que precisa ser acompanhado e avaliado. (...) Com esse desafio e acompanhando as discussões no âmbito nacional sobre a avaliação da educação superior, que resultaram na implantação do SINAES, surgia naquele momento a oportunidade de vivenciar uma experiência de avaliação democrática, participativa e formativa. (...) Mais do que acompanhar a avaliação de um curso de graduação, o que se configurou foi a possibilidade de participar ativamente de um processo de avaliação de um curso em transformação, que desenvolve um novo projeto de educação superior. (...) Para entender a complexidade dessa problemática, procurou-se contextualizar a avaliação na Educação Superior brasileira e a avaliação da Educação Médica, chegando na avaliação do curso, complementada pela análise do desempenho de seus estudantes em comparação com estudantes de outras escolas médicas do país”.

A Professora Gianna finaliza seu trabalho dizendo que

“Considerando os resultados apresentados, pode-se dizer que os estudantes de medicina da UEL não só apresentam bom desempenho quando comparados com grupos de escolas médicas que utilizam ou não metodologias ativas, como apresentam bom desempenho quando comparados com as escolas que obtiveram as melhores médias no ENADE. Se a metodologia de ensino era uma preocupação, no sentido de prejudicar o desempenho dos estudantes frente a egressos de outras escolas médicas, o estudo demonstrou que isso não procede”.

A autora, no entanto, enfatiza seu compromisso com a objetividade científica e acrescenta que “Os resultados obtidos são indicadores importantes em um processo educacional, mas com certeza insuficientes para garantir uma formação qualificada. Na educação médica os parâmetros para uma boa formação extrapolam os limites da Universidade e exigem a compreensão das necessidades de saúde da população no contexto do SUS. (...) Pode-se concluir, analisando os resultados dos estudantes da UEL, que estes superam e muito os resultados da média nacional, superam a média dos grupos estudados e equivalem aos resultados dos estudantes das melhores escolas do país, considerados os resultados do SINAES. Daí a dizer que o curso da UEL forma bons profissionais, é preciso um olhar mais ampliado, que remete à perspectiva da avaliação institucional, onde a qualidade é analisada considerando múltiplos referenciais e os resultados no ENADE passam a ter sua importância relativizada”.

Da mesma forma que as outras autoras citadas, a Professora Gianna apontou que as mudanças no curso superaram os dois planos iniciais de profundidade, o que “o coloca em uma posição de vanguarda no País”. Mas faz questão de também apontar que “Apesar dos resultados positivos do processo de avaliação, que fortaleceram a proposta curricular e, em consequência, a concepção de educação contida na mesma, é importante ressaltar que há sinais de desgaste na proposta. Embora muito significativas no conjunto, demonstrando que é um caminho sem volta, em alguns campos as mudanças ainda precisam ser consolidadas, e em todos precisam ser permanentemente acompanhadas, avaliadas e alimentadas para que se mantenham e se renovem. Em qualquer processo educacional isso seria necessário. Na implementação de uma inovação educacional de grande amplitude como a adoção das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, e demais mudanças introduzidas pelo curso que geram conflitos, isso se torna imprescindível”.

Esse estudo, ainda pouco difundido no interior do movimento de educação médica, contribuiu para ampliar e aprofundar a compreensão do papel da avaliação nos processos de mudança da Educação Superior e, particularmente, da Educação Médica.

Nesses 12 anos, além desses estudos, de maior fôlego e com graus de profundidade condizentes com sua condição de pesquisas/teses de doutorado, outros seguramente foram realizados, que não chegaram a ser do nosso convívio, afora as centenas de pesquisas publicadas nas revistas científicas, em especial na Revista Brasileira de Educação Médica e milhares de trabalhos foram apresentados nos eventos regionais, nacionais e internacionais de educação médica.

A vitalidade desse campo de conhecimento e a capacidade de articulação e força política de seus principais atores resultaram na criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde. Por meio dessa estrutura, várias iniciativas de políticas públicas vêm sendo desenvolvidas, algumas contando com o apoio e participação da área de recursos humanos da OPAS. Para citar algumas, destacamos: Promed, formação de Ativadores de processos de mudança, Pró-Saúde, PET-Saúde, Faimer, entre outros.

Encerramos reafirmando que é importante termos conhecimento dos avanços verificados nesses anos. Principalmente para não perdermos de vista que ainda há muito para ser feito. Ainda é muito grande o número de professores e estudantes refratários às mudanças, aos novos princípios e valores educacionais, em especial às metodologias ativas de ensino-aprendizagem, aos novos cenários e às novas modalidades de avaliação.

Também os sistemas locais de saúde são em geral pouco receptivos às parcerias com as escolas. A presença de estudantes e professores é vista ainda com reservas. Os serviços de saúde não se enxergam como parte do processo formativo. Isso sem esquecer a crise que insidiosamente vem tomando conta do SUS. Nos últimos anos e, com especial ênfase nos últimos meses, o agravamento das condições de funcionamento dos serviços públicos de saúde está atingindo patamares jamais alcançados. O fato acontece não só nas regiões metropolitanas. Também nos pequenos municípios e nas cidades de porte médio, como é o caso de Londrina e de Marília, cidades que dispõem de boas estruturas de saúde e de bons cursos de graduação na área. Ambas encontram-se em estado de

calamidade pública na saúde! Se é inestimável o prejuízo que essa situação vem causando para a saúde da população, podemos também acrescentar as consequências danosas, ainda não totalmente percebidas, para os processos de formação dos médicos e dos demais profissionais de saúde.

Também há ainda uma insuficiente compreensão sobre a natureza e a profundidade das mudanças que as Diretrizes Curriculares preconizam. Por vezes, não se registram distinções entre modificações pontuais e as de maior profundidade. Muitos dirigentes universitários, professores, estudantes, gestores e profissionais dos serviços de saúde não se dão conta do impacto qualitativamente distinto que acontece no âmbito dos serviços prestados à população, segundo o grau de profundidade das mudanças, se meras inovações, se reformas limitadas ou se transformações em profundidade.

Esses limites, como outros, persistem mesmo na vigência das Diretrizes Curriculares, que preconizam avanços além do que se tem obtido. Não se trata, portanto, de gastar tempo investindo em modificar as Diretrizes Curriculares. O momento é de compor as estratégias para sua implantação e desenvolvimento, sempre mutáveis, pois precisam estar sintonizadas com as conjunturas políticas e com os contextos institucionais.

Apesar de tudo, felizmente avançamos. Tanto assim que propusemos alterar o subtítulo do livro. Ao invés de “Possibilidades de Mudança”, como consta da primeira edição, optamos por “A mudança é possível!” Alguns amigos, velhos amigos, orientadores de muitos anos, consultados, chegaram a sugerir “Sim, a mudança é possível!” (Professor Mario Chaves, um dos autores da Apresentação da primeira edição) ou “A mudança é mais que possível, é essencial!” (Professor José Roberto Ferreira, coautor do Prefácio da edição de 1999). Não me senti à vontade com essas alternativas. Não sou/estou tão convencido assim... O Professor Mario e o Professor José Roberto continuam os lutadores aguerridos de sempre. Mas como demonstração de que também continuo um “otimista incorrigível”, como dizia o saudoso Professor Carlos Gentile de Mello, concordo em aproveitar os pontos de exclamação das sugestões de ambos. Assim, o título desta segunda edição foi escolhido, também democraticamente, como produto da construção de alianças e na companhia de gente que prezo.

Finalizamos agradecendo a participação e contribuição do Professor João Campos, amigo de muitos anos e que, não fosse sua

insistência e persistência, não teríamos nos animado a mais essa tarefa. O Professor João, além de ser um dos principais responsáveis pelas decisões tomadas nos momentos de crise dos estertores do velho currículo, entre 1992 e 1998, é um dos professores que tem a competência de manter sempre a chama acesa das novas qualidades construídas no curso de medicina da UEL nos últimos 20 anos. Se aquele poema do Brecht (Todos os homens são importantes, mas alguns são imprescindíveis.) precisar algum dia de um símbolo, o Professor João Campos pode ser visto como um forte candidato.

Londrina, outubro de 2011.

Marcio José de Almeida

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMZÓN, M.; ROVERE, M. **Procesos de formación en salud**. Buenos Aires, 1997. 6 p. mimeo. (Presentado en el Taller "Formación de recursos humanos", de ALAMES).
- ABREU JUNIOR, L. **Conhecimento transdisciplinar: o cenário epistemológico da complexidade**. Piracicaba: Unimep, 1996. 203p.
- ALMEIDA FILHO, N. A clínica, a epidemiologia e a epidemiologia clínica. *PHYSIS*, v. 3, n. 1, 1993.
- ALMEIDA FILHO, N. **A clínica e a epidemiologia**. Salvador: APCE-ABRASCO, 1992. 164p.
- ALMEIDA FILHO, N.; PAIM J. S. **A saúde coletiva e a nova saúde pública: novo paradigma ou velha retórica?** Salvador, 1997. (Texto para discussão, comissionado pela OPS).
- ALMEIDA, C. M. **As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?** Rio de Janeiro, 1995. 437p. Tese (Doutorado) - ENSP/FIOCRUZ.
- ALMEIDA, M. J. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. **Olho Mágico**, v. 3, n.4, 1997.
- ALMEIDA, M. J. Ordenação pelo SUS da formação de recursos humanos em saúde: contribuição da Rede UNIIDA para a regulamentação do inciso III, artigo 200 da Constituição Federal. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.12, p.34-35, jul. 1996.
- AMARAL, J. L. Recursos humanos para o SUS: opção pela articulação entre os profissionais de saúde, docente e discente, usuários e gestores, a CINAEM, os Projetos UNI, os conselhos de saúde e a sociedade civil. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.12, p.56-59, jul. 1996.
- ANDRADE, J. **Marco conceitual de la educación médica en la America Latina**. Washington: OPS, 1979. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, 28).
- ANDRADE, J. Problemas y perspectivas de la planificación de recursos humanos para la salud en la America Latina. **Educación Médica y Salud**, v.7, n.3/4, p.253-264, 1973.
- AROUCA, A. S. S. **O dilema preventista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Campinas, 1975. 261p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

- ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. The objectives of undergraduate medical education, eight revision, 1953. **Journal of Medical Education**, v.28, n.3, p.57-59, 1994.
- AYERS, W. R. International fellowship in medical education. **Changing: Medical Education and Medical Practice**, n.11, p.22-23, jun. 1997.
- BARATA, R. B. Epidemiologia clínica: nova ideologia médica? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.550-560, 1996.
- BARROWS, H. S. The problems and responsibilities of leadership in educational innovation. **Newsletter**, n.27, 1997.
- BARTOSZEK, A. Promovendo a aprendizagem de ciências médicas básicas (neurofisiologia) por resolução de problemas (PBL). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.20, n.2/3, p.13-17, maio/dez. 1996.
- BELACIANO, M. I. O SUS deve aceitar este desafio: elaborar proposições para a formação e capacitação de recursos humanos em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.12, p.29-33, jul.1996.
- BELMARTINO, S. et al. **Corporación médica y poder en salud: Argentina, 1920-1945**. Rosario: Cess, 1988.
- BERBEL, N. A. N. Currículo médico e compromisso social. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.9, p.59-64, 1994.
- BERLINGUER, G. **Questões de vida: ética, ciências, saúde**. Salvador: APCE, 1991. 218p.
- BID. **Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una agenda regional para la reforma del sector salud**. Washington, 1995. 22p. mimeo.
- BODSTEIN, R. C. Ciências sociais e saúde coletiva: novas questões, novas abordagens. **Cadernos de Saúde Pública**, v.8, n.2, p.140-148, 1992.
- BOELEN, C. **Educação médica**. Miami, setembro 1997. Entrevista concedida a Marcio José de Almeida.
- BOELEN, C. Interlinking medical practice and medical education: prospects for international action. **Medical Education**, v.28, suppl.1, p.82-85, 1994.
- BOELEN, C. The five star doctor. **Changing Medical Education Practice**. n.3, p.1, jun. 1993.
- BOELEN, C. et al. **Developing protocols for change in medical education: report**. Geneva: WHO, 1995. 32p. (WHO/HRH/95.5).
- BOELEN, C. et al. **Towards the assessment of quality in medical education**. Geneva: WHO, 1992. 34p. (WHO/HRH/92.7)
- BOELEN, C.; HECK, J. E. **Defining and measuring the social accountability of medical schools**. Geneva: WHO, 1995. 31p. (WHO/HRH/95.7).
- BOK, D. Needed: a new way to train doctors. In: SCHMIDT, H.G. et al. **New directions for medical education: problem-based learning and community-oriented medical education**. New York Springer-Verlag, 1989. Cap.2, p.17-38.
- BOTOMÉ, S. P. **Pesquisa alienada e ensino alienante: o equívoco da extensão universitária**. Petrópolis: Vozes, 1996. 248p.

- BOUHUIJS, P. A. J.; SCHMIDT, H. G.; VAN BERKEL, H. J. M. (Ed.). **Problem-based learning as an educational strategy**. Maastricht, 1993.
- BRAGA, E. Editorial. **Educación Médica y Salud**, v.1, n.3, p.173-175, 1967.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Documentos de ensino médico**. 3.ed. Brasília, 1989. 204p.
- BRITO, P. La Universidad y las prácticas de salud en el contexto actual de America Latina. In: YEPEZ, P. (ed.) **Conferencia integrada universidade latinoamericana y salud de la población**: informe de los nucleos latinoamericanos da Conferencia Integrada. La Habana-Cuba 3-7 junio de 1991. [Caracas]: UDUAL/ALAFEM/ALADEFE/OFEDO/OPS, 1991. p.107-117.
- BYRNE, N.; ROZENTAL, M. Tendências actuais de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. **Educación Médica y Salud**, v.28, n.1, p.53-93, 1994.
- CAMPOS, G. W. S. La construcción de un proyecto neoliberal para la salud en Brasil: los médicos como cemento en la argamasa conservadora. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) **Estado y políticas sociales en America Latina**. México: UNAM, 1992. p.209-219.
- CAMPOS, G. W. S. **Os médicos e a política de saúde**: entre a estatização e o empresariamento: a defesa e a prática liberal da medicina. São Paulo: Hucitec, 1988. 214p.
- CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Hucitec, p.29-87, 1994.
- CARDONA, A. Las políticas de salud en Colombia. In: OPS. **Estado, economia y salud en America Latina a principio de los años noventa**. Washington, 1996. p.76-82.
- CECILIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CHAVES, M. M. **Educação médica**. Rio de Janeiro, junho de 1997. Carta pessoal enviada a Marcio José de Almeida.
- CHAVES, M. M. Integração docente-assistencial: conceito e evolução histórica. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE IDA-BRASIL, 2, São Paulo, 1993. **Anais...** Salvador: UFBA, 1993. p.9-19.
- CHAVES, M. M. **Saúde e Sistemas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1978.
- CHAVES, M. M. **Saúde**: uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1982.
- CHAVES, M. M. et al. **Cambios en la educación médica**: analisis de la IDA en America Latina. Caracas: FEPAFEM, 1984. 161p. (Publicación, 3).
- CHAVES, M. M.; KISIL, M. Conceituação dos Projetos UNI. In: KISIL, M.; CHAVES, M. M. **Programa UNI**: Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994. Cap.2, p.13-23.
- CHAVES, M. M.; ROSA, A. R. **Educação médica nas Américas**: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez, 1990. 209p.
- COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. **Avaliação do ensino médico no Brasil**: relatório geral 1991-1997. [Brasília], 1997. 112p.

- CONFERENCIA INTEGRADA UNIVERSIDADE LATINOAMERICANA Y SALUD DE LA POBLACIÓN, 3-7 junio 1991, La Habana, 1991. **Memórias**. [Caracas]: UDUAL/ALAFEM/ALADEFE/UFEDO/OPS, 1991. 372p.
- CONFERÊNCIA Mundial de Educação Médica: seis temas principais para as reuniões nacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.10, n.3, p.157-169, 1986.
- CONSUL. **Síntese das atividades do Conselho de Saúde da Região Sul**. Londrina, 17p, mimeo, 1997.
- COUTINHO, C. N. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: FLEURY, S. (Org.) **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p.47-60.
- CRITICAL resource: health workers. In: PAHO. **Pro salute novi mundi**: a history of the Pan American Health Organization. Washington, 1992. p.172-181.
- CYRINO, A. P.; CYRINO, E. G. Integrando comunicação, saúde e educação: experiência do UNI-Botucatu. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.1, n.1, p.157-168, 1997.
- DAVINI, M. C. Educación permanente y problematización de la práctica: caminos metodológicos. In: HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS, 1994. p.109-126 (Serie Desarrollo de Recursos Humanos n.100).
- DES MARCHAIS, J. Priorities for future action in the "network". **Changing Medical Education**, n.4, p.14, dec.1993.
- DONNANGELO, M. C. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975. 174p.
- DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- ENARSON, C.; BURG, F. D. An overview of reform initiatives in medical education, 1906 through 1992. **JAMA**, v.268, n.9, p.1141-1193, 1992.
- ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998.
- EZZAT, E. From the secretary general desk. **Newsletter**, v.25, p.2, jun.1996.
- FARINA, S. **Estatuto poético**: uma proposta metodológica de leitura analítica e interpretativa. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1996, 252p.
- FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema saúde. **Dados**: Revista de Ciências Sociais, v.33, n.2, p.257-283, 1990.
- FEDERAÇÃO PANAMERICANA DE FACULDADES E ESCOLAS DE MEDICINA/OPS. **Los cambios de la práctica médica y su influencia sobre la Educación Médica**. [Washington], 1993. mimeo.
- FERREIRA, J. R. **Informe de viaje**. Washington: OPS, 1993. 14p. mimeo.
- FERREIRA, J. R. **Pesquisa em educação médica**. [Washington], 1990. 10p. mimeo.
- FERREIRA, J. R. et al. Recapitulación y análisis de la reunión de Quebec. In: OPS. **Salud**

- Internacional:** un debate norte-sur. Washington: OPS, 1992. p.xv-xxx. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, 95).
- FERREIRA, J. R. **Educación médica en el contexto del desarrollo socioeconómico y de salud.** Washington, 1988. 13p. mimeo.
- FERREIRA, J. R. A educação médica na América Latina 20 anos após o estudo de Juan Cesar Garcia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.16, p.11-15,1992.
- FERREIRA, J. R. Análisis prospectiva de la educación médica. **Educación Médica y Salud**, v.20, n.1, p.26-42, 1986.
- FERREIRA, J. R. **Educación médica.** Rio de Janeiro, junho e agosto de 1997. 9 fls. Entrevistas concedidas a Marcio José de Almeida.
- FERREIRA, J. R. Educación, práctica médica y necesidades sociales. Una nueva vision de calidad. In: OPS. **Educación, práctica médica y necesidades sociales:** una nueva vision de calidad. Washington : OPS, 1995. p.9-18.
- FERREIRA, J. R. et. al. El análisis prospectivo de la educación médica en America Latina. **Educación Médica y Salud**, Washington, v.22, n.3, 1988.
- FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil.** São Paulo: HUCITEC/REDE UNIDA, 1998.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de Rhs com base nas experiências IDA/UNI. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.12, p.24-28, jul. 1996.
- FLEURY, S. **Estado sem cidadãos:** seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 251p.
- FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada:** a report to the Carnegie Foundation for the advancement teaching. New York: Carnegie Foundation, 1910.
- FREIDSON, E. **Professional dominance, the social structure of medical care.** Chicago: Aldine Publishing, 1970.
- FRIEDMAN, C. P. et al., Charting the winds of change: evaluating innovative medical curricula. In: ENGEL, C.; SCHMIDT, H.; VLUGGEN, P. (Ed.) **Annals of Community-oriented education** Maastricht, 1992. v. 5, p. 167-179.
- FUNDAÇÃO KELLOGG. **Avaliação de Cluster Projetos UNI 2:** informe do segundo período. [São Paulo], 1997a. 40p.
- FUNDAÇÃO KELLOGG. **Evaluación del Cluster UNI 1:** informe del 3er. período. Buenos Aires, 1997b. 83p.
- FUNDAÇÃO KELLOGG. **Evaluación del conjunto de Proyectos UNI. Cluster UNI:** informe del primer período. [São Paulo], 1995a. 101p.
- FUNDAÇÃO KELLOGG. **Evaluación del conjunto de Proyectos UNI. Cluster UNI:** informe del primer período - apendice I - Precisiones conceptuales acerca del modelo evaluativo. [São Paulo], 1995b. 28p.
- FUNDAÇÃO KELLOGG. **UNI Program:** a progress report. [São Paulo], 1997c. 29p.
- GALLO, E. Inovação, planejamento estratégico e gestão de qualidade nas escolas médicas brasileiras. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n.19, 1996.

- GARCIA, J. C. **La educación médica en la America Latina.** Washington: OPS, 1972. (Publicación Científica, 255).
- GARRAFA, V. **Dimensão da ética em saúde pública.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1995. 62p.
- GIL, C. R. R. **Municipalismo em saúde.** Londrina, 1997a. (Informação sobre as discussões do XIII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado em Brasília de 14 a 17/05/97).
- GIL, C. R. R. et al. **Algumas reflexões sobre o desenvolvimento do projeto UNI Londrina:** a visão do componente serviços. Londrina, 16p, mimeo, 1997b. 16 p. mimeo.
- GODUE, C. La salud internacional en las escuelas de salud publica en los Estados Unidos. In: OPS. **Salud internacional:** un debate norte-sur. Washington: OPS, 1992. p.117-131.
- GONZALEZ R. M. J. **Monitoreo de las reformas del sector salud en las Americas:** situación inicial. Pittsburgh, 1996. 31p. mimeo.
- HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud.** Washington: OPS, 1994. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, n.100).
- HART, I. R. Aprendizagem baseada em problemas na medicina: as visões atuais e os desafios de amanhã. **Changing Educação e Prática Médica,** n.7, p.30-31, jun.1995.
- ITO, A. M. Y. et al. **Desenvolvimento de um novo modelo acadêmico na educação dos profissionais de saúde no contexto do Prouni-LD (1991-97):** Sistematização e reflexões teórico-metodológicas. Londrina, 1997. 35 p. mimeo.
- IZQUIERDO, J. A comunidade como componente essencial dos Projetos UNI. In: KISIL, M.; CHAVES, M. M. **Programa UNI:** Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994. Cap.5, p.51-61.
- KISIL, M. **A comparative assessment of the ATS projects in Latin America and their impact on the health sector.** Washington, 1985. Thesis (Doctor of Public Administration) - George Washington University.
- KISIL, M.; CHAVES, M. M. Linking the university with the community and its health system. **Medical Education,** v.28, p.343-349, 1994a.
- KISIL, M.; CHAVES, M. M. (Ed.) **UNI Program.** Maastricht, 1996.
- KISIL, M.; CHAVES, M. M. **Programa UNI:** Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994b. 125p.
- KOMATSU, R. (Ed.) **Guia do processo ensino-aprendizagem. Aprendendo a aprender.** Marília : Faculdade de Medicina de Marília, 1997. 50p.
- L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Públ.,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-90, 1994.
- LALONDE, N. **A new perspective in the health of Canadians:** a working document. Ottawa: Governo do Canadá, 1974. 28p.
- LAYSECA, C. V. Universidad y sociedad. In: OPS. **Encuentro continental de educación médica.** Montevideo: OPS/OMS, 1997. p.73-81.
- LIP, C. Los cambios en la educación médica y sus implicaciones. El caso del Peru. **Educación Médica y Salud,** v. 28, n.1, p. 94-124, 1994.

- LOUREIRO, S. Conceitos e estratégias de integração com os serviços de saúde através do desenvolvimento de Sistemas Locais de Saúde (SILOS). In: KISIL, M.; CHAVES, M. M. **Programa UNI: Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde.** Battle Creek : Fundação W. K. Kellogg, 1994. Cap.4, p.37-49.
- MAJLOOR, G. News from the secretariat. **Newsletter**, n.25, p.4, jun. 1996.
- MALIK, A. M. Qualidade em serviços de saúde nos setores públicos e privados. **Cadernos Fundap**, n.1. p.7-24, jan./abr. 1996.
- MARSIGLIA, R. G. **Relação ensino/serviços:** dez anos de integração docente-assistencial IDA no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995.
- MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** Brasília, 1993. 2v. (Série IPEA, 143).
- MEDICI, A. C. Saúde e crise na América Latina: impactos e políticas de ajuste. **Revista de Administração Pública**, v.23, n.3, p.7-98, maio/jul. 1989.
- MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica:** suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte: PUC, 1984. 124p.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.
- MISOCZKY, M. C. A. Integração docente assistencial: perspectivas frente ao sistema único de saúde. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE IDA BRASIL, 2, São Paulo, 1993. **Anais...** Salvador: UFBA, 1993. p.13-28. Trabalhos Premiados.
- MOTTA, P. R. O processo de mudança organizacional. In: KISIL, M.; CHAVES, M. M. **Programa UNI: Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde.** Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994. Cap.8, p.87-97.
- NAJERA, R. M. Educación y nivel de salud de la población. In: YEPEZ, P. (Ed.) **Conferencia integrada universidade latinoamericana y salud de la población:** informe de los nucleos latinoamericanos da Conferencia Integrada. La Habana-Cuba 3-7 junio de 1991. [Caracas]: UDUAL/ ALAFEM/ ALADEFE/OFEDO/OPS, 1991. p.29-35.
- NEUFELD, V. R.; BARROWS, H. S. The “MacMaster Philosophy”: an approach to medical education. **Journal of Medical Education**, v.49, n.11, p.1040-1050, nov. 1974.
- NOGUEIRA, R. P. **Conceitos e princípios para programas de gestão da qualidade em serviços de saúde.** Rio de Janeiro, 1993a. mimeo.
- NOGUEIRA, R. P. **Os médicos e a gestão da qualidade em saúde:** superando a Herança Flexneriana? Rio de Janeiro, 1993b. mimeo.
- NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M.; KISIL, M. **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde:** avaliação para a transformação. Washington: OPS, 1995. 504p. (HSS/Silos 16/24).
- NUNES, E. D. (Org). **Juan Cesar Garcia:** pensamento social em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Cortez/ABRASCO, 1989. 238p.
- OLIVEIRA, J. A. Consideraciones sobre el seminario “salud y politicas sociales en America Latina”. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) **Estado y politicas en America Latina.** México: UNAM, 1992. p.357-375.

- OMS/OPS. **Progreso de las actividades de reforma del sector salud.** Washington, 1996. 21p. mimeo.
- OPS. **Educación, práctica médica y necesidades sociales:** una nueva visión de calidad. Washington: OPS, 1995. 78p. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 102).
- OPS. **Encuentro Continental de Educación Médica.** Montevideo: OPS/OMS, 1997. 514p.
- OPS. **La crisis de la salud pública:** reflexiones para el debate. Washington: OPAS, 1992a. 280p. (Publicación Científica, 540).
- OPS. Uma proposta de gestão de qualidade em educação médica. In: SANTANA, J. P.; ALMEIDA, M. J. **Contribuições para a gestão de qualidade em educação médica.** Brasília, 1994b. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, 7).
- OPS. As transformações da profissão médica e sua influência sobre a educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.16, n.1/3, p.48-52, 1992b.
- OPS. **Desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública en la region de las Americas (1990-1995).** Washington, 1996b. 100p. mimeo.
- OPS. **Enseñanza de la medicina preventiva y social:** 20 años de experiencia latinoamericana. Washington: OPS, 1976. (Publicación Científica, 234).
- OPS. **Estado, economía y salud en America Latina a principio de los años noventa.** Washington, 1996a. 217p. (Série Informes Técnicos, 53).
- OPS/ALAFEM/FEPAFEM/NETWORK. **Educación médica permanente en beneficio de la equidad y calidad de la respuesta social en salud en America Latina y el Caribe:** propuesta cooperativa. Washington, 1996. 23p.
- OPS/CEPAL. **Salud, equidad y transformación productiva en la America Latina y el Caribe.** Washington, 1994. Mimeo.
- OPS/OMS. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Santiago de Chile, 2 - 9 de octubre de 1972). Informe Final. Plan Decenal de Salud. Washington, Doc. Oficial, n.118, 1973.
- PAGANINI, J. M.; NOVAES, H. M. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud:** el hospital público tendencias y perspectivas. Washington: OPS, 1994. 320p. (HSS/Silos 39).
- PAGANINI, J. M.; CAPOTE MIR, R. **Sistemas locales de salud.** Washington: OPS, 1990. (Publicación Científica, 519).
- PAIM, J. S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade? **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 14, p.59-65, ago. 1996.
- PAIM, J. S. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.9, n.3, p.207-215, 1985.
- PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil:** problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. (Ad-Saúde - Série Temática, 1).
- PERRONE, N. **Programa UNI - Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de la Salud:** memórias. [Buenos Aires], 1993. 67p.
- POSSAS, C. Estado, movimentos sociais e reformas na América Latina: uma reflexão sobre a crise contemporânea. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.2, n.1, p.185-201, 1992.

- POZO, E. C. Las conferencias de medicina organizadas por la ADUAL. In: CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DA AMERICA LATINA, 9, La Habana. 1976. **Anais...** México: ADUAL, 1977. p.55-59.
- PREVENTIVE Medicine in Medical School. Report of Colorado Springer Conference, November 1952. **Journal of Medical Education**, v.28, n.10, p.3, 1953.
- PROYECTO UNI-LEON. **Componente comunitario. Movimento comunal Leon**. Leon, 1997. 25p. mimeo.
- RANGEL, M. L.; VILASBÔAS, A. L. Rede UNIDA: breve histórico, concepção, organização e estratégias de ação. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.12, p.15-18, jul. 1996.
- REUNIÓN ESPECIAL SOBRE REFORMAS DEL SECTOR SALUD, 29 a 30 de septiembre, Washington, 1995. **Coletânea de trabalhos apresentados**. Washington: BID/BIRF/CEPAL/OEA/OPS/OMS/UNFPA/UNICEF/USAID, 1995.
- RICHARDS, R.; FÜLOP, T. **Innovative schools for health personnel**: report on ten schools belonging to the network of community-oriented educational institutions for health sciences. Geneva: WHO, 1987. 106p. (WHO offset publication, 12).
- RICHARDS, R.W. (Ed.) **Building partnerships**: educating health professionals for the communities they serve. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1996. 216p.
- RODRIGUEZ NETO, E. **Integração docente-assistencial em saúde**: origens, implicações e perspectivas. São Paulo, 1979. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo.
- RODRIGUEZ NETO, E. Reorientando o setor saúde no Brasil: desafios para a prática e a educação médicas. **Divulgação em Saúde para Debate**, v.14, p.66-74, 1996.
- RODRIGUEZ, M. I. Tendências de la educación médica en América Latina en los últimos quince años. **Las Profesionales en México**, Medicina. México, n. 3, 1990.
- RODRIGUEZ, M. I. **Educación médica**. El Salvador, março e agosto de 1997a. Cartas enviadas a Marcio José de Almeida.
- RODRIGUEZ, M. I. El programa de salud internacional de la Organización Panamericana de la Salud. In: OPS. **Salud internacional**: un debate norte-sur. Washington: OPS, 1992. p.133-151.
- RODRIGUEZ, M. I. **Notas de: "comentarios a la presentación del Prof. Cosme Ordóñez**: Integración de los Servicios de Salud, la Docencia y la Investigación Orientada a la Comunidad. Washington, 1983. 10p. mimeo.
- RODRIGUEZ, M. I. Toma de posición frente a las experiencias evaluativas en educación médica. In: OPS. **Encuentro Continental de Educación Médica**. Montevideo: OPS/OMS, 1997b. p.153-178.
- RODRIGUEZ, R. H. Cambios en la práctica médica frente a las transformaciones económicas-políticas y sociales que impactan en el sector salud. In: OPS. **Encuentro Continental de Educación Médica**. Montevideo: OPS/OMS, 1997. p.59-72.
- RODRIGUEZ-GARCIA, R.; GOLDMAN, AN. **The health-development link**. Washington: OPS, 1994. 189p.

- ROSA, A. R. O componente acadêmico dos Projetos UNI. In: KISIL, M.; CHAVES, M. M. **Programa UNI: Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde**. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994. Cap.3, p.25-36.
- ROVERE, M. **Educação médica**. Buenos Aires - Londrina, julho 1997. Entrevista concedida a Marcio José de Almeida.
- ROVERE, M. **Planificación estratégica de recursos humanos en salud**. Washington: OPS, 1993. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 96).
- ROVERE, M. Gestión estratégica de la educación permanente en salud. In: HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS, 1994. p.63-108 (Serie Desarrollo de Recursos Humanos n.100).
- SANDERS, J. Cluster evaluation. In: CHELIMSKY, E; SHADISH, N. R. (Ed.). **Evaluation for the 21st Century. A handbook**. Thousand Oaks-London – New Delhi: Sage Publications, 1997. p.396-404.
- SANDERS, J. et al. **Metaevaluation of the Kellogg Foundation UNI Cluster Evaluation**. Kalamazoo, 1997. 30p. mimeo.
- SANTOS, S. R. O aprendizado baseado em problemas (PBL). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.18, n.3, p.97-132, set./dez. 1994.
- SCHMIDT, H. G. et al. **New directions for medical education: problem-based learning and community-oriented medical education**. New York: Springer-Verlag, 1989. 300p.
- SCHMIDT, H. G. et al., Comparing problem-based with conventional education: a review of the University of Limburg Medical School Experiment. In: ENGEL, C.; SCHMIDT, H.; VLUGGEN, P. (Ed.) **Annals of community-oriented education**. Maastricht, v. 5, p. 193-207, 1992.
- SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista**. São Paulo: Hucitec, 1989. 133p.
- SCHRAIBER, L. B.; MEDICI, A. C.; GONÇALVES, R. B. M. El desafío de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos y tecnológicos. **Educación Médica y Salud**, v.28, n.1, p.20-52, 1994.
- SERRANO, G. M. Introducción. In: OPS. **Estado, economía y salud en America Latina a principios de los años noventa**. Washington, 1996.
- SILVA, P. L. B. Desarrollo de políticas de salud durante los años ochenta: el caso del Brasil. In: OPS. **Estado, economía y salud en America Latina a principios de los años noventa**. Washington, 1996. p.76-82.
- SOARES, D. A. et al. **Desenvolvimento da parceria e mudança institucional no projeto UNI de Londrina (1991-97): uma sistematização inicial**. Londrina, 1997. 14p. mimeo.
- SOBRAL, D. T. Retrospecto da cúpula de Edimburgo: subsídios para a educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.18, n.3, p. 103-110, set./dez. 1994b.
- SONIS, A. **Medicina sanitária y administración de salud**. Buenos Aires: El Ateneo, 1978. v.2, Cap.3: El enfoque sistémico en la administración de salud, p.118-136.

- TANCREDI, F. B. Improving health services and health profession education through community partnership. **Changing Medical Education**, n.8, p.19-20, dec. 1995a.
- TANCREDI, F. B. Institucionalização e sustentabilidade: desafios permanentes dos UNI. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 11, p.5-10, set. 1995b.
- TANCREDI, F. B. Quatorze diferenças entre Projetos IDA e UNI. **Uniletter**, v.1, n.2, 1995c.
- TANCREDI, F. B. **IDA e a reorganização das práticas sanitárias**. Salvador, 1995d. 13p. mimeo.
- TANCREDI, F. B.; KISIL, M. A estrutura do planejamento. In: KISIL, M.; CHAVES, M. M. **Programa UNI: Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde**. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994. Cap.7, p.69-85.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Política de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura e perspectivas. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.12, p.19-23, jul.1996.
- TERRIS, M. Análisis de la diferencia entre epidemiología y epidemiología clínica. **Rev. Fac. Nac. de Salud Pública**, Colombia, v. 12, n. 2, 1995.
- TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226p.
- TURINI, B.; BADUY, R. S. **Desenvolvimento comunitário**: reflexões sobre o papel do Prouni-LD. Londrina, 1997. 14p. mimeo.
- UDUAL. I Reunión del Consejo Directivo de ALAFEM realizada em Santiago em 29 e 30 de outubro de 1984. **Universidades**, v.98, p.250-253, 1984.
- UDUAL. **La Universidad Latinoamericana y la Salud de la población. Informe de los nucleos latinoamericanos**. Caracas, 1991. 343p.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Novo currículo do curso de medicina**. Londrina, 1997. 43p. mimeo.
- VENTURELLI, J. **Educación Médica**: nuevos enfoques, metas y métodos. Washington: OPS, 1997. 295p. (Série Paltex Salud y Sociedad 2000, n.5).
- VIDAL, C. A.; QUIÑONES, J. Integración docente-asistencial. **Educación Médica y Salud**, v.20, n.1, p.1-25, 1986.
- WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Planning**, v.9, n.4, p.353-370, 1994.
- WILKERSON, L. Book review. **Newsletter**, n.21, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A network of community-oriented educational institutions for health sciences**: report of the inaugural meeting held in Kingston, Jamaica, from 4 to 8 June 1979. Geneva, 1979. 17p. (HMD/79.4).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Changing Medical Education and Practice**: an agenda for action. Geneva, 1991. (WHO/EDUC/91.200).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Doctors for health. A WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all**. Geneva, 1996. (WHO/HRH/96.1).

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Increasing the relevance of education for health professionals.** Geneva, 1993. 29p. (WHO Technical Report Series, 838).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Innovative tracks at established institutions for the education of health personnel. An experimental approach to change relevant to health needs.** Geneva: WHO, 1987. (WHO Publication, 101).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Priorities at the interface of health care, medical practice and medical education.** Geneva, 1995. v.2.
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Global perspectives for medical education in the 21st century.** [Washington]: World Medical Association, 1991. 50p.
- WORLD SUMMIT ON MEDICAL EDUCATION, Edinburgh, 1993. **Medical Education**, v.28, suppl.1, 1994. [Proceedings].

Marcio José de Almeida é médico (UEL, 1973), com mestrado em medicina social (UERJ, 1979) e doutorado em saúde pública (USP, 1997). Enquanto estudante foi um dos fundadores e primeiro presidente do Diretório Central dos Estudantes (1972/1973).



Depois de formado, foi vice-presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes (1974/1975).

Exerceu os cargos de secretário de saúde do município de Londrina (1977/1980), deputado estadual (1983/1986), presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES (1987/1990), diretor do Centro de Ciências da Saúde da UEL (1991/1994), pró-reitor de pesquisa e pós-graduação, pró-reitor de ensino de graduação e vice-reitor da UEL (1998/2001), coordenador da Rede UNIDA de desenvolvimento de recursos humanos em saúde (2001/2006) e coordenador do curso de medicina da UEL (2004/2007).

Desde 2010 é professor-senior da UEL, com atuação no programa de pós-graduação em saúde coletiva e professor-colaborador dos cursos de medicina do Centro Universitário do Espírito Santo, UNESC, em Colatina e da PUCPR, em Londrina.

Atualmente realiza trabalhos na área de governança social e gestão pública para resultados. É vereador em Londrina desde março de 2011.

OUTRAS OBRAS DO AUTOR:

A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. (autor e org. com Laura Feuerwerker e Manuel Llanos), São Paulo, Buenos Aires, Editora Hucitec, Lugar Editorial e EDUEL, 1999, 2 volumes, português, espanhol, inglês. | **A universidade possível:** experiências de gestão universitária. (autor e org.), São Paulo, Cultura Editores Associados, 2001. 344p | **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde.** (org) Londrina, Rede UNIDA, 1.ª edição - 2003 e 2.ª edição - 2005. | Artigos publicados em revistas científicas nacionais e internacionais: <http://lattes.cnpq.br/3355695980209598>

Editora



Coedição



ISBN 978-85-99530-03-0



9 788599 530030

