

CONCURSO DE MONOGRAFIAS

Prof. Dalgimar Beserra de Menezes

EDUCAÇÃO MÉDICA Programa de Saúde da Família Novas escolas de Medicina

Vol. IV

CONCURSO DE PROF. DALGIMAR BESERRA DE MENEZES MONOGRAFIAS

© by Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

Capa

Júlio Amadeu, Fred Miranda e Zinho da Gangorra

Editoração eletrônica

Júlio Amadeu

Coordenação editorial

Dalgimar Beserra de Menezes

Ficha Catalográfica Bibliotecária Perpétua Socorro Tavares Guimarães CRB 3 801/98

M 541c Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará - CREMEC

Concurso de Monografias- Prof. Dalgimar Beserra de

Menezes./ Dalgimar Beserra de Menezes [editor e organizador].

- Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2009.

412 p. il.

ISBN: 978-85-7563-416-5

1. Medicina- monografias

I. Menezes, Dalgimar Beserra

II. Título

CDD: 600

Trabalhos referentes aos concursos dos anos 2005, 2006 e 2007.

Direitos reservados. Proibida a publicação, tradução ou reprodução, no todo ou em parte, sem a autorização escrita dos organizadores.



EDUCAÇÃO MÉDICA PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVAS ESCOLAS DE MEDICINA

Fortaleza - Ceará 2009

Vol. IV

DIRETORIA DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ

Ivan de Araújo Moura Fé Presidente

Lucio Flávio Gonzaga Silva Vice-Presidente

Lino Antonio Cavalcanti Holanda Secretário Geral

Dalgimar Beserra de Menezes 1º Secretário

Rafael Dias Marques Nogueira 1º Tesoureiro

Valéria Góes Ferreira Pinheiro 2ª Tesoureira

> José Albertino Souza 1º Corregedor

Fernando Queiroz Monte 2º Corregedor

Maria Neodan Tavares Rodrigues 1ª Diretora de Fiscalização

José Málbio Oliveira Rolim 2º Diretor de Fiscalização

Roberto Wagner Bezerra de Araújo Ouvidor

APRESENTAÇÃO

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará está lançando o quarto volume dos trabalhos concorrentes ao "Prêmio Professor Dalgimar Beserra de Menezes". Criado com o intuito de estimular a reflexão dos médicos e estudantes de Medicina sobre temas de ética médica, bioética e políticas de saúde, o Prêmio tem dado origem a monografias de importante conteúdo. O que fica patente nos trabalhos da presente obra, os quais versam sobre assuntos particularmente caros entre nós: o Programa de Saúde da Família (PSF), por um lado, com análises referentes às razões do surgimento deste "programa", sua importância para a saúde da população e os problemas que enfrenta para se consolidar e alcançar a amplitude e o grau de resolutividade previstos em sua concepção. O PSF, instituído, no plano nacional, em 1994, significa provavelmente a mais importante iniciativa já adotada entre nós em termos de ampliação do acesso às ações de saúde por parte da população de localidades as mais distantes deste país. Contribui, assim, para a consolidação do Sistema Unico de Saúde e para reduzir a distância em relação ao cumprimento da meta constitucional de saúde como um direito de todos os cidadãos. Necessita, porém, de aprimoramento, o que certamente terá que incluir medidas relacionadas com a própria formação médica, uma vez que se constata um descompasso entre o modelo tendente para a especialização médica precoce, prevalente em muitos cursos de Medicina, e a proposta de um trabalho que priorize a prevenção dos agravos à saúde e a promoção de ações de educação em saúde, em diálogo salutar e permanente com a população. Não se pode ignorar, ademais, todo um conjunto de fatores que dificultam a fixação dos médicos na região interiorana.

Na outra vertente, as Novas Escolas Médicas, surgidas nas últimas décadas em ritmo acelerado, muitas vezes sem a devida consideração para a necessidade social de tais cursos, fazendo com o Brasil se tornasse um dos maiores, senão o maior detentor de Faculdades de Medicina do mundo. O que deu margem para não poucas acusações de que, em vez de uma iniciativa no sentido de minorar a suposta carência de médicos no país, ou de contribuir para o aprimoramento do ensino médico, muitos dos novos

cursos, a maioria dos quais na esfera da iniciativa privada, na verdade eram um negócio rendoso. Algumas perguntas, portanto, se impõem: há falta de médicos no Brasil, mesmo considerando que já temos entre nós 330.000 profissionais da Medicina? Ou teremos que estudar com mais atenção as razões de esses profissionais se fixarem preferencialmente nos maiores centros urbanos e evitarem os rincões mais distantes e atrasados, onde muitas vezes é quase impossível exercer a arte hipocrática? Estão as nossas Escolas Médicas em condições de formar os médicos de que a população do Brasil precisa? São indagações que continuam a inquietar e desafiar os professores, os médicos e os cidadãos em geral e que, espera-se, renderão estudos e discussões.

O momento em que vem a lume a presente publicação é dos mais oportunos. Com efeito, estamos comemorando os cinquenta anos do Conselho de Medicina do Ceará (CREMEC), o que nos conduz naturalmente a uma reavaliação do trabalho realizado em termos de fiscalização do exercício da profissão médica e da promoção de uma prática médica digna, ética, em benefício da saúde dos pacientes. Por outro lado, acaba de ser aprovado um novo Código de Ética Médica, mantendo, é verdade, a maior parte do texto do Código de 1988, mas incorporando alguns tópicos relacionados com novas dimensões da atividade médica, de ética e bioética. Assim, o princípio do respeito às pessoas, frequentemente chamado de princípio da autonomia do paciente, continuou tendo um espaço privilegiado no código dos esculápios. A posição dos médicos brasileiros contra a pena de morte, contra a tortura ou qualquer outra forma de violação dos direitos humanos, bem como uma afirmação de respeito às pessoas que recorrem à greve de fome continuaram a constar do nosso código. Por seu turno, algumas questões surgidas mais recentemente foram incorporadas à carta da ética dos médicos brasileiros. Desse modo, a reprodução medicamente assistida, a terapia genética e a telemedicina foram objeto de artigos específicos no código. Todos esses temas certamente continuarão a ocupar a reflexão e os debates dos que se sentem no dever de colaborar para o exercício ético da medicina e a preservação da dignidade das pessoas. E certamente serão tomados como matéria de estudo pelos próximos candidatos ao prêmio Professor Dalgimar Beserra de Menezes.

ESCUSAS DE EDITOR

Dalgimar B. de Menezes

Já por diversas vezes me perguntaram se sou o patrocinador deste Concurso de Monografias, se provejo os prêmios aos primeiros e segundos lugares, de estudantes e médicos, se pago pela publicação dos textos. A resposta naturalmente é não. A pergunta às vezes embute malícia, como se o patrocínio, ao presumivelmente envolver dinheiro meu, fosse uma imposição minha, ficando entrelinhas que não mereço dar nome ao concurso que me toma o nome, mas poderia pagar por ele.

Na verdade, a idéia do concurso de Monografias e do nome pertence a Lino Antônio Cavalcanti Holanda, como também muitas idéias e empreendimentos dos médicos do Estado Ceará; para citar outros, cumpre lembrar a criação do Outubro Médico, dos Congressos Científicos e Éticos do CREMEC — neste ano de 2009, o quinto na Cidade de Fortaleza— e outros tantos no Interior, bem como os Cursos de Especialização em Medicina de Família e Comunidade, todos empreitadas suas. O Dr. José Mauro Mendes Gifoni, apodou-o de *fomentador faustiano*, por essas características suas de empreendedor.

Em verdade, gosto de ficar ao largo deste Concurso de Monografias, e aprecio mesmo dizer, como minha mãe — dona Aldenora, 87, na sua linguagem da Gangorra e dos Bastiões, em vias de desaparecimento (a linguagem) — *não faço empenho* de tomar parte nas atividades que tenham relação com o Concurso, exceto da Editoração e Publicação dos Trabalhos, coisas que me aprazem e me dão o que nunca tenho: dor de cabeça.

Daí, este é o IV Volume do Concurso de Monografias do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, e cada volume que vem à estampa, vem-no à custa de verdadeiros pequenos assassinatos do editor.

Posso dar exemplos desses sofrimentos; o volume II foi impresso a partir de uma cópia que precedia a cópia definitiva, isto é, toda errada, com erros crassos inclusive na capa (Refelexões, ao invés de Reflexões); os erros tinham sido devidamente pilhados e corrigidos, porém me imprimiram uma cópia não corrigida.

De passagem, os três primeiros volumes não foram numerados. Agora, sim: IV. Não se imaginava que o concurso fosse prosperar ou perdurar por tanto tempo.

Problemas maiores são os autores. Houve um que apresentou um trabalho imenso, fora de todas as especificações do concurso, fora do tema proposto, que, como telefonou numerosas vezes ao CREMEC reclamando-lhe a publicação, já que o Conselho o havia prometido, *entonce* —como diz meu pai Afonso Menezes, 94 —vai lá: peguei a obra, com sobrosso — seria politicamente incorreto não publicá-la — e no meio do aperreio, ao corrigir as provas, encontrei, no original, 666 erros ortográficos e 666 erros gramaticais; corrigi todos os possíveis; não cobrei co-autoria. Bem que poderia. Está no Código de Ética Médica.

Desta feita, o editor tem outras escusas a pedir. Não houve fugas ao temas propostos nos anos de 2005 a 2007, que são: *Educação Médica, Programa de Saúde da Família e Novas Faculdades de Medicina*. Muitos trabalhos são bons, bem escritos e se ajustam cabalmente aos temas propostos. Mas, porém...

É de meu natural ficar desconfiado. Em recente banca examinadora de monografias para determinada instituição, coloquei um trecho de uma monografia no Google e, sem máxima surpresa, encontrei todas as primeiras três páginas da monografia num número do Jornal O Mossoroense: todas as palavras, letras e vírgulas. Contei essa história ao Oziel Souza Lima e ele retrucou, eta jornalzinho médico bom, esse *O Mossoroenese*. Noutra Monografia desconfiei da palavra cortez com z, colhi a frase toda em que se deitava o termo mal escrito, soquei-a na fenda do Google. Lá vai, Google. O artigo alheio foi reproduzido com o mesmo erro cortez com z, pois fora açambarcado como self pelo autor. Fiquei pensando: talvez até houvesse outro alheio, mais remoto ainda. De modo que não me impressionei. È que me asseveraram que havia firmas na cidade construindo monografias de carregação, por encomenda e seguramente por dinheiro. Eu nunca descri da criatividade humana; se se lançarem ao ar ("I shot an arrow into the air") todas as notas musicais possíveis, as pretas e as brancas, as moles e as duras, nos diversos tons, a queda das notas em cima de pautas jamais dará origem a uma composição como Asa Branca, Jambalaya, o Credo da Missa Solemnis do Beethoven, o Concerto para Clarineta e Orquestra de Mozart. Ou um minúsculo trecho da Paixão segundo Mateus, do velho Bach. Oder?! Quanto a letras e números, então, podem jogar todos para cima, que não voltarão como uma página sequer de Grande Sertão: Veredas; portanto, por que diante de tantas possibilidades, por que não criar, ao invés de copiar o que alguém já criou e formatou? Mallarmé cruza minha mente com o seu um lance de dados jamais abolirá o acaso, que é outro assunto, de outro contexto, por certo.

Mas, o que eu quero é me desculpar; se alguma dessas monografias tiver origem a partir do expediente supramencionado, colcha de retalhos da imprensa e da *net*, etc, não terei, não teremos culpa. Desde já, a partir deste escrito, o autor se responsabilizará pelo que escreveu, não importando o que diz Eugenio D'Ors, na esteira de que tudo que não é tradição, deve ser certamente plágio.

Outra coisa de que vou me desculpar diz respeito à bibliografia e às referências bibliográficas. Cada autor resolveu o problema a seu modo, como se não houvesse regras para fazer isso. Mas há regras. Editorar praticamente sozinho ou editar, com a falta de tempo, e a incumbência de o livro ser lançado durante o V Congresso Científico e Ético do Conselho Regional de Medicina, neste setembro de 2009, fizeram com que, depois de quatro ou cinco revisões, desistisse eu de uniformizar, de homogeneizar a bibliografia. Aparece aqui pelo meio até bibliografia feita de modo extravagante, como se criativa.

Antes de renunciar a essa uniformização pedi a cada autor — por intermédio de Miranda PFC, jornalista e de Silva MGC, livreiro — que viesse à gráfica dar a sua contribuição final. Tarefa inglória. Alguns estão em São Paulo, acredito até que haja gente autora fora do Brasil. A *net* poderia ser um veículo de estandardização, mas aí o tempo foi se esgotando.

Tive mesmo de sair em busca, eu mesmo, de autores de citações extensas que apareciam sem a coleira do dono. Até uma frase do Moisés, aquele do *Guia dos Perplexos*.

É preciso ver que não vou exaurir o assunto, e que a editoração e a edição vêm de encontro à nova ortografia. Trajetória de colisão. A vida é curta. A arte, longa.

SUMÁRIO

Programa de Saúde da Família e Educação Médica na Graduação Ana Cecilia Neiva Gondim1	. 1
Programa de Saúde da Família (PSF) e Educação Médica Attila de Melo Campos4	
Influências Internacionais na Implantação do Programa Saúde da Família e sua Relação com a Educação Médica Brasileira Jose Roberto Pereira de Sousa5	55
O Programa Saúde da Família e a Capacitação Médica no Ceará Marcelo Gurgel Carlos da Silva Fernando dos Santos Rocha Filho7	79
Programa de Saúde da Família e Educação Médica: Contribuições para o Debate Nathan Mendes Souza	15
O Resgate da Cidadania Ameaçada Leonardo Augusto Negreiros Parente Capéla Sampaio13	
Abertura de Novas Escolas Médicas: As Repercussões de uma Política Neoliber Breitner Gomes Chaves Marcelo Gurgel Carlos da Silva16	
Novas Faculdades de Medicina: Uma Conquista ou um Desafio? Elaine Crystine Vieira de Assis17	79
Novas Faculdades de Medicina: Problema de Todos Leonardo Augusto Negreiros Parente Capéla Sampaio20)1
A Sustentabilidade do Curso de Medicina da UECE Marcelo Gurgel Carlos da Silva23	33

Profissão: Cuidado
Nathan Mendes Souza
Novas Escolas Médicas: Perspectivas sobre a Formação Profissional e o
Mercado de Trabalho.
Caio César Furtado Freire
A Mercantilização da Medicina e o Papel Social do Médico
Haroldo Heitor Ribeiro Filho
Novas Faculdades de Medicina
Jorge Augusto de Oliveira Prestes
Das Vagas de Internato no Estado do Ceará: Um Estudo Situacional
Leandro Augusto Menezes Rêgo
Abertura de Novas Escolas Médicas: Análise de Dados
Sávio Samuel Feitosa Machado
Formação Médica e Dengue: Avaliação do Novo Currículo Frente a
Problema de Saúde Pública
Rafael Costa Lima Maia
Paulo Ricardo Ávila Bezerra
Bruno Costa Monteiro
Marcelo Silveira Matias
Silvio Melo Torres
Bruno Roberto da Silva Ferreira
Carlos Augusto B. da Silveira Barros393

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EDUCAÇÃO MÉDICA NA GRADUAÇÃO



1. INTRODUÇÃO

Nos últimos trinta anos, as mudanças no setor saúde e a sua reestruturação trouxeram a necessidade de se discutir a formação médica. Dentre estas mudanças, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, com os princípios de universalidade, integralidade, eqüidade e controle social, transformou a prática médica, pois o SUS passou a ser o grande empregador dos profissionais de saúde.

Para alcançar os princípios estabelecidos, o SUS foi organizado em níveis hierarquizados de atenção, sendo a atenção primária a base do sistema, responsável por atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos e resolução dos problemas mais comuns e prevalentes da população. Os níveis secundário e terciário são responsáveis pela resolução de problemas que exigem maior incorporação tecnológica e estrutural e especialização dos profissionais, como internações hospitalares e cirurgias, serviços de tomografia computadorizada, transplante de órgãos, quimioterapia e outros.

Portanto, o SUS necessita de profissionais preparados para atuar nos três níveis de atenção, mas principalmente na rede de atenção primária, que vem crescendo à medida que o sistema se universaliza. O questionamento que se faz é: os médicos formados têm os conhecimentos, as habilidades e as atitudes necessários para atuar de acordo com as demandas do SUS, principalmente na atenção primária à saúde?

O presente trabalho tem por objetivo responder à pergunta acima e propor mudanças no processo de formação médica na graduação. Para tanto, está organizado em três grandes eixos: o Programa de Saúde da Família, a evolução da educação médica e a integração ensino-serviço na atenção primária.

O primeiro eixo discorre sobre o conceito de atenção primária à saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de organização da atenção primária e o PSF e os recursos humanos.

No segundo eixo, faz-se um breve histórico da evolução da educação médica e aprofunda-se a discussão sobre o processo de mudança, analisando-se criticamente as diversas iniciativas de transformação, principalmente aquelas propostas pelo Governo Federal, e suas características, ao longo de uma linha temporal, até chegar-se ao panorama atual.

No último eixo, discute-se a necessidade de utilizar a rede de atenção primária à saúde como cenário de prática na formação médica, as propostas de operacionalização da inserção do estudante na rede e os desafios para esta inserção.

Este trabalho foi realizado a partir de intensa pesquisa bibliográfica, e muitas das propostas e conclusões são oriundas da própria experiência do autor, adquirida através da participação em diversos fóruns de discussão sobre educação médica e conferências de saúde, além de vivências no movimento estudantil.

2. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1 Atenção básica ou atenção primária à saúde

Muitas vezes, os termos atenção básica e atenção primária à saúde são usados como sinônimos. A utilização de uma ou outra denominação, antes de uma questão semântica, representa uma concepção ideológica. Atenção básica, por definição do Ministério da Saúde – MS, é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação¹. Ambos os termos também são utilizados como:

(...) primeiro nível de atenção ou porta de entrada para o sistema de saúde; programa de medicina simplificada, nos moldes dos cuidados primários à saúde; estratégia de integração de sistemas de saúde; estratégia de organização de serviços de saúde; e como concepção e testes de modelos assistenciais alternativos².

Na realidade, há certo preconceito para com a denominação atenção básica, pois traz consigo idéia de baixa incorporação tecnológica e científica. Assim, muitos autores e instituições de pesquisa adotaram atenção primária como termo preferencial a ser utilizado. O CONASS — Conselho Nacional de Secretários de Saúde, no relatório do Seminário de Atenção Primária para Construção de Consensos, em 2004, escreve:

(...) a opção por utilizar a denominação atenção primária afirma a compreensão do CONASS e dos secretários estaduais de que este nível de atenção à saúde não se caracteriza por uma baixa complexidade ou por uma limitação na quantidade de serviços oferecidos³.

¹ Ministério da Saúde do Brasil. Saúde no Brasil: desafios e perspectivas. Brasília, 1998.

² SOUZA, Heloísa Machado de; SAMPAIO, Luis Fernando Rolim. Atenção Básica. Política, Diretrizes, Modelos Coetâneos no Brasil. In: NEGRI, Barjar; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza d'Àvila. Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Campinas: Unicamp, 2002. Cap.1, p. 9-32.

³ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária - Seminário do CONASS para construção de consensos. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004. 44p.

Na verdade, estudos afirmam que na atenção básica à saúde deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população⁴. Como o termo atenção básica permanece sendo utilizado nos textos oficiais do MS, neste trabalho, utilizaremos as duas denominações como sinônimas, com as ressalvas acima mencionadas.

2.2 O PSF como estratégia de organização da atenção primária

O PSF foi estabelecido oficialmente pelo MS em 1994 como um avanço do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS iniciado em 1991. O objetivo inicial do PSF era atender às populações de áreas de risco, aproximadamente 32 milhões de pessoas, segundo o mapa da fome do IPEA – Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada⁵. O PSF tinha como base dez pontos:

(...) modelo voltado para a proteção e promoção da saúde, área de abrangência com adscrição de clientela, composição mínima da equipe, residência da equipe na comunidade de atuação, participação comunitária através de ações de educação e promoção da saúde, atenção integral e contínua, integração ao sistema local de saúde, impacto sobre a formação de recursos humanos, remuneração diferenciada e estímulo ao controle social⁶.

Contudo, o PSF ganhou importância tal que ultrapassou as metas previamente estabelecidas e o próprio MS redirecionou seus objetivos e reconheceu no Programa de Saúde da Família importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. Essa inovação trouxe polêmica e levou a leituras críticas do Programa, acusado de desenvolver uma medicina de pobre para os miseráveis.

 $^{4\,}WAGNER, Gast\~ao.\,Diretrizes\,para\,o\,Ensino\,M\'edico\,na\,Rede\,B\'asica\,de\,Sa\'ude, 2005.\,Dispon\'ivel\,em:\,http://www.ufrgs.br/tramse/classicos/textos/2005/05/diretrizes-para-o-ensino-mde.htm$

⁵ SOUZA, Heloísa Machado de; SAMPAIO, Luis Fernando Rolim. Atenção Básica. Política, Diretrizes, Modelos Coetâneos no Brasil, op.cit. 2002.

⁶ _____, op.cit. 2002.

⁷ Ministério da Saúde do Brasil. Portaria número 1886. Brasília, 1997.

⁸ SOUZA, Heloísa Machado de; SAMPAIO, Luis Fernando Rolim. Atenção Básica. Política, Diretrizes, Modelos Coletâneos no Brasil, op.cit. 2002.

De 1994 até hoje, a priorização do PSF pelo MS, as mudanças na política de financiamento do Programa, o engajamento de muitos gestores estaduais e municipais e a publicação de avaliações de experiências de implantação estão paulatinamente revertendo as críticas ao PSF e mostrando seu impacto na melhoria dos indicadores de saúde da população assistida. A expansão do PSF foi tanta que em 2004, passados dez anos do seu início, 19.200 equipes de saúde da família (ESF) estavam instaladas, acompanhando cerca de 60 milhões de pessoas, na maior parte dos municípios brasileiros⁹.

Atualmente, além de entender o PSF como o primeiro contato preferencial com a clientela do Sistema Único de Saúde¹⁰, o Programa incorporou mais três funções fundamentais: o acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade; a aplicação do conceito de clínica ampliada, partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso, sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos; e o desempenho de ações de saúde coletiva¹¹.

No entanto, ainda existem muitos obstáculos a serem superados. Em linhas gerais, o PSF ainda não incorporou suficientemente o conjunto de conhecimentos necessários, nem promoveu a integração com áreas que permitam uma verdadeira mudança na prática de seus profissionais. A prática assistencial tradicional ainda predomina¹².

⁹ Conselho Nacional de Secretários de Saúde, op.cit, 2004. 44p.

¹⁰ Conselho Nacional de Secretários de Saúde, op.cit, 2004. 44p.

¹¹ WAGNER, Gastão, op. cit 2005.

¹² Conselho Nacional de Secretários de Saúde, op.cit, 2004. 44p.

As principais dificuldades para que o PSF atinja suas metas são:

(...) falta de decisão política de alguns gestores municipais; falta de médicos e demais profissionais para comporem as equipes, dificuldade para expansão em grandes centros urbanos; financiamento insuficiente; limites legais para municípios efetivarem as contratações; diferenças de propostas salariais entre os municípios, o que determina alta rotatividade dos profissionais; falta de profissionais com o perfil adequado para o PSF; falta de política efetiva para interiorização dos profissionais de saúde, em regiões de difícil acesso geográfico; dificuldades para assessoramento técnico por parte das regionais; alta rotatividade de gestores estaduais e municipais; e descumprimento dos critérios com conseqüente desqualificação dos municípios¹³.

As dificuldades para a expansão do Programa intensificam-se nos grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, nos quais a cobertura do PSF vem-se mantendo sempre abaixo da média nacional. Entre os entraves apontados pelos gestores municipais dessas áreas estão:

(...) as formas de incentivo e financiamento para os grandes municípios; a capacitação dos profissionais de saúde e a integração das equipes do PSF à rede já instalada; a necessidade de mudanças no processo de produção de serviços diante das novas demandas e necessidades da população, em áreas marcadas pela violência urbana; e a necessidade de caracterizar o PSF não como uma política focalizada para a pobreza, mas como uma estratégia para a consolidação dos princípios de um SUS verdadeiramente universal¹⁴.

¹³ _____, op.cit, 2004. 44p.

¹⁴ SOUZA, Heloísa Machado de; SAMPAIO, Luis Fernando Rolim. Atenção Básica. Política, Diretrizes, Modelos Coetâneos no Brasil, op.cit. 2002.

Para tentar modificar esta situação, o MS, apoiado pelo Banco Mundial –BIRD, lançou em 2002 o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF, visando a contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes e a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços¹⁵. O PROESF prevê financiamento até 2009 e está estruturado em três componentes: apoio à conversão do modelo de atenção básica de saúde, desenvolvimento de recursos humanos e monitoramento e avaliação das ações.

2.3 O PSF e os recursos humanos

Como dito anteriormente, um dos grandes obstáculos para que o PSF atinja as metas estabelecidas é a falta de profissionais com o perfil adequado para o Programa. Em um estudo de caso realizado em um conjunto selecionado de municípios brasileiros pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP da Unicamp, em 2000, ao assinalar os principais problemas enfrentados no processo de municipalização dos serviços de saúde, os entrevistados equipararam a escassez de recursos financeiros (68%) à falta de recursos humanos qualificados para implementar os programas (65%). Em outro estudo realizado em 2001 pelo NEEP, os resultados mostraram que o aparelho institucional encarregado de capacitar recursos humanos para a saúde é complexo, diversificado e com baixa capacidade para formar profissionais para o atendimento básico resolutivo, principalmente no nível da graduação 16. Vários trabalhos produzidos a partir da década de noventa têm conclusões nesta mesma linha, reconhecendo os recursos humanos como principal fator favorável, ou contrário, às mudanças dos sistemas de saúde. Portanto, a necessidade de mudança no processo de trabalho, na gestão e na formação de recursos humanos é amplamente reconhecida e acompanhada de críticas à inércia do aparelho formador¹⁷.

¹⁵ Ministério da Saúde do Brasil. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília, 2003.

¹⁶ NEGRI, Barjar; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza d'Àvila. Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. 1ª Edição. Campinas: Unicamp, 2002.

¹⁷ ALMEIDA, Marcio José de. Educação Médica e Saúde: Possibilidades de Mudança. Londrina: Ed. UEL, 1999.

3. A EVOLUÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA

3.1 Breve histórico

Até agora afirmamos que o perfil dos profissionais de saúde formados não atende adequadamente às necessidades do SUS, principalmente na atenção primária. Quais são essas necessidades? Qual é o perfil adequado do profissional a ser formado? Como chegar a este perfil? Para respondermos tais questionamentos é importante entender a evolução da educação médica nas últimas décadas.

No início do século XX, a partir de influências do surgimento da medicina moderna, Flexner, nos Estados Unidos, formulou um novo modelo de formação a ser adotado nas escolas médicas. Este modelo, também chamado de flexneriano, foi inicialmente implantado nos Estados Unidos e posteriormente difundido para as escolas médicas de praticamente todos os países. Caracterizava-se pela fragmentação em disciplinas, pela abordagem do processo saúde-doença centrada no indivíduo biológico e pela centralidade do hospital-escola enquanto campo de prática¹⁸.

O paradigma flexneriano possibilitou enorme avanço científico e tecnológico e o desenvolvimento das especialidades médicas. No entanto, a partir da década de oitenta, com o desenvolvimento das reformas no setor saúde, representadas no Brasil pelo movimento de reforma sanitária, que contribuiu para a formação do arcabouço ideológico do SUS e sua criação na Constituição de 1988, o modelo flexneriano passa a ser criticado, pois não está em consonância com a nova realidade do setor saúde. Os aspectos mais criticados são a expansão do capitalismo nas relações de saúde, a grande incorporação tecnológica e a superespecialização, que encarecem os custos e inviabilizam a aplicação dos princípios do SUS.

Em especial na graduação, o paradigma flexneriano resulta em um modelo pedagógico fragmentado e compartimentalizado, caracterizado pela:

¹⁸ SANTOS, Rogério Carvalho. Tese de dissertação, 2003.

(...) dissociação entre as disciplinas de áreas básicas e aquelas do chamado ciclo profissional, centrado na atividade hospitalar e com forte direcionamento para a especialização em detrimento da prevenção da doença ou promoção da saúde, dificultando a percepção holística do paciente e dissociando os núcleos que o integram, que são a família e a comunidade¹⁹.

Diante do exposto acima, percebe-se que a formação de médicos com o perfil adequado para atender às necessidades da sociedade e do SUS tornou-se pauta prioritária, sob pena de inviabilizar a implementação do sistema de saúde brasileiro.

3.2 A CINAEM e outras iniciativas de mudança

Nesse contexto, foi criada, em 1991, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM. A CINAEM prestou enormes serviços para o processo de transformação das escolas médicas, uma vez que uniu, pela primeira vez, os diversos atores envolvidos no processo de formação (gestores, instituições formadoras, docentes, estudantes, entidades de classe, conselhos profissionais), de forma participativa, com o objetivo de avaliar a educação médica para transformá-la. Durante as três fases do projeto CINAEM, houve intenso fomento ao processo de transformação curricular, com agenda permanente de eventos, produção de material de referência, estímulo à formação de núcleos de educação médica em cada escola e possibilidade de troca de experiências inovadoras entre as diversas escolas. Os estudos da CINAEM revelaram que os médicos formados atingiam apenas 45% da qualificação desejada²⁰. Constatou-se ainda o papel determinante da estrutura econômico-administrativa (gestão), dos recursos humanos (cor-

¹⁹ Comissão de Reforma Curricular. Projeto Pedagógico: Currículo do Curso de Medicina. Fortaleza: Imprensa Universitária – UFC, 2001. 72p.

²⁰ Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do ensino Médico. Preparando a Transformação da educação Médica Brasileira: Projeto CINAEM III Fase: Relatório 1999-2000. Pelotas: UFPel, 2000. 300p.

po docente), do modelo pedagógico (processo de formação) e da avaliação (principalmente discente) no mau desempenho do médico formado. Não é objetivo deste trabalho discutir todas as conclusões do projeto CINAEM, mas, sim, aquelas que envolvem a integração ensino-serviço, principalmente em relação à atenção primária e ao PSF.

O relatório da terceira fase do projeto CINAEM concluiu que o atual modelo de treinamento clínico, centrado nos hospitais universitários é inadequado. Estes hospitais estão estruturados segundo a lógica de hospitais especializados voltados para a atenção de problemas de maior complexidade (nível terciário de atenção), embora pratiquem variedade ampla de procedimentos dos outros níveis.

A lógica da especialização tem suas consequências, pois prioriza, sempre que possível, trabalhar com uma certa fase do processo saúde doença, tendendo a assumir casos de difícil diagnóstico ou tratamento, o que, progressivamente, iria dificultando ao aluno acompanhar tanto o comum prevalente em cada região, como a evolução inteira na maioria dos casos²¹. Além disso, quase todos os hospitais universitários têm o mesmo desenho organizacional: estando divididos em tantos serviços quantas são as especialidades médicas, o que complica bastante qualquer integração do ensino clínico. Praticamente desapareceram dos hospitais universitários "generalistas" como pediatras, clínicos e cirurgiões gerais. Agora são neonatologistas, hepatologistas, equipes de transplantes de órgãos, etc. Todos estes profissionais são essenciais num nível terciário de atenção, contudo, os estudantes de medicina não podem ser expostos apenas a especialistas durante sua formação. Ainda, estes serviços valorizam uma clínica centrada em "procedimentos tecnológicos" e pouco cultivam a clínica centrada em trabalho-humano²².

Como consequência, o atendimento (e, portanto), o ensino tornam-se tão fragmentados que dificultam qualquer tentativa de inte-

²¹ Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do ensino Médico, op. cit. 2000.

²² ____, op. cit. 2000.

gração e formação do raciocínio clínico pelo futuro médico. A necessidade que a grande maioria dos estudantes sente de ingressar na residência médica logo após o fim graduação é um reflexo dessa incapacidade. Para superar essas dificuldades e expor o estudante aos três níveis de atenção de forma adequada, a CINAEM propõe que as escolas médicas se integrem à rede do SUS.

Ainda no relatório da terceira fase, foram definidas diretrizes técnico-políticas para viabilizar a integração ensino-serviço (escola médica e SUS): redefinição do contrato social das escolas; política de integração efetiva com os serviços de saúde; política de parceria com o SUS, visando a qualificar o atendimento público; desenvolvimento de atividades de ensino médico nos espaços de atendimento do sistema público de saúde e serviços credenciados; credenciamento dos profissionais de saúde da rede de serviços como preceptores e tutores de ensino; política de avaliação continuada das necessidades de saúde da população. Ressaltouse ainda a necessidade de compromisso de gestores (do SUS) e dirigentes (das escolas médicas) com o projeto de transformação da escola médica e profissionalização da docência.

Pode-se constatar que tais diretrizes são bastante amplas e podem ser entendidas de diversas formas. Se, por um lado, esta amplitude é benéfica, pois possibilita a adaptação para a realidade de cada escola médica, por outro, a não definição de passos e estratégias para alcançá-las dificulta o processo de mudança.

Após a publicação do relatório da terceira fase, em agosto de 2000, por disputas entre seus componentes, a quarta fase do Projeto CINAEM não foi iniciada. Contudo, o processo de transformação das escolas médicas não estagnou. Muitas escolas, impulsionadas pelos núcleos de educação médica instituídos, continuaram o processo de mudança.

Além disso, não podemos esquecer do cenário mundial nos anos oitenta e noventa. Da mesma forma que o movimento sanitarista impulsionou as reformas no setor saúde e a regulação do SUS no Brasil, em muitos países, outras iniciativas de superação do paradigma flexneriano foram estabelecidas. Esses eventos não ocorreram de forma isolada, havendo certo intercambio de informações e experiências e estabelecimento de diretrizes de mudança, principalmente por organismos internacionais. Destacam-se, neste contexto: o programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade), desenvolvido pela fundação Kellogg; a proposta "Changing" (Mudando a Educação e a Prática Médica: uma Agenda para a Ação), da Organização Mundial de Saúde; a proposta "NETWORK" (Aprendizagem Baseada em Problemas em Instituições de Ensino Orientadas para a Comunidade), desenvolvida pela Network of Community Oriented Educational Institutions of Health Sciences; e, finalmente, a proposta "Gestão de Qualidade" (Uma Proposta de Gestão de Qualidade na Educação Médica), organizada pela Organização Panamericana de Saúde. Os quatro modelos citados apontam na mesma direção de mudança, mas diferem quanto ao modo de trabalhar, características das entidades auspiciadoras e da estratégia escolhida²³. Não é objetivo deste trabalho detalhar cada proposta, mas, mostrar que as mudanças no setor saúde e na educação médica no Brasil só podem ser entendidas em toda sua complexidade a partir da compreensão de que não ocorreram isoladamente e que influenciaram e foram influenciadas pela conjuntura mundial.

3.3 As Diretrizes Curriculares

Diante de todo o acúmulo na discussão sobre a transformação da educação médica na década de noventa, em outubro de 2001, foram instituídas pelo Conselho Nacional de Educação as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Foi estabelecido oficialmente o perfil do médico a ser formado:

²³ ALMEIDA, Marcio José de, op. cit. 1999.

(...) profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano²⁴.

Determinou-se, ainda, que a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. Em relação à integração ensino-serviço, as diretrizes determinam que a estrutura do curso de graduação deve: inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional; utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e, vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

As Diretrizes Curriculares representaram enorme avanço na continuidade do processo de mudança da educação médica, pois, houve uma elevação de seu *status*: não é apenas uma necessidade sentida de alguns atores envolvidos com a formação médica, mas uma obrigação legal, que será avaliada pelos diversos mecanismos avaliativos do Ministério da Educação – MEC.

²⁴ Ministério da Saúde do Brasil. Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília, 2002.

3.4 O PROMED

Com o entendimento de que o nó crítico para o real cumprimento das diretrizes curriculares é a integração ensino-serviço, principalmente na atenção básica, o MS e o MEC lançaram, em 2002, o PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas, que previa financiamento em etapas para 20 escolas com os melhores projetos de mudança. O objetivo geral do PROMED é: reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados –, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica²⁵.

O processo de mudança foi organizado em três eixos: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática. O último eixo, que mais interessa a esta análise, foi dividido em dois vetores: diversificação dos cenários do processo de ensino e abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS. Dentro dos vetores, foram estabelecidos estágios, nos quais o primeiro estágio representa a situação atual, o segundo estágio, uma situação intermediária de mudança e o terceiro estágio, a situação ideal.

No vetor diversificação dos cenários do processo de ensino, a situação ideal seria:

(...) atividades extramurais em unidades do SUS, equipamentos escolares e da comunidade, ao longo de toda a carreira, com graus crescentes de complexidade. Durante os dois primeiros anos da graduação, combinam-se as atividades extramurais multiprofissionais, com experiências de integração em laboratórios de problematização, com participação de docentes de áreas básicas e clínicas em, pelo menos, 20% da carga horária. Atividades clínicas desenvolvidas de forma mista entre serviços próprios das Instituições de Ensino Superior (IES) e unidades comuns e correntes de atenção básica da rede do SUS –

²⁵ Ministério da Saúde do Brasil. Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília, 2002.

majoritariamente ambulatorial, ou em serviços próprios das IES que subordinem suas centrais de marcação de consultas às necessidades locais do SUS – em que se perfaça pelo menos 40% da carga horária. Internato desenvolvido em, pelo menos, 25% na rede do SUS²⁶.

Em relação à abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS, o estágio ideal seria:

(...) a existência de serviços próprios completamente integrados ao SUS, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas, com o desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e contra-referência com a rede do SUS²⁷.

Assim como as Diretrizes Curriculares impulsionaram o processo de transformação curricular, o PROMED acelerou a implantação dos novos currículos, pois envolvia a mola propulsora para qualquer mudança: o financiamento. Apesar disso, o PROMED foi intensamente criticado, principalmente pelas entidades estudantis, pois era excludente, limitando-se a apenas vinte escolas médicas, das mais de cem existentes na época. O PROMED também não estimulava a intersetorialidade e o trabalho dentro de equipe multiprofissional, além de não contemplar outros cursos da área da saúde. Criticou-se, também, o fato de não ter havido empenho político por parte do MEC para propiciar as condições necessárias de mudança, principalmente no que se refere aos aspectos da docência e dos hospitais universitários.

²⁶ Ministério da Saúde do Brasil. Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília, 2002.

²⁷ _____, op cit 2002.

3.5 Panorama Atual

Em 2003, com a mudança do Governo Federal, mudou também o foco da transformação da educação médica. Houve maior responsabilização do MS e do MEC pelo processo de transformação, envolvendo todos os cursos da área da saúde. Na realidade, a Constituição Federal de 1988 determina que: compete à gestão do Sistema Único de Saúde o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (CF/88, Art. 200, Incisos III e IV). A função do MS de ordenamento da formação de profissionais de saúde é detalhada nas Normas Operacionais Básicas sobre Recurso Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS). Portanto, o MS passou, apenas, a desempenhar seu papel legal.

Três iniciativas refletem essa mudança de foco: o processo de certificação dos hospitais de ensino, a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o programa AprenderSUS.

3.5.1 A certificação dos hospitais de ensino

A Portaria Interministerial que regulamenta a certificação dos hospitais de ensino, entre outras determinações, deixa bem claro o papel dos hospitais universitários como parte da rede do SUS e a necessidade destes hospitais de participar das políticas prioritárias do SUS e de colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção e da docência com a rede básica, de acordo com as realidades locorregionais²⁸.

Na prática, os hospitais de ensino terão de atender à demanda do SUS, recebendo pacientes referenciados pela atenção primária e realizando a contra-referência. Ainda, a maioria dos serviços de nível primário nesses hospitais será fechada, otimizando o atendimento e evitando a duplicidade de ações.

²⁸ Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil. Portaria Interministerial nº 1000. Brasília, 2004.

3.5.2 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

O MS define Educação Permanente como:

(...) o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde²⁹.

Este conceito, bastante complexo, incorpora a idéia de aprendizado em serviço e para o serviço, com reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade das ações.

Para a efetivação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, foi criado um Colegiado de Gestão, intitulado Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS – PEPS, formado pelos diversos atores locorregionais ligados ao serviço e à formação de profissionais da área da saúde, além de representantes dos usuários. Cada PEPS é responsável pelas ações de educação permanente em determinado território e tem financiamento contínuo, que deverá ser aplicado de acordo com a priorização de projetos definida pelo Colegiado.

Com isso, o MS cria um espaço privilegiado de discussão e disputa sobre a formação de recursos humanos em saúde, possibilitando a aproximação entre instituições formadoras, gestores, profissionais do serviço e usuários. A política de financiamento dos PEPS é inovadora e desafiante, pois se baseia nas necessidades sentidas dos diversos atores e não em editais formulados isoladamente por equipes do MS ou das secretarias de saúde, que não vivenciam a realidade local.

A implantação dos PEPS, contudo, enfrentou, e ainda enfrenta, toda sorte de dificuldades, como: verticalização do Colegiado de Gestão, com domínio do espaço por algumas secretarias de saúde ou outro membro

²⁹ Ministério da Saúde do Brasil. Portaria nº 198. Brasília, 2004.

do PEPS; esvaziamento do Colegiado, por questões político-partidárias e disputas locais; não incorporação de entidades representativas dos usuários no Colegiado; não entendimento do conceito de educação permanente pelos participantes do Colegiado, com aprovação de projetos que não contemplam os objetivos inicialmente propostos; falta de diálogo e disputa de poderes entre diversas instituições de ensino participantes do mesmo PEPS; e outras.

3.5.3 O AprenderSUS

Reconhecendo que a discussão específica da formação de recursos humanos em saúde na graduação necessitava de maior ênfase e que o espaço e os recursos dos PEPS não eram suficientes, em agosto de 2004, o MS criou o programa AprenderSUS, com o objetivo de orientar as graduações em saúde para a integralidade, no seu conceito mais amplo, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas³⁰.

O AprenderSUS propõe:

(...) adoção da integralidade como eixo da mudança na formação de graduação; sistematização de práticas inovadoras de integralidade no ensino da saúde; ampliação do pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação em saúde, através de curso de educação à distância para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação, Implementação de oficinas regionais para a análise crítica das estratégias e processos de mudança e apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudança; trabalho articulado com o MEC; desenvolvimento de linha adicional de financiamento aos PEPS; sistematização de experiências que mostrem ser possível produzir beneficios de curto prazo para a formação, para o exercício profissional e para os serviços de saúde³¹.

³⁰ Ministério da Saúde do Brasil. AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Brasília, 2004.

³¹ _____, op cit 2004

O AprenderSUS corrige algumas das limitações do PROMED, pois envolve todos os cursos de graduação na área da saúde, reafirma o conceito amplo de integralidade e trabalho em equipe multidisciplinar e busca aproximação com o MEC. Submete, também, sua linha de financiamento aos PEPS, estimulando as instituições formadoras a participar desse importante espaço de proposição.

No entanto, já passado um ano do lançamento do programa, não existem estudos mostrando seu impacto no processo de mudança e as sistematizações de experiências inovadoras não foram divulgadas. Vale ressaltar também que, como o programa depende dos PEPS, nas localidades onde há dificuldades no funcionamento destes o AprenderSUS torna-se praticamente inviável. Não se sabe, ainda, como as recentes mudanças políticas no MS e no MEC irão afetar o andamento do Programa.

4. A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

4.1 Por que integrar?

Para melhor entendimento, é valido sistematizar os motivos, muitos já expostos de forma fragmentada até aqui, da necessidade de se incluir no currículo da graduação em medicina o aprendizado na rede de atenção primária à saúde.

Primeiramente, se estudos mostram que 80% dos problemas de saúde da população devem ser resolvidos na atenção básica e se aceitarmos que este nível de atenção à saúde não se caracteriza por uma baixa complexidade ou por uma limitação na quantidade de serviços oferecidos, temos forte evidência de que os médicos formados devem ser capazes de intervir nessa realidade.

Ainda, pode-se constatar que, à medida que ocorre a consolidação do SUS, há aumento da demanda pelos serviços de atenção primária, pois uma enorme população de brasileiros que não tinha acesso a serviços de saúde, a não ser em unidades de urgência, passou a ser atendida pelo

SUS, principalmente pelas equipes de PSF, estando este nível de atenção em franca expansão, necessitando de profissionais com formação adequada para suprir esta demanda.

Além disso, independente da escolha do profissional formado quanto à especialidade médica a ser seguida, entrar em contato com a realidade da atenção primária, com o trabalho em equipe multidisciplinar e com a abordagem do paciente dentro do contexto familiar e social é essencial para que aluno adquira as competências desejadas para o bom exercício da profissão e para maior resolutividade das ações, de acordo com o perfil do médico definido pelas Diretrizes Curriculares.

Finalmente, uma adequada inserção na atenção primária pode aumentar o interesse do aluno em entender a organização do sistema de saúde brasileiro, com consolidação de conhecimentos sobre os níveis de hierarquização do sistema, sobre a importância de cada nível e suas inter-relações, bem como do papel do médico como agente de mudança social, capacitando o futuro profissional para, independente da área de atuação (pública ou privada, em nível primário, secundário ou terciário), contribuir para o atendimento integral ao paciente.

4.2 Tornando a integração ensino-serviço uma realidade

4.2.1 Os primeiros contatos do aluno com a rede

As Diretrizes Curriculares preconizam a inserção precoce do estudante de medicina em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional. Assim, cursos que combinem teoria e prática voltadas para o campo da Saúde Coletiva podem ser desenvolvidos desde o primeiro ano.

O ensino de metodologia sobre educação em saúde, visita domiciliar, epidemiologia aplicada a serviços, política e gestão em saúde, projetos comunitários e intersetoriais, tudo isto e muito mais pode fazer parte de módulos com estágios em Atenção Básica à Saúde desde o primeiro ano³².

³² WAGNER, Gastão, op. cit. 2005.

O desenvolvimento dessas atividades ficaria a cargo de professores com especialidade em Saúde Coletiva e de profissionais da rede que trabalham com gestão em saúde, além do apoio das Equipes de Saúde da Família – ESF.

Esta etapa inicial é crítica para o sucesso ou fracasso de todas as tentativas posteriores de integração, pois, ao mesmo tempo em que deve mostrar aos recém-ingressos a realidade do SUS e do trabalho em saúde, não pode negar todos os conceitos pré-concebidos de exercício da medicina dos estudantes (médico como profissional liberal, que trabalha em consultório particular, especialista, rico, etc). Soma-se a isso o fato de que muitas Unidades Básicas de Saúde da Família – UBASF localizam-se em locais periféricos, pobres e violentos, o que gera temor e preconceito nos alunos. Portanto, o radicalismo e a tentativa de imposição de um novo paradigma só levarão ao resultado contrário ao esperado: distanciamento dos alunos da atenção primária e da Saúde Coletiva. O objetivo deve ser a busca pela discussão das atividades realizadas, dos problemas e dificuldades encontrados, comparando sempre a realidade vivenciada com o modelo ideal esperado e discutindo meios de se alcançar tal modelo.

Assim, para o êxito desse primeiro contato, é imprescindível a definição clara, tanto para os discentes como para os profissionais que irão entrar em contato com eles, dos objetivos de aprendizagem de cada atividade a ser realizada na rede, de forma que o estudante entenda a utilidade das experiências vivenciadas na sua formação. Para elaborar os objetivos e o programa de qualquer disciplina, o professor deve procurar responder a seguinte pergunta: o que o médico de formação geral deve saber sobre a minha área de conhecimento para ser um bom profissional? O especialista em Saúde Coletiva deve ter atenção redobrada ao responder este questionamento, pois, na concepção de muitos alunos, a Saúde Coletiva é uma área distante do exercício prático da medicina. Fazê-los perceber que certos conhecimentos nesta área são essenciais para o bom desempenho de profissionais de qualquer especialidade é a chave da conquista do estudante.

4.2.2 Aumentando a complexidade do ensino na rede

Novamente, está definido nas Diretrizes Curriculares que a estrutura do curso de gradação em medicina deve:

(...) propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato³³.

Portanto, é necessário que o nível de intervenção do aluno nas atividades realizadas na rede de atenção primária progrida ao longo do curso, sob pena de gerar repetição e desestímulo.

Pode-se usar as visitas domiciliares como exemplo da progressão esperada. No início o aluno acompanhará os agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares com o objetivo de realizar o diagnóstico de saúde da comunidade, identificando áreas de risco, problemas coletivos, perfil das famílias atendidas, podendo realizar pesquisas sobre os indicadores de saúde da população assistida pela UBASF. Nos semestres seguintes, com os conhecimentos de semiologia, o aluno poderá participar de atividades de busca ativa de pacientes, realizando visitas a pacientes com o médico da ESF. Na pediatria, poderá visitar e acompanhar famílias com crianças, na obstetrícia, poderá visitar e acompanhar gestantes, na geriatria, idosos, e assim por diante. Como as visitas domiciliares, as demais atividades desempenhadas pelo aluno nas UBASF podem progredir.

É importante frisar que tais atividades, envolvendo conhecimentos clínicos, deverão ser de responsabilidade dos professores das próprias especialidades (pediatras, obstetras, geriatras), fazendo parte da carga horária das disciplinas relacionadas. Este é o maior ponto de resistência do-

³³ Ministério da Saúde do Brasil. Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília, 2002.

cente: a recusa em sair de seus ambulatórios e enfermarias em hospitais para organizar e realizar as atividades na rede de atenção primária.

No internato, o aluno deverá ser incorporado a uma ESF, de preferência dois alunos por equipe, com definição de funções específicas, com responsabilização e avaliação do seu desempenho. Em cada UBASF deverá haver um preceptor, que será médico do serviço ou professor, cedido ao serviço, com especialização em Saúde da Família ou com larga experiência prática na área, e que será responsável pela ligação entre a escola médica e a UBASF. Ele participará das reuniões de planejamento da UBASF, para adequar ao máximo as atividades de ensino e as necessidades da assistência, e organizará as atividades dos alunos durante o internato, que não poderão se resumir ao atendimento ambulatorial.

Além do preceptor acima citado, deverá haver um conjunto de preceptores (professores) das grandes áreas: clínica médica, cirurgia, ginecologia-obstetrícia, pediatria e outras que se julguem necessárias: dermatologia, psiquiatria, etc. Estes preceptores deverão participar de atividades como seminários e sessões clínicas, para sedimentar o conhecimento teórico a partir das necessidades práticas. Semanalmente ou quinzenalmente, também, deverão atender em cada UBASF, junto aos estudantes, casos selecionados em que houve dúvida no diagnóstico ou na conduta. Os casos mais interessantes seriam apresentados pelos estudantes que acompanharam o atendimento aos demais colegas.

4.3 Propostas para operacionalizar as mudanças

Bem, tudo o que foi dito acima não passará de discussão teórica sem a proposição de condutas práticas para desenvolver o processo de mudança.

4.3.1 Definir claramente o papel da escola médica e do gestor

Não existirá inserção sem o compromisso mútuo das instituições formadoras e dos gestores. A escola médica deve elaborar, de forma participativa, um pré-projeto de inserção, explicitando as atividades a serem

realizadas na rede, o número de UBASF e ESF utilizadas, a infra-estrutura mínima necessária, a proposta de preceptoria e, mais importante, a contra-partida da escola, que deverá ofertar capacitação aos profissionais da rede, acesso a programas de pós-graduação, etc, dentro do paradigma da educação permanente em saúde. O pré-projeto deve ser discutido em todas as instâncias relacionadas (secretaria de saúde do município, secretarias regionais, coordenadores das UBASF e ESF).

Após o período de discussão, o projeto final deve ser homologado em forma de contrato ou convênio entre escola e gestor, com definição clara das responsabilidades de ambas as partes no processo, inclusive com definição das fontes de financiamento, que podem ser municipais, estaduais e/ou federais (por via do MS, da Universidade, dos PEPS, etc).

4.3.2 Garantir a infra-estrutura nas UBASF

Como dito anteriormente, da mesma forma que um hospital de ensino é estruturado de forma diferenciada de um hospital tradicional, com múltiplos ambulatórios unidos entre si, salas para discussão, aparelhos de projeção e outros, as UBASF que receberão os alunos devem ter estrutura para garantir a qualidade do ensino e do atendimento.

Além da ampliação do número de salas e ambulatórios para comportar os alunos, o sistema informatizado – como o que existe em Fortaleza – gera novo desafio. Os alunos devem ter computadores e senhas próprios para iniciar o atendimento de alguns pacientes ao mesmo tempo, com posterior discussão com o médico? O sistema deve ser flexibilizado para que as ESF que recebem alunos tenham marcação de número diferenciado de pacientes? Como será organizado no sistema o atendimento realizado por alunos e preceptores das especialidades que não são médicos de ESF? O acesso a sistemas de biblioteca virtual existentes na Universidade pode ser expandido às UBASF? Estes questionamentos devem ser discutidos em detalhes com os gestores e técnicos responsáveis.

4.3.3 Instituir a preceptoria na rede

A preceptoria é um ponto crítico para o sucesso ou o fracasso das tentativas de inserção, principalmente no internato. Como já dito, o preceptor deverá ser um profissional da rede (médico da ESF) ou um professor cedido à rede, com o interesse claro de participar de atividades de ensino.

Existe muita discussão sobre como deve ser o vínculo do preceptor com a escola médica. O que se sabe, no entanto, é que não existe compromisso com o processo de educação sem este vínculo. Assim, os médicos da ESF com função de preceptor deverão ter alguma forma de contrato com a escola, além de adicional no salário, cuja fonte deverá ser pactuada entre escola e gestor. Caso o preceptor seja um professor, da mesma forma, ele deverá ter um contrato com o serviço. Reafirma-se a necessidade de instituição de contratos para garantir a continuidade do processo de inserção, pois existem muitos fatores de instabilidade envolvidos: alta rotatividade dos profissionais das ESF e dos coordenadores das UBASF, interesses político-partidários nas secretarias de saúde e em outras instâncias governamentais, mudanças na gestão dentro da Universidade, etc.

O objetivo da integração ensino-serviço, em longo prazo, seria o de transformar as UBASF que recebem estudantes em unidades modelo, tanto no atendimento quanto na formação de recursos humanos em saúde, com a instituição de programas de residência médica em Saúde da Família e da Comunidade, formando uma "hierarquia" de ensino, com a presença de internos, residentes, preceptores e médicos do serviço, como ocorre nos hospitais universitários. Também, a presença de estudantes de outros cursos da saúde nestas UBASF, como enfermagem e odontologia, deve ser estimulada.

4.3.4 Trabalhar o corpo docente da escola médica

Se a responsabilidade de organizar as atividades envolvendo conhecimentos clínicos será dos professores das próprias especialidades, fazendo parte da carga horária das respectivas disciplinas, é claramente essencial uma reestruturação dos programas dessas disciplinas.

Não se trata de uma mudança na grade curricular, com criação de disciplinas de atenção básica, totalmente desligadas das disciplinas consideradas tradicionais, caminho escolhido por muitas escolas, mas de uma transformação na abordagem do conteúdo de cada disciplina, que deverá incorporar em seus objetivos de aprendizagem os conhecimentos, as habilidades e as práticas nos três níveis de atenção. Por exemplo, na disciplina de ginecologia e obstetrícia, os alunos acompanharão o prénatal de baixo risco, nas UBASF, e o prénatal de médio e alto risco, no complexo hospitalar universitário. Assim, ao final da graduação, o aluno estará apto a lidar com as condições comuns e prevalentes naquela área de conhecimento, bem como a identificar e a encaminhar as condições que necessitam de um maior nível de especialização.

Atingir essa condição ideal, no entanto, requer uma mudança na maneira de ver a educação médica de cada professor envolvido. Este próprio professor foi formado em outro paradigma e tem suas próprias concepções de como deve ser o ensino na sua disciplina, que não estão erradas, mas, sim, incompletas, diante da nova realidade. Esta mudança de mentalidades exige tempo e esforço de todos e só será conseguida se o processo não for impositivo, mas uma construção coletiva a partir das necessidades sentidas e problematizadas de cada docente.

Cabe à coordenação do processo estimular a discussão do tema e identificar, dentre os professores do diversos departamentos, aqueles mais permeáveis à mudança e tê-los como aliados, elaborando, em conjunto, projetos-piloto de inserção na rede de atenção primária, montando a base para a consolidação dos novos paradigmas na escola médica.

5. CONCLUSÃO

Diante de tudo o que foi exposto ao longo do trabalho, fica claro que a resposta ao primeiro questionamento proposto é não, ou seja, os médicos atualmente formados não têm os conhecimentos, as habilidades e as atitudes necessários para atuar de acordo com as demandas do SUS, principalmente na atenção primária à saúde.

A mudança dessa realidade deve começar nos cursos de graduação, através das sugestões acima expostas e de outras, pelo fato de que, em hipótese alguma, é pretensão deste trabalho esgotar a discussão de um tema tão importante.

A integração ensino-serviço na rede de atenção primária não é fácil por três grandes fatores: exige que a escola médica (e seus constituintes) saia de seus muros e passe a dialogar com os diversos atores envolvidos na rede (gestores, profissionais, usuários); exige, ainda, que haja compromisso político dos gestores da saúde em todos os níveis; além de não existir uma rede de atenção primária ideal onde os alunos possam aprender, uma vez que a mudança para a estratégia de saúde da família, em muitos casos, não implicou em mudança de paradigma, reproduzindo o modelo biomédico ainda dominante.

Esses desafios, contudo, não podem ser usados como desculpas para a não efetivação do processo de mudança por parte daqueles que preferem a comodidade do já conhecido a enfrentar as dificuldades do novo. Trata-se de um objetivo muito maior do que interesses particulares: a consolidação do SUS como um grande instrumento de melhoria da saúde da população e de promoção da cidadania.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Marcio José de. Educação Médica e Saúde: Possibilidades de Mudança. Londrina: Ed. UEL, 1999.
- Comissão de Reforma Curricular. Projeto Pedagógico: Currículo do Curso de Medicina. Fortaleza: Imprensa Universitária UFC, 2001. 72p
- Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do ensino Médico. Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira: Projeto CINAEM III Fase: Relatório 1999-2000. Pelotas: UFPel, 2000. 300p
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária Seminário do CO-NASS para construção de consensos. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004. 44p.
- Ministério da Saúde do Brasil. Portaria nº 1886. Brasília, 1997.
- Ministério da Saúde do Brasil. Portaria nº 198. Brasília, 2004.
- Ministério da Saúde do Brasil. Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília, 2002.
- Ministério da Saúde do Brasil. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília, 2003.
- Ministério da Saúde do Brasil. Saúde no Brasil: desafios e perspectivas. Brasília, 1998.
- Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil. Portaria Interministerial nº 1000. Brasília, 2004.
- SOUZA, Heloísa Machado de; SAMPAIO, Luis Fernando Rolim. Atenção Básica. Política, Diretrizes, Modelos Coetâneos no Brasil. In: NEGRI, Barjar; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza d'Àvila. Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Campinas: Unicamp, 2002. Cap., p. 9-32.
- WAGNER, Gastão. Diretrizes para o Ensino Médico na Rede Básica de Saúde. 2005. Disponível em: http://www.ufrgs.br/tramse/classicos/textos/2005/05/diretrizes-para-o-ensino-mde.htm

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) E EDUCAÇÃO MÉDICA



Pensamento:

"Sete coisas distinguem o sábio do ignorante:

O sábio não fala em presença de quem o ultrapasse em ciência ou em idade, nunca interrompe quem fala; não responde nunca com precipitação; interrompe com método e responde com precisão; discute as questões segundo a ordem por que foram postas; quando não compreende uma coisa confessa este fato com franqueza, curva-se ante a verdade. O ignorante faz precisamente o contrário."

Maimônides

INTRODUÇÃO

Todos os processos educativos, assim como suas respectivas metodologias e meios, têm por base uma determinada pedagogia, isto é, uma concepção de como se consegue que as pessoas aprendam alguma coisa, a partir daí, modifiquem seu comportamento. A pedagogia escolhida, por sua vez, se fundamenta em uma determinada epistemologia ou teoria do conhecimento; assim, baseada nos conceitos educativos de Juan Bordenave, a educação médica necessita estar em permanente transformação, quer do ponto de vista científico-técnico, quer em termos de relação de custo-benefício; neste momento está inserido a medicina preventiva, educação sanitária, sendo o Programa Saúde da Família uma forma de viabilização. Segundo Engelman e Forbes, o crescente interesse pela prevenção e promoção da saúde está relacionado ao aumento de evidências e a preocupação de que as causas mais importantes de morbimortalidade parecem ser uma consequência do comportamento individual, do estilo de vida ou de riscos à saúde existentes no local de trabalho e no meio ambiente, e também a magnitude dos gastos com a saúde e ao aumento dos custos dos serviços de saúde, especialmente com assistência médicocurativa.

Cobertura e atenção integral de saúde às famílias de áreas selecionadas, priorizando as ações preventivas e intersetoriais de saúde, através da promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, de modo contínuo, contribuindo, desta maneira, para a formação e caracterização de um sistema público de assistência à saúde mais democrático e como conseqüência a possibilidade efetiva da melhoria da qualidade de vida da população assistida. Estes são, e continuam sendo, os objetivos e as incumbências do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, quando de sua criação oficial há 11 anos. Desta forma , um questionamento pode ser feito: a educação e a formação médica em nosso país, no ano de 2005, foi preparada e / ou está adequada para estas mudanças, para atingir, o mais próximo possível, estes objetivos ?

CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICA

Para se tentar entender o atual momento do processo de educação e saúde, para os médicos, com enfoque no PSF, no Brasil, algumas considerações e fatos históricos retroativos serão descritos. Assim, com a promulgação da atual constituição brasileira em 1988, houve, nesta oportunidade, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS); com as suas normas, princípios e diretrizes, seguindo uma tendência mundial, mais humanística, com interesse pela prevenção e promoção da saúde; já estabelecida desde da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata), URSS 1978; que tinha como meta geral de saúde para todos no ano 2000; enfatizando que a saúde não é apenas ausência

de doença, mas o estado de completo bem-estar físico, mental e social e que é direito dos povos participarem individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde, para que haja um nível de saúde que permita a comunidade levar uma vida social e economicamente produtiva.

Desta maneira, seguindo nesta linha temática, podemos destacar três princípios fundamentais que norteiam o SUS, que são: a Universalidade, a Eqüidade e a Integralidade.

O princípio da Universalidade garante o acesso gratuito ao sistema público de saúde, sem restrições de classes econômicas e status social. Já a Eqüidade visa diminuir as discrepâncias e as dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde enfrentados pela população brasileira, principalmente as pessoas de poder social e econômico menos favorecido. E na Integralidade temos uma visão mais geral e humanizada do ser humano, não observando apenas uma patologia em seus aspectos físicos e orgânicos do paciente, como na antiga concepção de saúde – doença, porém tendo uma observação mais ampla, verificando os aspectos sociais, familiares, econômicos, culturais e ambientais. O bem estar biopsíquico social do individuo.

Desta forma, com o intuito e a tentativa de modificar e estabelecer um novo modelo de atenção primária à saúde e a sua promoção nos municípios brasileiros, surge neste contexto, uma estratégia viável, por parte do Governo Federal, para simplificar os obstáculos e colocar em prática as normas e princípios do SUS, o Programa Saúde da Família (PSF), sendo, este uma medicina baseada na comunidade em que relação médico-paciente é central e fundamental para o papel do médico de família.

No final da década de 80, o embrião desta nova orientação e modelo de assistência à saúde começa a se formar. É o início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); sendo, esta primeira etapa concluída com a implantação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde.

Em 1993, o Estado do Ceará, com o seu pioneirismo, começa a vivenciar, em seus municípios, uma experiência inovadora de organização de

um modelo assistencial orientado na produção social de saúde. As bases operacionais desse novo modelo eram:

- O trabalho em uma equipe interdisciplinar composta por agentes comunitários de saúde, enfermeiro e médico;
- A definição de um território;
- Adstrição de clientela e o desenvolvimento balanceado de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

As experiências positivas adquiridas nos municípios cearenses serviram de base para avaliação e análise de implantação deste novo programa pelo Ministério da Saúde, como estratégia prioritária de organização da atenção primária no país. Desta forma, em 1994, o Governo Federal lança oficialmente o Programa Saúde da Família (PSF) e destina recursos financeiros de investimento e custeio para sua implantação e implementação nos municípios de todo o Brasil.

Deste modo, podemos observar que apesar de um início bem sucedido, ajudando a melhorar os indicadores sociais e de saúde, o PSF entrou, podemos dizer assim, em um processo de estagnação que perdura até os dias atuais. Entre as possíveis causas indicamos, sem relevar a culpabilidade governamental e as dificuldades constituídas pelas barreiras sociais e econômicas de nossa população, sem dúvida alguma, uma falha na avaliação e dimensionamento dos profissionais de saúde, médicos, estudantes de medicina e suas correspondentes faculdades. Esta apreciação foi e está sendo aplicada com a evolução e a normatização do programa, ou seja, a transição se deu de forma abrupta e o PSF, subitamente, se transformou no sustentáculo e porta de entrada principal de todo um sistema de saúde. Assim, estamos, ainda, na gênese de um longo processo e quem dele está participando direta ou indiretamente, vivencia e adquire experiências para o qual, em muitas situações, não está e não foi preparado para tal; distorcendo, às vezes, o ponto de vista da atenção primária. Talvez, a partir do exposto, tenha se criado o aforismo ou estigma de que o Programa Saúde da Família é "uma prática médica pobre e para pobres".

No meio médico, atualmente é ainda comum, observarmos um conceito inadequado para o médico que trabalha no PSF, tanto pelos profissionais à margem deste serviço, como pelos profissionais atuantes neste, pois, ainda não existe o devido reconhecimento da importância desta especialidade médica, que não é recente. Sendo assim, para sua maioria, considerada como um bom local de atuação, até certo ponto, de retorno financeiro favorável; ideal para os médicos recém-formados que não conseguiram êxito nos concorridos concursos de residência médica das especialidades "tradicionais" e "reconhecidas" ou para aqueles médicos em fase de aposentadoria profissional; ocasiona uma alta rotatividade de profissionais nos municípios e em muitos casos uma busca insaciável, individual, por um melhor aporte financeiro, presente e tão conhecido em nossos municípios.

A tendência atual nos países desenvolvidos para a formação médica é cada vez mais voltada para o médico generalista e / ou médico de família, pois, além de resolver a maioria dos agravos e problemas de saúde da população, facilita uma maior acessibilidade do cliente aos serviços de saúde, levando a uma menor demanda por especialistas e referências para hospitais; porém, segundo a avaliação do Programa Saúde da Família realizada pelo Tribunal de Contas da União em 2002, não houve, até este momento, uma racionalização de gastos e uma redução nos custos da saúde, como se pensava, praticando-se, ainda, uma saúde de preço elevado em nosso país. Mesmo assim, os serviços de assistência médica privada no Brasil estão, cada vez mais, seguindo também esta mesma inclinação.

Como exemplos de modelos de serviços de saúde internacionais gerenciados pelo governo e baseados na medicina comunitária de família, podemos citar Cuba e Canadá.

O modelo de saúde cubano considera os seguintes aspectos:

 Melhorar a acessibilidade à atenção médica em termos de tempo, distancia e recursos;

- Melhorar a qualidade da atenção médica em termos de ciência, técnica e do enfoque humanista;
- Melhorar o controle dos gastos e a eficiência dos sistemas de saúde;
- Priorizar áreas menos lembradas como a promoção da saúde, a prevenção, a geriatria, as doenças crônicas, os fatores de risco para a saúde, como o fumo, o sedentarismo, a obesidade, o stress e a educação para a saúde.

Este modelo cubano completou 20 anos de implementação em 2004, com índices sociais e de saúde comparáveis aos de países desenvolvidos; mas, apesar de características sócio-econômicas da população não diferirem muito da nossa, as características políticas e sociais são pontos diferentes, dificultando uma comparação. Além disso, em Cuba a atenção primária é centrada no atendimento médico, não havendo a referência de equipe, e também, a educação médica, desde a graduação (do primeiro ao sexto ano - 18% da grade curricular) até a especialização, é voltada para a medicina comunitária, sendo a medicina de família obrigatória e pré-requisito para as outras especialidades médicas.

No Canadá, o *Canadian College of Family Physician* estabelece quatro princípios da medicina familiar que devem ser incorporados pelo médico de família:

- O médico de família é um clínico competente (habilidoso);
- Médico de família é uma fonte de recursos para uma população definida;
- Medicina familiar é uma disciplina baseada na comunidade;
- A relação médico-paciente é central para o papel de médico da família.

Apesar do caráter eminentemente público (financiado pelo governo) e organizado a partir da atenção primária, esse sistema de saúde apresenta diferenças marcantes em relação ao do Brasil, uma vez que não é organizado com base territorial e nem atribui ao médico funções mais abrangentes de saúde pública.

Desta forma, um país como o Brasil, de dimensões e problemas continentais, principalmente relativos às condições sociais e econômicas da população, não pode estar na direção contraria desta tendência universal.

2. EDUCAÇÃO MÉDICA E O PSF

No curso de medicina, em nossa experiência, observamos que, uma grande parcela dos estudantes dão pouca ou às vezes nenhuma importância às disciplinas orientadas para o campo social, humanísticas, e / ou que refletem um caráter histórico de saúde pública; junto a isso, o pequeno espaço dispensado a estas disciplinas na grade curricular; ficando atenção primária em segundo plano. Desta forma, a concentração se volta para o sentido restrito da doença, causa e efeito, estimulados por parte dos professores e seus alunos induzidos, ávidos por exames altamente especializados e tratamentos com fármacos de última geração, muitas vezes baseados em rotinas e serviços de instituições dos países de primeiro mundo, onde a realidade social, econômica e cultural; por valores mercadológicos, ou seja, benefícios de acesso restrito para alguns e praticamente impossível para muitos.

Não estou querendo afirmar que devemos deixar de lado a atualização e os avanços tecnológicos da área médica, isto se faz necessário e seria excelente a aplicação irrestrita do princípio da equidade, mas, na outra ponta, temos a nossa severa realidade, assim, fundamentado, em outra tendência corrente, na medicina baseada em evidências devemos atentar mais para a base de qualquer diagnóstico e tratamento bem sucedido que são: a prática do exame clínico e o fator biopsicossocial dos pacientes. O Programa Saúde da Família está inserido neste contexto onde podemos conciliar a tecnologia e a humanização médica.

O editorial da Revista Brasileira em Promoção da Saúde (Volume 17 – Nº 03 – Ano 2004), *Os dez anos de Programa de Saúde da família – PSF* chama atenção de que o PSF está longe de seus objetivos e ainda tem muito a evoluir, porém, ainda não se tem uma avaliação de impacto consistente, e que os

métodos de avaliação utilizados têm sido tão departamentalizados quanto a medicina clássica. Tem-se escrito sobre o enfoque do agente de saúde, do usuário, do impacto social, do profissional e do ponto de vista financeiro, sem haver uma análise do programa como um todo.

Desta forma, observamos que uma alteração curricular, que em algumas faculdades, inclusive a Universidade Federal do Ceará, já aconteceu; no curso de medicina, deve ser feita, para que haja uma adequação natural desta tendência, que é, possivelmente, definitiva em nosso sistema de saúde pública. Esta alteração, não se deve verificar apenas nas disciplinas de caráter social e de atenção primária, pois a interação multidisciplinar com outros profissionais de saúde como enfermeiros, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e os profissionais das áreas sociais como os psicólogos e os assistentes sociais, já é uma realidade, não só do Programa Saúde da Família, como, também, nas outras especialidades médicas, com importância fundamental de cooperação mútua na busca da resolução dos problemas; sendo, assim, o trabalho em equipe é imprescindível para o desenvolvimento da saúde coletiva e pública, respeitando a área de atuação de competência de cada profissional em seus diversos setores e, claro, suas características pessoais, descentralizada a figura médica de detentor máximo do saber e de suas dificuldades de relacionamento interprofissional, que perduram até nos dias de hoje.

Na observância da prática, concluímos que a personalidade médica, de auto-suficiência, que influência na sua formação e educação profissional, começa, ainda, no ensino médio, na escolha de qual faculdade irá prestar o exame vestibular, com a expectativa e lisonjarias familiares e, também, pessoais; passando, obviamente, pelo curso de medicina, onde existe, muitas vezes, uma competição interna entre os próprios companheiros de turma por estágios, notas e afirmação própria, em detrimento dos outros. E quando em alguns estágios ou disciplinas ocorre a interseção com outros estudantes das áreas de saúde, estes, não são tão quão considerados como os "acadêmicos de medicina". Desta forma, esta "educação médica" adquirida é levada posteriormente para o campo

profissional de sua atuação, e nele, é claro, o conhecido PSF; certamente, não podemos generalizar a todos, pois, muitas exceções temos a esta deformação médica.

Como lembra Frederico Melo Guimarães, que apesar de sua área de atuação era administrativa, sua citação se aplica neste momento de mudança, assim, lidaremos melhor com a transição se compreendermos claramente o estado futuro para o qual estamos nos dirigindo, moldando-o através da visão organizacional e de um planejamento estratégico para a mudança, para que não haja soluções de continuidade traumatizantes no processo produtivo, originando freqüentemente situações contraditórias e objetivos conflitantes. Não é fácil, mas é um grande e bonito desafio!

CONCLUSÃO

Convém ressaltar que:

"A educação e a saúde são dois pólos impulsionadores na construção de uma sociedade promissora e sadia, que venha propiciar aos indivíduos uma melhoria de vida " (Sampaio & Alves).

Seja qual for o modelo de atenção e promoção da saúde adotado em nosso país, um obstáculo de enfrentamento em relação à qualificação de profissionais médicos, deve ser encarado, e obviamente há uma influência do seu processo de formação. A citação abaixo deixa clara esta afirmação e resume o desafio do PSF com a educação médica (Paola Colares de Borba, 1998):

"As escolas médicas marcam a pauta do manejo da doença humana. O repto que agora enfrentam é muito mais difícil: ter um papel condutor no manejo da saúde humana. Isso exigirá, de parte dos médicos, a aceitação de amplas responsabilidades como membros da sociedade. Preparar esses médicos para que aceitem essas responsabilidades implica ampliar a educação médica e incluir os melhores representantes de outras profissões em programas conjuntos" (HIATT).

Como consideração final para refletir sobre a educação médica e os problemas da saúde brasileira mencionamos o seguinte: É mais fácil conhecer todos os aspectos de um problema, encontrar uma solução mais adequada e conseguir que esta seja aplicada, quando muitos trabalham juntos; e que a fuga das responsabilidades é, quase sempre, ligada à falta de consciência, permitindo que outros decidam em seu lugar; deste modo, o Programa Saúde da Família engloba todo este pensamento, e que seja, se não uma solução, mas pelo menos um grande avanço na socialização e humanização da saúde no Brasil como um todo.

BIBLIOGRAFIA

- BASTOS, Núbia Maria Garcia. **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico.** Fortaleza, 2003.
- BORDENAVE, Juan E. Dias. **Alguns fatores pedagógicos**. Fortaleza, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade de Fortaleza UNIFOR, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família Outubro 2005 [on line].** Brasília. Disponível em: URL: http://www.portalsaude.gov.br.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.
- CEARÁ Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Apostila do curso introdutório em saúde da família.** Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- ENGELMAN, S., & FORBES, J. F.; Aspectos econômicos de la educación para la salud, in Tendências Actuales em educación sanitária. Barcelona, Quadern CAPS, mar 1987.
- GUIMARÃES, Frederico Melo. **Administrar paradoxos: a anatomia da mudança**. Fortaleza, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade de Fortaleza UNIFOR, 2005.
- MICHAELIS. **Dicionário digital**. Fortaleza: UOL: Diário do Nordeste, 2000. CD ROM.
- MINSAP. **El plan del médico de la familia en Cuba**. UNICEF. UNFPA. OPS. OMS. MINSAP. 1991.
- SILVA, Carlos Antonio Bruno. Os dez anos de Programa de Saúde da Família PSF editorial. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Fortaleza, Universidade de Fortaleza UNIFOR, v. 17, n. 3, p. 97 98, 2004.
- STOTZ, Eduardo N.. **Enfoques sobre educação e saúde**. Fortaleza, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade de Fortaleza UNIFOR, 2005.
- VIEIRA, ET; BORGES, MJL; PINHEIRO, SEM; NUTO, SAS. O programa saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** Fortaleza, Universidade de Fortaleza UNIFOR, v.17, n.3, p. 119 126, 2004.



INFLUÊNCIAS
INTERNACIONAIS NA
IMPLANTAÇÃO DO
PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA E SUA RELAÇÃO
COM A EDUCAÇÃO MÉDICA
BRASILEIRA



INTRODUÇÃO

As últimas décadas do século XX e o início do século XXI estão revestidos de grandes transformações no Sistema Nacional de Saúde Brasileiro, com sensível repercussão no mercado de trabalho e na educação médica.

Poderíamos citar com muita clareza alguns marcos históricos de fundamental importância em todo esse processo de mudanças: o movimento de reforma sanitária e redemocratização do país; a constituição cidadã de 1988 que estabeleceu "saúde como direito de todos e dever do estado" e criou o Sistema único de Saúde (SUS); a reestruturação da Atenção Primária da Saúde com a criação do Programa Agente Comunitário de Saúde (1987) e a implantação do Programa Saúde da Família (1994); e a reforma curricular dos cursos de medicina.

Nesse contexto de transição, procuraremos identificar os elementos internacionais (externos) que de modo mais contundente tem influenciando a formatação dessas reformas, na medida que exercem um poder sobre a definição das políticas públicas brasileiras.

Procuraremos desvendar as múltiplas faces, muitas vezes ocultas, desse panorama; esperamos trazer colaborações essenciais para a melhor compreensão do processo de implantação do Programa Saúde da Família, bem como, da sua inter-relação com os rumos da educação médica brasileira.

I. Recorte Analítico

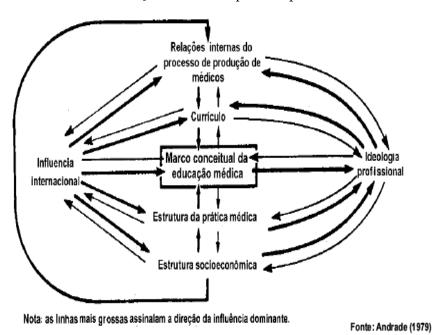
A eleição do delineamento de nosso estudo, diante da complexidade que envolve a construção de políticas públicas, foi-nos problemática. Que recorte precisaríamos realizar para entender o surgimento da proposta do programa saúde da família, bem como a sua relação e inter-relação com a educação médica?

Considerando que não poderíamos nos restringir a uma simples descrição da realidade, era necessário individualizar nela aquilo que tem sentido, aquilo que é surpreendente no conjunto dos fatos.

Nesse sentido, identificamos preliminarmente que o tema se inseria em um contexto de políticas públicas marcadamente influenciado por elementos internacionais. O país se vê sobre pressões externas, para realizar reformas estruturais, um seguimento a uma "Agenda Internacional" imposta pelos governos centrais (países credores) ao Brasil.

Daí a nossa opção por adotar um modelo analítico a semelhança do proposto por Andrade (1979), apresentado por Almeida (1999). Partindo do mesmo recorte, consideramos o tema, PSF e EM, como estando no centro de uma intrincada rede de relações, de tal modo que só poderíamos compreender sua construção (em que direção caminha) a partir do estudo da interação entre os diversos elementos que dela participam, dentre os quais destacamos, por sua importância: a estrutura social, econômica, e a 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 1).

Figura 1 - Relações externas do marco conceitual da educação médica em países dependentes



A imensidade de elementos e as intricadas relações entre eles nos fizeram optar por eleger como objeto do estudo as influencias internacionais presentes no processo de reforma do setor saúde brasileiro e que, de modo sensível, marcaram a implantação do Programa Saúde da Família e das mudanças na educação médica.

II. O Estado do Bem Estar Social

O tema de nosso estudo se insere no contexto da universalização da proteção social introduzida no pós-guerra, marcadamente com a implantação da lógica do Estado de Bem Estar Social, modelo de proteção social assumido pelo capitalismo central, que se fundamenta no "papel desempenhado pelos fundos públicos no financiamento da reprodução

da força de trabalho e do próprio capital, na emergência de sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados de políticas sociais - educação, saúde, previdência, etc. - e na irradiação do consumo de massa, padronizado, de bens e serviços coletivos" (MEDEIROS, WERNECK & SALM, 1993).

Certamente a crise econômica mundial do final da década de 70, com "as críticas do seguimento empresarial que acusavam as políticas sociais de responsáveis pelo aumento do déficit público, pela volta da inflação e pelo declínio dos investimentos", juntamente com as "reclamações dos próprios usuários quanto à burocratização dos serviços, à queda dos valores dos benefícios e a qualidade da assistência prestada" (MEDEIROS, WERNECK & SALM, 1993), compõe os grandes elementos impulsionadores das mudanças na área social que aconteceram nas últimas décadas.

A crise também "propiciou o contexto político favorável para que o Banco Mundial e o FMI assumissem um papel central na renegociação e garantia dos pagamentos das dívidas externas, na reestruturação e abertura das economias dos devedores e na instituição de condicionalidades para a obtenção de novos financiamentos" (SILVA, AZZI & BOCK, 2005).

Através das condicionalidades acordadas, a participação dessas instituições internacionais nas políticas nacionais não se limitou à mera assessoria técnica. "A recusa de uma política por determinado país pode levar o banco a não lhe conceder o seu aval, deixando-o à margem do mercado internacional de capitais (...) o que faz os governos com legitimidade corroída acatarem o fundamental de suas condições" (KOIF-MAN, 2003).

Integrando-se também nesse cenário, mais fortemente nas décadas de 80 e 90, teremos o grande crescimento do processo de globalização da economia e o neoliberalismo. Período no qual, sem romper com a dita "cidadania welfariana", inicia-se um conjunto de "ajustes"

no financiamento das políticas sociais, cortes de gastos e contenção de despesas, "medidas seletivizadoras, contencionistas e privatizantes ganharam terreno" (MEDEIROS, WERNECK & SALM, 1993). Medidas que passam até por estabelecer "formas alternativas de remuneração dos médicos, bem como as buscas de aumento da produtividade" (CHERCHIGLIA, 1994).

As soluções apresentadas para área social caracterizam-se por não se revestirem de muitas pretensões teóricas e de idéias muito pragmáticas acerca de como deveria abordar o problema da pobreza mundial. Intervenções que se centram exclusivamente na escala de projetos e sobre situações específicas, com o objetivo de melhorar as condições dos pobres, mas sem intrometer-se nas causas gerais que produzem a pobreza. Nos campos acadêmicos, esta mudança na percepção do problema se identificou com a expressão "solucionática" em contraposição à "problemática", que habitualmente emprega-se para as teorias que trabalhavam com a análise das causas gerais da pobreza mundial (BARRETO & ZAVALA, 2004).

Esse parece ser o pano de fundo de toda reforma sanitária e educacional que nas últimas décadas se estabeleceu nos países capitalistas: ações marcadas por uma resposta mais técnico-científica e "economicamente viável" do Estado às pressões populares crescentes no sentido da obtenção de um padrão superior de qualidade de vida.

Fenômeno muito semelhante à resposta aos movimentos sociais que surgem em conseqüência da revolução industrial, que resultou na implementação de serviços de assistência médica e previdenciária, constituindo uma resposta às tensões sociais e, simultaneamente, um maior controle sobre a força de trabalho.

Certamente que é da função do estado, em certas circunstâncias, lançar mão de políticas sociais para garantir as condições necessárias à preservação e aos desdobramentos da ordem social; no caso especifico, ordem social capitalista e neoliberal.

Ressaltamos, contudo, que essa tese não tem, em si mesma, o poder de legitimar todas as políticas sociais do estado, principalmente considerando que em muitos países o estado representa e está a serviço de um grupo minoritário.

Por outro lado, ajuda-nos a compreender como, em uma tamanha crise econômica vivenciada, principalmente pelos países em desenvolvimento, o Banco Mundial, por exemplo, em seu relatório anual de 1998, consegue apresentar, em detrimento dos países devedores, "muitos aspectos positivos, tais como: mercados mais abertos e competitivos e forte crescimento do comércio mundial; aumento impressionante do investimento estrangeiro direto, que registrou outro recorde em 1998 apesar da crise; baixas taxas internacionais de inflação e déficits fiscais mais baixos; mais de uma década de reformas econômicas sólidas nos países em desenvolvimento. (BANCO MUNDIAL, 1998) (grifos nossos).

III. Políticas Públicas para a América Latina e para o Brasil

É obvio que, se a crise econômica do final da década da 70 impôs reformas nos países "credores", para a maioria dos países da América Latina, com dívidas externas razoáveis, a repercussão foi muito maior.

Importante perceber que, "no caso das Américas, especialmente do Mercosul, do Nafta e da Alca, todas as relações e redefinições se inscrevem num contexto político e estratégico fortemente marcado pela onipresença dos Estados Unidos, para todos e cada um dos membros da integração regional" (BARBIERO & CHALOULT, 1999)

Nesse sentido, Almeida apresenta que até a responsabilidade principal da grave crise da dívida externa enfrentada pela América Latina nos anos 80 "estava fora do alcance e da capacidade de atuação dos países vítimas das crises de inadimplência desses anos. Ela resultou, basicamente, da decisão, adotada desde 1979 pela Administração do Federal Reserve dos EUA de aumentar brutalmente as taxas de juros, como forma de se garantir um aporte de recursos externos para compensar os formidáveis desequilíbrios comerciais e os sucessivos déficits públicos enfrentados

por esse País: esses juros saltaram de "confortáveis" 6 a 8% ao ano para mais de 12 ou 14% – correspondendo na verdade às taxas reais de inflação na zona OCDE –, chegando, em algumas épocas a 18 ou mesmo a 21% ao ano" (ALMEIDA, 1999).

Com tais movimentos de capital seria inevitável a inadimplência dos mais expostos; assim, "mais para o final da década 80, reconhecendo a manifesta incapacidade de pagamento dos mais endividados, os países do G-7, capitaneados pelos Estados Unidos (planos Baker e Brady), chegaram ao fato inevitável da necessidade de uma mudança conceptual na forma de tratamento do problema da dívida: passou então a ser aceita, por banqueiros e agências públicas dos países credores, a aplicação de algum tipo de desconto do valor nominal (facevalue dos títulos emitidos) ou real (via taxa de juros) dos títulos oficiais da dívida contraída nos anos de euforia financeira" (ALMEIDA, 1999).

Para esses países, grandes devedores, o Banco Mundial reconhece que são essenciais a inclusão nos empréstimos da "garantia do abastecimento de alimentos mediante transferências diretas e subsídios, geração de renda para os pobres mediante doações e obras públicas, preservação do bem-estar físico mediante serviços básicos de saúde e educação e aumento da capacitação e assistência para os desempregados" (Banco Mundial, 1998).

Por outro lado, esses países sofreram, ao gosto neoliberal, imposições de severas reformas em seus sistemas de proteção social. "Desnecessário dizer que essas reformas, defendidas em geral pelos representantes do Banco Mundial, do FMI e agências internacionais, nunca foram colocadas em prática nos países avançados" (MARQUES, BATICH & MENDES, 2003).

No caso brasileiro, essas reformas basearam-se em três orientações fundamentais: "a universalização dos serviços de saúde e educação básicas; a implementação de programas mais bem focalizados, com uma melhor seleção de beneficiários; e a descentralização, que determinou

uma maior participação dos governos estaduais e municipais nas despesas sociais e das comunidades locais" (VINOD, 2002).

É espantosa a intervenção exercida pelo Banco Mundial no Estado Brasileiro. O Banco formula condicionalidades que são verdadeiros programas de reformas das políticas publicas e, tudo indica que também implementa esses programas usando redes de gerenciamento de projetos, "assistência técnica", que funcionam de forma mais ou menos paralela à administração publica oficial.

IV. Reforma Sanitária na América Latina

"Nas três últimas décadas, diversas reformas de saúde foram introduzidas na maioria dos países nas Américas. As reformas foram iniciadas por uma série de motivos, incluindo custos crescentes, serviços ineficientes e de baixa qualidade, orçamentos públicos reduzidos, novos avanços tecnológicos, e como uma resposta ao papel do estado em mutação" (OPAS/WHO, 2005).

É obvio que a crise do endividamento das décadas de 70 -80, com uma imensa massa de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza e uma população com elevada consciência social que exige direito à saúde, representou o principal elemento motivador dessas reformas.

No entanto, a resposta "solucionática" para América Latina teve sua origem nos Estados Unidos nos anos sessenta, com a medicina comunitária ou saúde comunitária. Pensada inicialmente como uma resposta à problemática em que se encontrava a conjuntura norte-americana, numa época de "intensa mobilização popular e intelectual em torno de importantes questões sociais, como os direitos humanos, a guerra do Vietnã, a pobreza urbana e o racismo", surge a instituição de programas "destinados principalmente à ampliação da ação social nos setores de habitação, educação e saúde (particularmente saúde mental), reduzindo tensões sociais nos guetos das principais metrópoles norte-americanas. No campo da saúde, organiza-se então o movimento da saúde comunitária, também conhecido como medicina comunitária, baseado na implantação de

centros comunitários de saúde, em geral administrados por organizações não lucrativas porém subsidiados pelo governo federal, destinados a efetuar ações preventivas e prestar cuidados básicos de saúde à população residente em áreas geograficamente delimitadas" (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998).

É importante perceber que a Medicina Comunitária tinha mostrado seu êxito enquanto iniciativa popular e que, em muitos casos, não contava com a presença de profissional médico. Caracterizava-se como um movimento social em defesa da vida que, em parceria com a comunidade e com a participação de profissionais de saúde e educadores, desenvolviam ações de saúde voltadas principalmente à populações marginalizadas das políticas públicas, em locais que até médicos não existiam.

"Com o endosso da OMS, os princípios desses programas comunitários de saúde passam a enfatizar mais a dimensão da assistência simplificada visando à extensão de cobertura de serviços para populações até então excluídas do cuidado à saúde, principalmente em áreas rurais, sendo dessa maneira incorporados ao discurso das agências oficiais (secretarias, ministérios) de saúde" (PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998).

Assim, no início da década de 70, desponta uma onda de programas de saúde regionais ou nacionais, administrados pelos respectivos Ministérios da Saúde de quase todos países da América Central e da América do Sul, patrocinados por agências internacionais (USAID, UNICEF, FAO, Fundação Millbank, Fundação Rockefeller, Fundação Kellogg) e endossados pela OPAS (WENER, 1984).

Havia a expectativa de que a implantação desses projetos desencadeasse um "efeito-demonstração" que influenciaria "positivamente" o desenho dos sistemas de saúde do continente. (PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998).

David Wener (1984), após uma série de visitas aos diversos programas do gênero desenvolvidos na América Latina, revela de modo quase hilário a incorporação governamental da proposta de medicina comunitária:

"Surgiu toda uma linguagem própria para aqueles que estão por dentro da assistência à saúde na comunidade rural. De um país para outro, ouvem-se os mesmos chavões, por exemplo: O processo decisório pelos membros da própria comunidade, Respostas aos problemas sentidos pela comunidade, O agente de saúde escolhido pelos membros de sua comunidade, As prioridades devem ser determinadas pela própria comunidade" (grifos do autor).

Completa o Wener, "é claro que as idéias atrás desses axiomas são fundamentais, mas muitas vezes são, tão estranhas à comunidade a qual se referem como ao Ministério da Saúde, ao qual foram impostas. Se houvesse um pouquinho menos de retórica e um pouquinho mais de realidade na substância desses *slogans* (grifo do autor), a situação da assistência à saúde rural na América Latina estaria muito melhor do que está hoje".

Assim, como analisa Silva Júnior (1998), citado por Lilian Koifman (2003), "embora os discursos oficiais falem em universalidade do acesso, na prática é mantida a dualidade do sistema, oferecendo os cuidados primários para os segmentos menos favorecidos da população e a Medicina de ponta para os mais favorecidos".

Evidentemente, o próprio David Wener (1984) após suas visitas a esses programas de saúde da América Latina, relata que "nenhum dos programas seja governamental ou não-governamental, eram inteiramente opressivos, nem inteiramente incentivador". Em cada programa havia uma mistura de qualidades e defeitos, o que, aliás, é típico da natureza humana.

Entretanto, o mesmo autor verifica também que os programas que incentivavam a comunidade eram, com algumas notáveis exceções, pequenos e não-governamentais, enquanto que muitos dos grandes programas governamentais "tinham um mínimo de participação comunitária efetiva e um máximo de donativos viciados, paternalismo e normas impostas, destruidoras da iniciativa comunitária" (WENER, 1984).

De qualquer forma, esses projetos, que aconteceram também na África, revelaram que os programas, quando faziam pleno uso dos recursos locais e utilizava-se de pessoal da própria comunidade e levavam os cui-

dados de saúde o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, se mostravam efetivos na melhoria de alguns indicadores de saúde.

A partir dessas experiências foi possível pensar na possibilidade de os governos oferecerem um nível de saúde que permitissem que os cidadãos levassem uma vida social e economicamente produtiva. Assim, em 1977, pela primeira vez, a Assembléia Mundial de Saúde fala em "saúde para todos até o ano 2000" (STARFILD, 2002).

Esperava-se que, através dessa iniciativa, pudessem amenizar a desigualdade na saúde, aprofundada pelas próprias políticas econômicas, principalmente em países como Brasil que conviviam (e ainda convive) ao mesmo tempo com uma extrema concentração de renda e uma altíssima taxa de mortalidade por causas totalmente evitáveis (OPAS/ WHO, 2005).

Um ano depois, setembro de 1978, no afã de concretizar a meta de "Saúde para Todos no Ano 2000", na Conferência de Alma Ata, viu-se a "Atenção Primária de Saúde" (APS) ser apresentada como a principal estratégia para alcançar esse objetivo. A APS, em última análise, representa uma proposta de incorporação dos conceitos basilares da Medicina Comunitária no contexto dos sistemas nacionais de saúde.

A APS ou "Cuidados Primários de Saúde" deveria tornar-se, como declarada naquela conferência internacional, uma parte integrante do sistema de saúde do país e do desenvolvimento social e econômico da comunidade, seria o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde. Caracterizando-se por uma "atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter" (WHO, 1978).

Na mesma "Declaração de Alma Ata" ratifica-se que "a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade da vida e para a paz mundial" (WHO, 1978).

A APS incluiria, pelo menos, "educação no tocante a problemas prevalecentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa-qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais" (WHO, 1978).

Porém, ao longo da década de 80, principalmente nos países ditos em desenvolvimento, foi-se, de certo modo, abandonando a concepção original, sua "aplicação prática" apresentou distorções marcantes em relação à proposta pela Conferência. O que veremos é uma APS restrita a ações focais, seletivas na busca de resolver problemas específicos das classes desfavorecidas, por que não dizer, imensos esforços dos setores da saúde com o intuito de modificar perfis resultantes, em sua maior parte, da própria exclusão social.

Esse fato é reforçado pela UNICEF que, com a argumentação de dificuldades devido a alguns fatores logísticos (custo, falta de profissionais treinados) e políticos (participação comunitária, educação, mudanças econômicas e sociais), passa a propor modelos focalizados.

Um exemplo clássico é o Modelo GOBI, apresentado em 1982, considerado "revolucionário" para a melhoria da qualidade de vida da população, principalmente por ser de baixo custo, de tecnologia simples e acessível, dita apropriada e prioritária para ser implantada imediatamente nos países pobres (WISNER, 1988; BOBADILLA, 1988. O modelo se baseava em quatro ações: acompanhamento do crescimento (Growth), reidratação

oral (Oral rehydration), aleitamento materno (Breast feeding), imunização (Immunization).

Tais propostas, mesmo com excelentes resultados em determinadas causas de morbi-mortalidade, se mostraram insuficientes para responder às necessidades de saúde da população. O modelo GOBI, por exemplo, teve um impacto preponderantemente no componente pós-neonatal na mortalidade infantil. Essa "APS seletiva", como simplificação tecnológica das práticas de atenção à saúde, não consegue, mesmo em relação às doenças mais prevalentes, atender nem aos grupos sociais de baixa renda que se encontravam excluídos do acesso à assistência médica (CYRINO & RIZZATO, 2004; WENER, 1984; SOUSA, 1998).

Nos anos 90, veremos na Américas Latina uma maior integração dos projetos de APS nos Sistemas Nacionais de Saúde, partindo da necessidade de estruturação desses sistemas em uma base loco-regional.

Aproveitando a definição de níveis de serviços de saúde, apresentado no histórico Relatório Dawson, de 1920 na Grã-bretanha que propôs uma estrutura organizacional baseada em diferentes níveis de atenção, sendo a mais básica o centro de atenção primária à saúde, apoiado por um nível secundário, constituído de especialistas que, por sua ver, era apoiado por um nível terciário composto por hospitais-escola, veremos o surgimento do conceito de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (STAR-FIELD, 2002). O SILOS, na perspectiva da APS, dá ênfase ao território-processo, o sistema de saúde organizado em uma base loco-regional de saúde como uma entidade geográfica-administrativa descentralizada.

Partindo desses dois conceitos apresentados, APS e SILOS, principalmente marcado pelo viés neoliberal, de políticas compensatórias contando com a parceria técnica da OPAS e com o apoio econômico das agências financeiras multilaterais, se estruturaram, nos países da América Latina, vários programas e estratégias para a organização da atenção à saúde, como exemplos, no Brasil, teremos o Programa Agente de Saúde e o Programa Saúde da Família (OPAS, 2004).

V. Proposta para Educação Médica na América Latina

Na mesma linha da política de saúde, a "agenda internacional" orientada para a educação superior para os países da América Latina caracteriza-se "por diversificação de fontes de financiamento (venda de serviços e cobrança de taxas escolares), reformas curriculares (encurtamento dos cursos de graduação, para se obter mais rápida inserção no mercado de trabalho), seletividade no acesso (exames tipo vestibular), promoção de novos cursos orientados para o mercado (Marketing, Finanças, Sistemas etc.), atualização docente e rápida expansão de universidades particulares" (Mollis Apud KOIFMAN, 2003).

Aqui, como também na reforma da saúde, veremos duas forças marcantes, UNESCO e o Banco Mundial, com propostas que se chocam, no entanto que na prática se ajustam à ideologia neoliberal. A Unesco defendia que o "Estado deve se comprometer explícita e firmemente com o financiamento estratégico de médio e longo prazos da pesquisa e do ensino superior, posição hoje majoritária na maioria dos países desenvolvidos, a começar pelos EUA" e, na contramão da história, o Banco Mundial, defende que na América Latina "o financiamento estatal das universidades é um forma regressiva de distribuição que favorece os grupos de renda mais alta" (AZEVEDO, 2000).

Nesse sentido, Marilena Chauí, citada por Azevedo (2000), aponta para tendência neoliberal de transformar a universidade pública em uma "organização social". A universidade pública — tradicionalmente uma "instituição social" — se transmutaria em uma "organização", ou seja, em uma entidade particular e isolada onde a eficiência é medida em relação ao seu desempenho perante suas concorrentes. A uma organização não cabe refletir sobre sua própria existência, seu papel dentro da sociedade, sobre sua produção e para quem se produz, questões centrais da instituição universitária" (AZEVEDO, 2000).

Essa observação, aparentemente sutil, tem repercussões profundas dentro da universidade e da sociedade. Chauí, citada pelo mesmo autor, revela de modo contundente que, "enquanto a instituição social é

voltada para a universalidade, ou seja, tem a sociedade, seus valores e paradigmas como referência, a organização tem a si mesma como referência, numa lógica de mercado que valoriza o quanto se produz, em quanto tempo e qual o custo do que é produzido. Ao voltar-se para si mesma, esse tipo de **universidade operacional** perderia legitimidade pública, seu papel social, e acarretaria deformações de suas atividades fins. A formação acadêmica correria o risco de se transformar em transmissão de conhecimentos e adestramento, e a pesquisa, de ser reduzida a **uma estratégia de intervenção e de controle de meios ou instrumentos para a consecução de um objetivo delimitado**, perdendo-se o significado do seu objetivo mais amplo de reflexão crítica, de questionamento do *status quo*, de descoberta, de tentar compreender a realidade a partir da elaboração de **sínteses abertas que suscitem a interrogação** e novas buscas." (AZEVEDO, 2000).

Nesse sentido, parece-nos que na Educação Médica a influência das agências internacionais foi muito marcante, com intuito de dar respaldo às propostas desencadeadas na área da saúde, desenvolvem toda uma estratégia de mobilização de recursos dentro das universidades, como exemplo, nas décadas de 50 e 60, com a criação de departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas de vários países da América Latina e, a partir da década de 60, patrocinando vários eventos da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina (Fepafem) e instituições congêneres.

Em 1993, desponta, financiado pela Fundação F. W. Kellog, o projeto de "Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde": União com a Comunidade (UNI). Iniciativas que tinham o propósito de "produzir mudanças sincrônicas nas universidades, serviços de saúde e comunidades participantes, bem como nas relações entre eles. Partiu-se do pressuposto que na América Latina, de profundas desigualdades sociais e democracia incipiente, somente se poderia construir a relevância

social das universidades e dos serviços de saúde por meio de sua abertura a relações democráticas com a população e suas organizações" (FEU-ERWERKER & SENA, 2002).

Sustenta-se em um discurso paradigmático a proposta de abertura da universidade "para o mundo da vida", onde "o mundo real, com sua complexidade, tem que estar ativamente presente na construção das novas maneiras de trabalhar e produzir conhecimento" (FEUERWERKER & SENA, 2002).

O que se verifica na prática é que tais experiências foram impulsionadas quase que exclusivamente pelos Departamentos de Medicina Preventiva e com características semelhantes à medicina comunitária (CYRINO & CYRINO, 1997).

Podemos, nesse momento, perceber como a proposta de reforma da educação médica, com financiamento das mesmas agências internacionais que apoiaram as reformas na saúde, fazem parte de um mesmo projeto de políticas públicas restritivas e focalizadas.

O Surgimento do PSF e a Educação Médica

O PSF se origina em 1994, dentro dessa lógica de reforma dos sistemas nacionais de saúde, a exemplo do que vinha acontecendo em diversos países capitalistas ou não, pobres e ricos, imbuídos da missão de garantir e prestar cuidados de saúde, tendo em conta as mudanças demográficas, os avanços médicos, a economia da saúde e as necessidades e expectativas dos pacientes.

Nessa época, a nível internacional, já se tinha evidência científica indicando que "os sistemas de saúde baseados em cuidados primários (APS) efetivos com médicos generalistas (Médicos de Família) altamente treinados e exercendo na comunidade, prestavam cuidados com maior efetividade, tanto em termos de custos como em termos clínicos, em comparação com os sistemas com uma fraca orientação para os cuidados primários" (WONCA, 2002; STARFIELD, 2002).

Os países têm adotado modelos semelhantes, contudo com características próprias, a depender de elementos internos (aporte tecnológico, culturais, políticos-econômicos, etc.) e, mais marcadamente nos países da América Latina, ditos dependentes, influenciados por pressões externas, como apresentado nas seções anteriores.

No caso brasileiro, "tendo em vista a escassez de recursos, em um ambiente de superávits primários crescentes exigidos pelo Fundo Monetário Internacional, não é descabida a leitura de que a ênfase na Atenção Básica acabe por descuidar dos demais níveis de atenção à saúde" (MARQUES & MENDES, 2002). O PSF, surgindo nesse contexto, mesmo orientado pelos princípios da organização do sistema de saúde, na prática, sua proposta organizativa se assemelha ao movimento de medicina comunitária americano (CONILL, 2002).

Desse modo, o PSF encontra-se no meio de duas grandes tenções, de um lado a proposta de ser uma estratégia para mudança do modelo assistencial baseada nos pressupostos da atenção primária ampliada e, de outro, as imposições de uma política social focalizada. No primeiro caso, atuando na prestação de uma assistência integral, na vigilância, na prevenção, recuperação e promoção da saúde, tendo como foco de atenção a família, entendida a partir do meio onde vive (VIDAL, SIL-VA, OLIVEIRA, et al, 2003). No segundo, desenvolvendo ações focais, seletivas na busca de resolver problemas específicos das classes desfavorecidas.

A Educação Médica, por sua vez, enquanto parte de um mesmo processo histórico de construção dialética dos Sistemas de Saúde e da "Produção de Profissionais de Saúde", no momento que o PSF é assumido como "estratégia estruturante do SUS", inexoravelmente é pressionada a responder a essa nova demanda.

Nesse sentido, no século atual, visando formar um profissional "essencial para a ampliação dos programas de atenção básica, como o Programa Saúde da Família (PSF)", financiado pelo Banco Interamericano

de Desenvolvimento (BID), o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação instituem o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) (MS. 2002).

CONCLUSÃO

Certamente os temas "Programa Saúde da Família" e "Educação Médica" fazem parte de um contexto denominado de "Políticas Sociais", que, nos últimos anos, vem sendo influenciado por políticas neoliberais, e que passaram por um grande processo de transformação, com a Reforma do Sistema Nacional de Saúde e, conseqüentemente, com a reforma da Educação Médica.

Nesse trabalho, apresentamos alguns marcos históricos, políticos, econômicos e ideológicos do cenário internacional que, sem desconsiderar a influência das forças internas ao país, marcaram a implantação e implementação do Programa Saúde da Família e sua inter-relação com a Educação Médica numa posição de subordinação aos imperativos postos pelos interesses dos organismos internacionais.

Apontamos para a tendência, dentro de uma lógica de reformas sociais, de tornar o PSF em uma "possibilidade de redirecionamento na formação dos profissionais de saúde (Reforma Curricular) visando ter profissionais tecnicamente competentes e integrados à filosofia do SUS" (SALDANHA, 2003).

Resta-nos saber que SUS é esse. O SUS que a população anseia e inscrito em nossa Carta Magna? Ou o SUS "solucionático", restrito a ações focais e seletivas? Um SUS que vai ao encontro das necessidades da sociedade? Ou um SUS que, para manter a ordem social capitalistaneoliberal, vai ao encontro das necessidades de uma parte excluída da sociedade?

A resposta a esses questionamentos, que acreditamos fazer parte de um processo em construção, será tarefa para toda sociedade brasileira. Finalmente, em face da premência da matéria, apontamos para a urgência do engajamento pró-ativo dos diversos atores envolvidos nos processos de educação médica e de produção de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALMEIDA, M.J. Interface Comunic, Saúde, Educ 4. fevereiro, 1999.
- ALMEIDA, P.R. O Brasil e as crises financeiras internacionais, 1929-1999 Revista Múltipla – Ano IV - vol. 5 – nº 7, Dezembro de 1999.Brasília, DF, Brasil.
- AZEVEDO, S. A universidade brasileira em questão. Rev. bras. Ci. Soc., Oct. 2000, vol.15, no.44, p.171-177.
- BANCO MUNDIAL, Comunicado de Imprensa Nº 99/2016/S Banco Mundial / GEP 1998 / 99.
- BARBIERO, A. & CHALOULT, Y. A declaração sociolaboral do Mercosul: avanço na dimensão social? Revista Múltipla Ano IV vol. 5 nº 7, Dezembro de 1999. Brasília, DF, Brasil.
- BARRETO, M.A. & ZAVALA, J.R. Articulación vertical de la inversión urbana en el nordeste argentino: Reflexiones sobre la experiencia del Banco Mundial durante la década del '90. *EURE (Santiago)*, sep. 2004, vol.30, no.90, p.103-119. ISSN 0250-7161.
- BOBADILLA, J. L. Las Sobrevivencia de Niños en América Latina, problema de tecnología o cambio social. *Salud Publica de Mexico*, v. 29, n. 1, Enero- Febrero, 1987, p. 63-64.
- CHERCHIGLIA, M.L. Remuneração do trabalho médico: um estudo de seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: v. 10, n. 1, p. 67-79, jan/mar, 1994.
- CONILL, E.M. Primary care policies and health reforms: an evaluative approach based on an analysis of the Family Health Program in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, 1994-2000. Cad. Saúde Pública, 2002, vol.18 suppl, p.191-202.
- CYRINO, A. P. & CYRINO, E. G. The integration of Communication, Health and Education: the experience of the UNI-Botucatu, Interface Comunicação, Saúde, Educação, v.1, n.1, 1997.
- CYRINO, E.G. & RIZZATO, A.B.P. Contributions to curriculum changes at Botucatu Medical School. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Jan./Mar. 2004, vol.4, no.1, p.59-69. ISSN 1519-3829
- FEUERWERKER, L.C.M., SENA, R.R. A contribution to the movement for change in professional healthcare education: an assessment of the UNI experiences, Interface _ Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.10, p.37-50, 2002.

- KOIFMAN, L. The process of curricular reform of two medical schools in Brazil and Argentina: a comparative approach, Interface Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.113-33, set.2003-fev.2004.
- MARQUES, R.M.; BATICH, M. & MENDES, Á. Previdência social brasileira: um balanço da reforma. São Paulo Perspec., Jan./Mar. 2003, vol.17, no.1, p.111-121.
- MARQUES, R.M. & MENDES, Á. Brazilian Ministry of Health policy providing incentives for basic health care: a threat to the autonomy of Municipal administrators and the principle of integrality? Cad. Saúde Pública, 2002, vol.18 suppl, p.163-171.
- MEDEIROS, C.; WERNECK, M.L.T. & SALM, C.L. Estudo da Competitividade da Industria Brasileira: qualificação, treinamento da mão de obra e competitividade. IE/UNICAMP IEI/UFRJ FDC FUNCEX Campinas, 1993.
- MS. Secretaria de Políticas de Saúde. A new medical school for a new health system: Ministries of Health and Education are launching plan to change the medical curriculum. *Rev. Saúde Pública*, June 2002, vol.36, no.3, p.375-378.
- OPAS / WHO. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS Agosto de 2005.
- OPAS. Atención primária de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Afra Suassuna Fernandes / Juan A. Seclen-Palacin (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.
- PAIN, J.S. & ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? Ver. Saúde Pública, 32 (4): 299-316, 1998.
- SALDANHA, C.R.M. Avaliação do PSF em Juiz de Fora. OPAS, 2003. Artigo na Internet: http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5325.pdf
- SILVA, C.C.; AZZI, D. & BOCK, R. BANCO MUNDIAL em FOCO um ensaio sobre sua atuação na educação brasileira e na dos países que integram a Iniciativa Via Rápida na América Latina. Observatório da Educação. Action Aid Brasil. Ação Educativa, julho 2005.
- SOUSA, J.R.P. Mortalidade Infantil: o que os números não revelam. Um estudo da Mortalidade Infantil no Ceará. Fortaleza, 1998. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará.

- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- STOTZ, E.N. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. São Paulo Perspec., Jan./Mar. 2003, vol.17, no.1, p.25-33.
- VIDAL, S.A.; SILVA, E.V.; OLIVEIRA, M.G. et al. Evaluation of the Integrated Management Childhood Illness (IMCI) strategy application by Community Health Agents. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Apr./June 2003, vol.3, no.2, p.205-213.
- VINOD THOMAS. Os avanços sociais do Brasil. Publicado em Folha de S. Paulo, segunda-feira 24 de junho de 2002.
- WERNER, D. Programas Rurais de Saúde na América Latina. IN. Saúde da Comunidade: um desafio. Edições Paulinas, São Paulo, 1984.
- WHO. Atención Primária de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO, 1978.
- WISNER, B. Gobi Versus PHC? Some Dangers of Selective Primary Health Care. Soc. Sci. Med., v. 26, n. 9, p. 963-69, 1988.
- WONCA. A Definição Européia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar). Europa 2002.



O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A CAPACITAÇÃO MÉDICA NO CEARÁ



1. INTRODUÇÃO

Antes do surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) já atuavam agentes comunitários de saúde em muitos municípios do Ceará. Eles foram integrados às novas Equipes do PSF que foram surgindo. No segundo semestre de 1998, existiam 8.853 agentes de saúde espalhados por todos os municípios do interior do Ceará, o que correspondia a uma cobertura de 91% da população do interior do Estado (Andrade, 1998:38). A mesma autora descreve que o PSF, como política de saúde do governo federal e do governo estadual, foi iniciado em janeiro de 1994, com a implantação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF) no município de Quixadá, Estado do Ceará. Desde então, vem aumentando muito o número de equipes do PSF implantadas no Estado (Fonseca, 1997; Andrade, 1998).

No Município de Fortaleza-Ceará, as primeiras ESF começaram a atuar na década de 1990. Segundo Sousa (2002), citando o Capsi - Sistema de Captação de Dados para Pagamento/Departamento de Atenção

Básica/SPS/MS, atuavam em Fortaleza, em 1999, cinqüenta ESF. Este número aumentou para 97 equipes no ano 2000, 101 em 2001 e manteve este número até pelo menos junho de 2002, cobrindo 348.450 pessoas (16% da população total de Fortaleza, pelos critérios do programa).

2. O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1 A estratégia PSF

O PSF, mais do que um programa de saúde, é uma estratégia de reformulação do sistema de atenção à saúde no Brasil, mormente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Paim, 2002:363; Sousa, 2002:passim; Andrade, 1998:52). Segundo Paim (2002:326), sistema de saúde é um "conjunto de agentes e agências voltados para enfrentar problemas de saúde de indivíduos e de populações, [...] envolve uma organização complexa de ações e serviços".

Vários autores, como Marques e Mendes (2002), Fonseca (1997) e Brasil - Ministério da Saúde (1998), têm afirmado o cada vez mais evidente potencial do PSF em influir decisivamente na reformulação do conjunto da assistência à saúde, sob certo contexto. O número crescente de equipes do PSF implantadas em todo o Brasil, bem como a estratégia que o PSF representa, têm suscitado muitos comentários nos meios científicos e na mídia em geral, sendo indicados como uma das maiores novidades na atenção à saúde. Em certas condições, o PSF pode implementar adequadamente a Atenção Básica de Saúde (ABS), constituindo o primeiro nível do sistema local de saúde, e mesmo contribuindo decisivamente para reorientar todo conjunto da atenção à saúde, no sentido de um acesso mais universal, igualitário e integral, como determina a constituição brasileira atual (Paim, 2002).

O PSF, portanto, tem sido um dos principais fatores no avanço da implantação efetiva do SUS no Brasil, e, em certos casos, concretizando o modelo assistencial da vigilância da saúde. Este modelo, segundo Teixei-

ra (1998), apresenta as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; operacionalização do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território; e intervenção sob a forma de operações.

Para Gray (1997:60), as mudanças na política sanitária podem ter os seguintes objetivos: a) melhorar a saúde; b) Alterar o financiamento e a responsabilidade nos serviços sanitários. Os objetivos das mudanças na política de atenção sanitária podem incluir: delegar a responsabilidade na tomada de decisões sobre o uso de recursos; aumentar o número de pessoas que participam da tomada de decisões sobre os recursos; aumentar os incentivos para conseguir uma maior eficiência; definir e reforçar as responsabilidades; melhorar os resultados frente aos objetivos; alterar o sistema de arrecadação de fundos para a atenção sanitária, por exemplo: introduzindo um aumento nos pagamentos; melhorar a assistência aos pacientes. Ainda que essas mudanças possam ser políticas, isto é, decididas por políticos, têm conseqüência para a gestão.

Gray (1997:60) também ressalta que os gestores também podem introduzir mudanças, sejam para aumentar a eficiência e a qualidade ou para a obtenção dos objetivos políticos, utilizando os recursos disponíveis, porém estas mudanças têm somente efeitos indiretos na tomada de decisão clínica. Os objetivos gerais destas mudanças na gestão em saúde são aumentar: a eficiência, a qualidade, a responsabilidade e a aceitação.

2.2 Descrição do PSF

Os **objetivos** do PSF se inserem na atenção básica de saúde (ABS), como primeiro nível do sistema local de saúde (Marques e Mendes, 2002:71; Ceará, 2002). Seus **recursos** estão centrados nas Equipes de Saúde da Família (ESF), que são compostas, atualmente, pelos seguintes profissionais de saúde (Brasil, 1998): um médico (preferencialmente

generalista), um enfermeiro e de quatro a dez agentes de saúde. Recentemente, estão sendo integrados cirurgiões-dentistas ao PSF, na proporção de um dentista para cada duas ESF. Há propostas em estudo para integrar também outros profissionais de saúde nas ESF. As ESF utilizam a **infra-estrutura** de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), antigamente Centros de Saúde, com suas dependências, pessoal de apoio, veículos e outros recursos. As **ações** de atenção à saúde das famílias, realizadas pelas ESF, são, voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde no nível de atenção primária de saúde (ou atenção básica) (Marques e Mendes, 2002:71).

As ESF realizam atenção à saúde de uma população de tamanho bem definido. Cada equipe cobre, em geral, entre mil e duas mil famílias (Brasil. Ministério da Saúde, 1998), cada família com média de quatro membros. Atendem a famílias de uma base territorial específica, a chamada **área adscrita** à equipe do PSF, aplicando os conceitos de Distrito Sanitário (DS) e Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (Paim, 2002:362; Mendes, 2002:passim; Serapione, 2002). Em Fortaleza, cada ESF está subordinada **gerencialmente** ao gerente (coordenador) da UBASF em que está baseada. Cada UBASF recebe, atualmente, aproximadamente a cada dois meses, novecentos reais, para custeio de pequenas despesas intercorrentes. Porém, a grande maioria dos recursos utilizados pelas equipes do PSF em Fortaleza é alocada por órgãos posicionados em níveis mais centralizados, como as Administrações Regionais, ou a Secretaria Municipal de Saúde (Aragão, 2004:comunicação pessoal).

Aquino (2001) apresenta várias importantes recomendações para a atuação do PSF nos municípios, como as que são transcritas a seguir. Para esta autora, a unidade de saúde da família atua com base nas seguintes diretrizes:

1. Eleição da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

- 2. *Trabalho de equipes multiprofissionais* integralidade da assistência, humanização das práticas, estabelecimento de vínculos, respeito aos valores e crenças, democratização do saber e estímulo a participação social.
- 3. Adscrição de clientela: mapeamento das áreas de atuação das equipes e cadastramento das famílias.
- 4. Caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização: a unidade de saúde da família é destinada a realização de atenção contínua nas especialidades básicas. Deve fazer parte do sistema local como porta de entrada, substituindo as práticas de saúde convencionais por uma nova prática, centrada nos princípios da vigilância da saúde, voltada para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação. A unidade de saúde da família não deve estar isolada, e sim representar um dos componentes de uma política de complementaridade do sistema local de saúde. Um sistema eficaz deve ser hierarquizado, garantindo a referência e contra-referência para os demais níveis, conforme a necessidade de maior complexidade de ações para resolução dos problemas identificados (Aquino, 2001).

As atividades das equipes de Saúde da Família deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação. Assim, devem estar preparadas para: "Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde; resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos para

a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos; promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados" (Aquino, 2001: 32-3).

A mesma autora afirma também que a base de atuação das equipes de saúde da família são as unidades básicas de saúde, incluindo as atividades de: *Visita domiciliar* – com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco; e *Participação em grupos comunitários* – a equipe deve estimular e participar de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.

São critérios básicos que devem ser observados para delimitação da área de abrangência de saúde da família no PSF (Aquino, 2001: 44-5): 1° - a equipe de saúde da família deve ser responsável por uma área onde residam 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes; 2º - para delimitação da área de abrangência da unidade deve ser considerado o acesso da população a unidade de saúde da família; 3º - a densidade populacional da área também deve ser considerada. A delimitação da área de abrangência de uma unidade na zona urbana difere na unidade da zona rural; mesmo nas áreas urbanas, existem áreas mais densamente povoadas, como é o caso das periferias dos grandes centros urbanos; e 4º - a área de abrangência da unidade de saúde da família é um espaço geográfico composto de 4 a 6 micro-áreas contíguas, sob a responsabilidade dos agentes comunitários que compõem a equipe de saúde da família. A micro-área é um espaço geográfico delimitado onde residem de 400 a 750 habitantes e corresponde a área de atuação de um agente comunitário de saúde. A delimitação das micro-áreas deve ser norteada pela análise da situação de saúde da população, sendo cada micro-área um espaço mais ou menos homogêneo quanto às condições de vida e saúde.

Aquino (2001: 44-5), citando Unglert (1995), afirma, adicionalmente, que a acessibilidade é uma característica dos serviços de saúde e pode ser abordada sob os seguintes aspectos: *Geográfico* – distância a ser percorrida até a unidade e existência de barreiras geográficas a serem transportadas; *Funcional* – tipo de serviços oferecidos pela unidade de saúde, seus horários de funcionamento e sua qualidade; *Cultural* – inserção do serviço nos hábitos e costumes da população; e *Econômico* – disponibilidade do serviço a todos os cidadãos.

2.2.1 O médico na Equipe do PSF

Rakel (1997: 3-17) refere que "o médico de família fornece tratamento abrangente e contínuo, de forma personalizada aos de todas as idades e a suas famílias, independente da existência de doença ou da natureza da queixa inicial. Os médicos de família aceitam a responsabilidade de tratar as necessidades de saúde totais de um indivíduo enquanto mantêm uma relação de intimidade e de confiança com o paciente. O médico de família atende acerca de 95% das necessidades de saúde do paciente; para os 5% restantes, o médico seleciona de forma adequada outros médicos ou outros profissionais de saúde para reavaliá-los. Os esforços de todos os profissionais de saúde são coordenados pelo médico de família, que tem a responsabilidade contínua pelo tratamento do paciente". Aquino (2001) ressalta que "prestar assistência integral aos indivíduos sob a sua responsabilidade é uma das atribuições dos médicos no PSF".

O mesmo autor (Rakel, 1997: 3-17) aponta que "a medicina de família é a soma dos conhecimentos e habilidades que constituem a disciplina médica; quando aplicados ao tratamento dos pacientes e de suas famílias, esta disciplina torna-se a especialidade conhecida como medicina de família. A medicina de família enfatiza a responsabilidade pela assistência global à saúde – do primeiro contato e avaliação inicial ao tratamento contínuo dos problemas crônicos. A prevenção e o reconhecimento precoce da doença são características essenciais dessa disciplina.

A coordenação e a integração de todos os serviços de saúde necessários com a menor fragmentação possível, e a capacidade de tratar a maioria dos problemas clínicos, permitem que os médicos de família forneçam um tratamento de saúde custo-eficaz".

"A medicina de família é uma especialidade que compartilha com outras disciplinas clínicas muitas áreas, incorporando esse conhecimento compartilhado e utilizando-o de forma única para realizar o tratamento clínico primário. Além de compartilhar a informação com outras especialidades clínicas, a medicina de família enfatiza o conhecimento de áreas como dinâmica familiar, relações interpessoais, aconselhamento e psicoterapia. Entretanto, o fundamento da especialidade continua a ser clínico, com o foco primário direcionado ao tratamento clínico de indivíduos doentes" (Rakel, 1997: 3-17).

Segundo Andrade (1998: 38), citando McWinney (1989): "por dentre as características da medicina familiar é importante ressaltar: a solução de diversos problemas no contexto da relação pessoal e contínua com indivíduos e famílias; a identificação de fatores de risco e de pequenas alterações na normalidade, em pacientes que são acompanhados sistematicamente pelo mesmo médico; a utilização da relação médico/paciente para maximizar a efetividade do tratamento; o gerenciamento adequado dos recursos humanos e financeiros, de modo a obter uma melhor relação custo/beneficio para a população assistida.

2.2.2 O cirurgião-dentista e a Equipe do PSF

Segundo Aquino (2001: 36), são atribuições comuns aos profissionais de saúde bucal no PSF: "Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família; identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal; estimular e executar medidas de promoção de saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal; executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência; organizar o

processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal; sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde; programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas; desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal".

3. O CONTEXTO DO PSF EM FORTALEZA E NO CEARÁ

Desde 1994, o Estado do Ceará também têm participado do esforço de experimentação e construção do PSF. Com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde, vários municípios cearenses têm implementado a política e a estratégia de Saúde da Família atingindo uma boa cobertura de serviços. De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde, em março de 2000, o Ceará tinha 880 (oitocentos e oitenta) equipes cadastradas na Comissão Intergestores Bipartite e 768 (setecentos e sessenta e oito) equipes efetivamente atuando em 170 (cento e setenta) municípios (92% do seu total); ainda segundo a mesma fonte, em março de 2002, os números ficaram em 1.382 equipes do PSF e 482 equipes de Saúde Bucal cadastradas na Comissão Intergestores Bipartite, sendo que existiam 1.120 equipes do PSF funcionando efetivamente, e deste total, 101 equipes funcionavam no município de Fortaleza. Em abril de 2004, os números dispostos no site da SESA, sobre o PSF, eram os identificados na tabela 1.

O PSF de Fortaleza atua no contexto de uma grande metrópole brasileira. Fortaleza, com população estimada de 2.183.612 habitantes para o ano de 2002 (IBGE, 2000), é a capital do Estado do Ceará, situada próximo à linha do Equador, na Região Nordeste do Brasil. A maioria da população trabalha no setor de serviços e na indústria. A taxa de desemprego é alta desde há vários anos, atingindo 17% em outubro de 2003 (desemprego aberto). Grande parte da população encontra-se na faixa de miséria e indigência. Em 2001, segundo a PNAD (IBGE, 2003), 32% das pessoas na Região Metropolitana de Fortaleza sobreviviam com renda de até meio salário mínimo ou menos, e outros 25% com renda entre meio

e um salário mínimo. É oportuno ressaltar que, no Brasil, atualmente, o salário mínimo tem valor de R\$ 240,00.

Segundo o mesmo documento do IBGE, é grande a concentração de renda no Estado do Ceará, onde Fortaleza está inserida. O índice Gini, que mede a desigualdade social, era de 0,60 em 2001 no Ceará, sendo o pior do Nordeste, que estava em pior situação no Brasil. Dos domicílios da Região Metropolitana de Fortaleza, 57,8% não tinham acesso completo a serviços adequados de abastecimento d'água, esgotamento sanitário e coleta de lixo. A taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos tem diminuído, mas é ainda alta. Melhorou a taxa de crianças freqüentando a escola, mas a qualidade do aprendizado efetivo é baixa (Bruno, Farias e Andrade, 2002).

Tabela 1 - NÚMEROS DO PSE NO CEARÁ E EM FORTALEZA

Total de Equipes de PSF Qualificadas	1.525
Nº de Equipes de PSF Qualificadas na Capital	101
Nº de Equipes de PSF Qualificadas no Interior	1.484
Nº Total de Equipes de PSF Qualificadas	1.525
Nº de Equipes de PSF Funcionando na Capital	87
Nº de Equipes de PSF Funcionando no Interior	1.183
Nº de Equipes de PSF Funcionando	1.269
Nº de Equipes de Saúde Bucal Qualificada na Capital	0
Nº de Equipes de Saúde Bucal Qualificada no Interior	762
Nº de Equipes de Saúde Bucal Funcionando na Interior	670
Nº de Municípios com o PSF	183
População do Estado	7.660.535
Cobertura na Capital	11,5%
Cobertura (Equipes PSF Funcionando)	51%
Percentual de Equipes Qualificadas Funcionando	83,2%
Nº de Agentes Comunitários de Saúde pagos pelo Estado	9.888
Nº de Agentes Comunitários de Saúde implantados em Fortaleza	669
Percentual de Equipes Qualificadas Funcionando	83,2%
Nº de Agentes Comunitários de Saúde pagos pelo Estado	9.888
Nº de Agentes Comunitários de Saúde implantados em Fortaleza	669

Fonte: SESA/CODAS

Os dados expostos na tabela 1 apontam para a baixa cobertura (apenas 11,5%) do PSF na capital cearense, com pequeno Nº de Equipes de PSF qualificadas (101) e inexpressivo Nº de Equipes de PSF funcionando (87), o que contrasta com as cifras reveladas no interior do Ceará; no entanto, convém frisar a decisão política da Prefeitura Municipal de Fortaleza e a adoção de instrumentos operativos em 2005 por sua Secretaria de Saúde foram tomados no sentido de reverter as inaceitáveis cifras do PSF de Fortaleza.

3.1 Necessidades de médicos para o PSF no Ceará

Um dado importante a considerar, no que diz respeito ao Programa Saúde da Família, ocorre por conta da relação que existe entre médicos que trabalham no PSF e os que seriam necessários ao programa, os primeiros totalizando, no Ceará, 1.120, para os 3.147 esperados no segundo caso (tabela 2). A maior discrepância fica com Fortaleza – 101 médicos, em exercício, quando a necessidade é de 1.044. Destacam-se, ainda, nessa mesma ordem, as Regionais de Saúde sediadas nos municípios de Caucaia, com 100 e 203; Quixadá, com 58 e 110; Sobral, com 94 e 228; Crateús, com 27 e 120; Iguatu, com 61 e 119; e Juazeiro do Norte, com 69 e 148 médicos, respectivamente (tabela 2).

Nos anos 70, os egressos da Universidade Federal do Ceará (UFC) respondiam por cerca de 90% das novas inscrições no Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará (CREMEC), ficando essa proporção em 80% até os primeiros anos na década de 1990 (tabela 3). A partir de 1995, houve uma sensível diminuição do contingente de médicos graduados na UFC, e já em 1999 os oriundos de cursos médicos de outros estados assumiram a proeminência entre os novos registros do CREMEC (tabela 3).

Tabela 2 - PROFISSIONAIS MÉDICOS E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NO CEARÁ: RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS TRABALHANDO E MÉDICOS NECESSÁRIOS AO PSF. DISTRIBUIÇÃO POR REGIONAIS DE SAÚDE.

Regional de Saúde	Médicos trabalhando no PSF	Médicos necessários ao PSF	Diferença	
1ª Fortaleza	170	1.044	874	
2ª Caucaia	100	203	103	
3ª Maracanaú	90	168	78	
4ª Baturité	34	53	19	
5ª Canindé	28	75	47	
6ª Itapipoca	33	90	57	
7ª Aracati	36	59	23	
8ª Quixadá	58		52	
9ª Russas	44	79	35	
10ª Limoeiro do Norte	40	85	45	
11ª Sobral	94	228	134	
12ª Acaraú	30	76	46	
13ª Tianguá	60	110	50	
14ª Tauá	13	45	32	
15ª Crateús	27	120	93	
16 ^a Camocim	14	59	45	
17ª Icó	29	68	39	
18ª Iguatu	61	119	58	
19ª Brejo Santo	35	81	46	
20ª Crato	55	127	72	
21ª Juazeiro do Norte	69	148	79	
CEARÁ	1.120	3.147	2.027	

Fonte: SESA/CE Março/2002 (extraído de UECE - Projeto do Curso de Medicina)

Tabela 3 - TOTAL DE MÉDICOS INSCRITOS NO CREMEC POR ANO E FACULDADE DE FORMAÇÃO

ANO	U	FC / %	OUTRAS / %		TOTAL
1970	124	89,86	14	10,14	138
1975	140	90,32	15	9,68	155
1980	200	74,07	70	25,93	270
1985	178	80,18	44	19,82	222
1990	159	78,33	44	21,67	203
1995	156	60,47	102	39,57	258
1999	164	47,40	182	52,60	346
2000	171	48,72	180	51,28	351
2001	205	47,23	229	54,76	434

Fonte: CREMEC (extraído de UECE – Projeto do Curso de medicina)

As explicações para essa inversão repousam nos motivos a seguir aventados: 1) cearenses ocupam ainda expressiva parcelas das vagas em escolas médicas de estados vizinhos e voltam para exercer medicina no seu estado de origem; 2) bons programas de Residência Médica no Ceará, com montante de vagas que supera a capacidade de absorção dos aqui graduados, atraindo clientela externa; 3) pequena oferta de vagas em programas de Residência Médica em demais estados nordestinos, ante o total de seus graduados que migram em busca de pós-graduação; 4) certo grau saturação de mercado de trabalho para novos profissionais em alguns estados brasileiros, como: São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, obrigando a que parte de seus recém-graduados tentem a inserção laboral em áreas descobertas de médicos; e 5) a boa cobertura do PSF no interior cearense, que tem demandado a contratação ou a nomeação de médicos em larga escala.

Das razões citadas, muito certamente, a última ocupa a primazia para explicar o implemento dos registros de novos médicos no CREMEC a favor dos que vêm de fora do Ceará e tem servido para justificar a abertura de novéis cursos de medicina, dado o caráter importador de mão-de-obra médica visto neste estado.

3.2 Capacitação de médicos para o PSF no Ceará

Uma das maiores dificuldades para a consolidação do PSF no estado têm sido a de fixar os profissionais de nível superior (principalmente os médicos) nos serviços locais, possibilitando condições adequadas de trabalho e formas de educação permanente. Grande parte desses profissionais é oriunda de outras regiões (ou mesmo, de outros estados) e sente a necessidade de uma reciclagem dirigida para as novas condições e o novo processo de trabalho interdisciplinar em nível local. Os cursos de graduação na área da saúde, na sua maioria, estão direcionados para os modelos tradicionais centrados no hospital e na doença; desse modo, os processos de trabalho convencionais tendem a valorizar mais a especialização, ao mesmo tempo em que a competitividade e as possibilidades de educação continuada são mínimas. Este cenário justifica a necessidade de formar profissionais médicos para o novo modelo de Atenção à Saúde, reciclar os condicionamentos profissionais e técnicos, de forma a capacitar e potencializar o trabalho voltado para a promoção da saúde.

Na região de Fortaleza está concentrada a maior rede de serviços hospitalares e unidades ambulatoriais do Estado que, gradativamente, está sendo utilizada como suporte de referenciamento para o PSF. Nesta área, sobretudo fora da sede metropolitana, concentra-se um grande contigente, aproximadamente a terça parte (1/3), dos profissionais que atuam no PSF do Ceará. A maioria participou somente de cursos rápidos e introdutórios promovidos pela Escola de Saúde Pública.

Nos últimos anos, surgiram algumas iniciativas de especialização *lato sensu* em Saúde da Família, cursos anuais promovidos em Fortaleza pelas principais universidades cearenses (UECE, UFC e UNIFOR) e pela Escola de Saúde Pública (ESP-CE), ou no interior por meio da Faculdade de Medicina de Juazeiro e da URCA e da UVA. Nas áreas mais afastadas da capital, os custos com deslocamento e estadia e as dificuldades para o afastamento das áreas de trabalho tornaram impeditivo o acesso a estes cursos por parte de muitos profissionais que trabalham na rede de serviços do PSF.

Diante desse fato, tornou-se de fundamental importância garantir o acesso dos profissionais que atuam na rede PSF a cursos de pós-graduação com uma pedagogia centrada na formação teórica e capacitação técnica para o trabalho de saúde em nível local. Assim, fez-se necessária a constituição de formas de ensino e aprendizado, baseadas em situações reais de vida e de trabalho. Pessoas reais têm problemas e necessidades, os trabalhadores lidam com esta realidade todo o tempo e os processo educativos devem contemplar estas condições.

A salientar, como marco importante para a capacitação de profissionais do PSF, deve ser reportado que a República Federativa do Brasil recebeu um empréstimo (N° 0951-OC/BR) do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, relativo ao custo do "Projeto de Reforma do Setor de Saúde – REFORSUS" e pretende aplicar parte dos recursos desse empréstimo em pagamentos elegíveis, nos termos do Contrato para desenvolvimento Cursos de Especialização em Saúde da Família. Em decorrência, disso, em 29/02/2000, o governo brasileiro baixou o Edital de Concorrência Internacional N° 001/2000, com vistas à CONTRATAÇÃO DE CONSULTORIA PARA DESENVOLVIMENTO DE CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, cuja justificativa figura no Anexo 1.

Os cursos em questão objetivavam: formar profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros, para desempenharem suas atividades profissionais em unidades básicas de saúde sob a Estratégia de Saúde da Família, através de ações de abordagem coletiva e de abordagem clínica individual.

Nesse edital, o Ceará foi contemplado com três lotes, cabendo, por desfecho na licitação, um para cada instituição vencedora (UECE, UFC e ESP-CE). A Universidade Estadual do Ceará (UECE) ministrou, entre 2002 e 2004, com base nesse financiamento, cursos em Fortaleza e Quixadá. O objetivo geral do curso foi o de "formar profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, para desempenharem as suas ati-

vidades profissionais em Unidades Básica de Atenção à Saúde sob a estratégia de Saúde da Família, a partir de abordagens transdisciplinares de indivíduos e de grupos populacionais integrados em relações e espaços comunitários".

A preparação de médicos por intermédio da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade ficou restrita aos programas de RM mantidos pela UFC e ESP-CE, em Fortaleza, e o da Prefeitura Municipal de Sobral. Esses programas, apesar de cuidadosamente planejados, não foram exitosos, em termos de produto final, com reduzido número de concludentes, em comparação com o total de ingressantes; o programa da ESP-CE já foi descredenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) por falta de candidatos, enquanto o da UFC sobrevive, à custa da dedicação de seus mentores, enfrentando o crescente desinteresse de novos postulantes ao programa.

Por outro lado, a Secretaria de Saúde de Fortaleza assumiu a iniciativa de firmar um ousado programa de RM em Medicina de Família e Comunidade, para qualificar, em médio prazo, os quatrocentos médicos que devem ingressar no seu quadro funcional, em concurso previsto para a realização ainda no corrente ano. A Prefeitura do Município de Maracanaú também enviou projeto à CNRM para instituir a RM em Medicina de Família e Comunidade, com a oferta de seis vagas anuais.

No âmbito da pós-graduação stricto sensu em Saúde da Família, os programas de mestrado da área da Saúde Coletiva das universidades cearenses (UECE, UFC e UNIFOR), credenciados pela CAPES, já formaram um bom número de mestres, vários deles médicos, cujas dissertações versaram sobre tema relacionado ao PSF. Na seqüência desses esforços, e no intuito de privilegiar o aprofundamento de conhecimentos específicos e de capacitar docentes e pesquisadores para atuação no PSF, a UECE aprovou, em suas instâncias internas, o Projeto do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família, e o encaminhou à CAPES, para fins de obter a autorização para o seu funcionamento.

Entretanto, maior empenho deve ser canalizado para direcionar a formação dos atuais estudantes de medicina, adaptando a grade curricular e o conteúdo das disciplinas e módulos com o propósito de ajustar a preparação dos futuros médicos aos ditames do Sistema Único de Saúde (SUS), na conformidade do explicitado na Lei Orgânica da Saúde, e notadamente voltado para o eixo do PSF.

Neste sentido, a UFC fez uma ampla reforma de seu currículo do Curso de Medicina, aplicada em Fortaleza e suas extensões de Barbalha e de Sobral, introduzindo o estágio obrigatório em Medicina de Família e Comunidade, durante o internato.

A Faculdade de Medicina de Juazeiro, por sua vez, concebeu seu curso, garantindo uma seqüência de disciplinas de Saúde da Família, uma por semestre durante os primeiros oito semestres letivos, complementada pelo estágio obrigatório em

Saúde da Família, no correr do internato.

A Universidade Estadual do Ceará (UECE), entidade integrante do então Pólo Estadual de Capacitação e Formação em Saúde da Família, em que pese a sua preparação para formar profissionais, *stricto sensu*, em Saúde da Família, voltou as suas vistas, no momento, para o egresso do seu curso de Medicina, assegurando-lhe formação acadêmica que lhe permita atuar, com qualidade, no PSF, qualquer que seja a área eleita para o exercício profissional. Com tal intenção, arquitetou o seu curso médico tendo, como um dos pilares de sustentação, um amplo elenco de disciplinas da área de Saúde Coletiva, culminado pelo internato Saúde da Família, centrado em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF).

4. CONCLUSÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, está sendo implementado em todos os estados brasileiros e vem se consolidando como um modelo estratégico, estruturante e funcional, para os serviços e ações de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Na medida em que articula, no âmbito comunitário, os preceitos de ação local e integral aos princípios basilares do SUS, o PSF configura-se como parte integrante de uma política inter-setorial centrada na produção social de saúde e como um modelo tecno-assistencial, fundamentado em formas de racionalidade comunicativa e de produção de serviços e ações de saúde resolutivos e integrais. Seu grande desafio é reconstituir sínteses entre compartimentos do saber e da prática em saúde em função das necessidades concretas dos seus indivíduos, famílias e comunidades. Para bem cumprir o desiderato do SUS, de prover a saúde, com qualidade e equidade, para todos os brasileiros, é, pois, crucial devotar especial atenção ao ator principal da equipe - o médico, cuja formação deverá ser ajustada ao modelo da estratégia do PSF.

5. REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Francisca Maria Oliveira. **O Programa de Saúde da Família no Ceará.** Fortaleza: Expressão Gráfica, 1998. 220p.
- AQUINO, R. Manual do treinamento introdutório das equipes de saúde da família. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado, 2001. 183p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família:** uma estratégia para a reordenação do modelo assistencial. 2 ed. Brasília: MS, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Capsi Sistema de Captação de Dados para Pagamento/ Departamento de Atenção Básica/SPS. Evolução da implantação das equipes de saúde da família e da população coberta [online]. [acesso julho 2002]. www.saude. gov.br.
- BRUNO, Artur; FARIAS, A; ANDRADE, D. **Os pecados capitais do Cambeba**. Fortaleza: Expressão, 2002.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Curso intro- dutório em saúde da família**. Fortaleza: ESPCE. 2002.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Programa saúde da família. Dados programa de saúde da família. [online]. [acesso julho 2005]. www.saude.gov.br.
- FONSECA, Maria Imaculada F. **Programa saúde da família de Beberibe-CE**. Fortaleza, 1997. Dissertação. (Mestrado) UFC.
- GRAY, J.A.M. **Atención sanitária basada en la evidencia** cómo tomar decisiones en gestión y política sanitária. Madrid: Churchill Livingstone, 1997. 302p.
- IBGE. Base de Informações Municipais **Malha municipal digital do Brasil:** situação em 1997. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.
- IBGE. Censo do ano 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- IBGE. Pesquisa nacional de amostragem por domicílio PNAD. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
- MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da Saúde –SUS. In: SOUSA, Maria Fátima de (org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MEDINA, M.G.; AQUINO, Rosana. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: SOUSA, Maria Fátima de (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Os sistemas de serviços de saúde**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE), 2002.

- PAIM, Jairnilson S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: ISC Instituto de Saúde Coletiva, 2002.
- PONTES, José Maria. **Diagnóstico da saúde pública no Ceará**. Fortaleza: Comissão Especial para Investigação do Funcionamento das UTUs e UTIs dos Hospitais Públicos de Fortaleza, 2001.
- RAKEL, R.E. O médico de família. In: RAKEL, R.E. (ed.). **Tratado de medicina de família**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1997. 1.571p. p. 3-17.
- ROCHA FILHO, Fernando dos Santos. Evolução do Perfil das internações hospitalares após a implantação do PSF Programa de Saúde da Família em Beberibe Ceará. In: XXXIII Congresso Anual do Centro Médico Cearense (XII Outubro Médico), 33.,1996, Fortaleza. Anais. Fortaleza: CMC, 1996. p. 350.
- SERAPIONE, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, set./ dez. 1999.
- SERAPIONE, Mauro. **Análise de situação nos sistemas locais de saúde**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará ESPCE, 2002.
- SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Economia da saúde: da epidemiologia à tomada de decisão. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de (Org). **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 533-556.
- SOUSA, Maria Fátima de (Org.). Os Sinais Vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec, 2002.
- SOUSA, Maria Helena Lima de. **Análise dos custos do programa saúde da família:** o caso de Crateús (CE). Fortaleza, 2000. 150p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.
- TEIXEIRA, C.; PAIM, J.; VILLABOAS, A.L.J. SUS. Modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. do SUS, 2**: 7-28, 1998.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Projeto de cursos de especialização em saúde da família**. Fortaleza: Uece, 2001. 120p. (Proposta técnica submetida à Concorrência Internacional Nº 001/2000 MS/BID). (mimeo.).
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. Projeto de curso de graduação em medicina. Fortaleza: Uece, 2002. 410p. (mimeo.).

ANEXO 1 TERMO DE REFERÊNCIA: CONCORRÊNCIA INTERNACIONAL Nº 001/2000 (MS/BID)

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (JUSTIFICATIVAS)

O grande avanço existente na legislação vigente do setor saúde, necessariamente, precisa reverter-se em efetivas melhorias do quadro sanitário do País, cujo modelo assistencial tradicional caracteriza-se por ser espoliativo, centralizador e aético.

Faz-se necessária a implantação de um novo modelo de atenção à saúde, fundamentado em uma nova ética setorial, que rompa com os tradicionais alicerces das atuais organizações de prestação de serviços. No processo de construção de novos modelos assistenciais, deve-se observar a plena sincronia com os princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações, colocando-se as práticas de saúde a serviço da defesa da vida do cidadão.

A estratégia de Saúde da Família responde às diretrizes e ao ideário deste novo modelo e sua concretização, ao longo dos últimos anos, vem provando tal afirmativa. Nessa concepção inovadora, a família torna-se o objeto da atuação setorial, procurando-se, assim, ensejar condições que conduzam à construção de um novo modelo de atenção à saúde mais justo, equânime, democrático e solidário.

A referida estratégia vem disseminando-se desde a atenção básica à saúde a todo sistema, objetivando gerar novas práticas, novas relações, onde se afirme a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e sanitários.

Dessa forma, as práticas assistenciais apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde e o usuário: a família contextualizada.

A Estratégia de Saúde da Família compõe, de forma destacada, o Plano de Ações e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde, estando sendo conduzido como uma forma de reordenar a atenção básica à saúde do povo brasileiro. Os resultados apresentados pelos Municípios que optaram por essa estratégia caracterizam-se pelo aumento da disponibilidade de serviços de saúde à população, associado à sua considerável melhoria, em especial, dando às unidades básicas um caráter mais resolutivo, participativo e humano, resgatando a credibilidade da comunidade à tal nível do sistema.

Porém, não se pode conceber a organização de sistemas de saúde que conduza à realização de novas práticas assistenciais possibilitadoras, inclusive, da compreensão e apreensão de distintas realidades sanitárias, sem, concomitantemente, investir-se na formação e permanente capacitação de recursos humanos.

Para a preparação de profissionais capazes de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais, como coletivos, contextualizando-se, sempre, o indivíduo em seu meio ambiente, é fundamental que se desenvolva um processo educacional permanente, integrando o ensino com o serviço, voltandose à criação de novos valores, trabalhando mais a saúde do que a doença, permeados de preocupações integrais, coletivas e sociais e através do estímulo permanente ao trabalho em equipe.

Na prática, percebe-se que, apesar do importante investimento do Ministério da Saúde para o avanço dessa proposta, um dos principais obstáculos para sua consecução é a inadequação dos recursos humanos disponíveis, bem como dos que estão em formação, voltados, ainda, para um modelo sistêmico tradicional.

O Ministério da Saúde, ciente dessa problemática, definiu apoio técnico e financeiro para a viabilização de iniciativas institucionais que visem a instalação de PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE para a concretização da estratégia de Saúde da Família.

No termo de referência que subsidiou a apresentação dos projetos dos referidos Pólos, nos dois processos licitatórios desenvolvidos pelo Mi-

nistério da Saúde, conceituava-se o Pólo como sendo a articulação entre as instituições voltadas para a formação, capacitação e educação permanente de recursos humanos referentes à estratégia de Saúde da Família. A referida articulação deve se dar entre as Instituições de Ensino Superior e as Secretarias de Saúde Estadual e Municipais. Trata-se, portanto, de uma rede de instituições comprometidas com a integração ensino/serviço e voltada para o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família no âmbito do SUS.

O conjunto básico de atividades a serem desenvolvidas por um Pólo compreende, a curto e médio prazos, a oferta de cursos de atualização para profissionais de saúde que integrem uma Equipe de Saúde da Família, bem como seu contínuo monitoramento, a implantação de programas de educação permanente destinados a esses profissionais, utilizando cursos curtos presenciais, educação à distância, processo auto-instrucional, atividades de interconsultas a especialistas, e outros e a implantação de cursos de especialização ou outras formas de pós-graduação voltados para a estratégia de saúde da família. A longo prazo, compete aos Pólos o desenvolvimento de iniciativas destinadas a introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação, com vistas a formação de profissionais voltados à nova estratégia, independente da área ou especialidade a ser seguida.

Dessa forma, um amplo movimento nacional vem sendo realizado atingindo a implantação de quase 6.000 equipes de saúde da família, em quase 2.000 municípios brasileiros e, também, a qualificação desse pessoal e daqueles que hão de trabalhar sob a nova estratégia, cuja meta está estabelecida, para o ano de 2002, em 22.000 equipes, vinculando mais da metade da população brasileira.



PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EDUCAÇÃO MÉDICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE



1. INTRODUÇÃO

Diante da crise do setor saúde, consubstanciada pelas crescentes críticas ao paradigma biomédico (biologicista, tecnicista, especialista, hospitalocêntrico, medicocêntrico, de altíssimo custo sócio-econômico) e ao setor de educação médica, reflexo e causa deste "colapso", torna-se imprescindível o estudo destas temáticas.

Aprofundar no histórico da organização dos Sistemas de Saúde e da Educação Médica, de suas inter-relações e interdependências, torna-se tarefa essencial para o maior entendimento do desafio em erigir mudanças, seja na assistência, através do Programa de Saúde da Família (PSF), ícone da Atenção Primária à Saúde (APS); seja na formação dos médicos para atuar nesse âmbito. Tentaremos mostrar, neste trabalho, que, apesar da complexidade, já começamos a transformação, através de experiências locais.

A notável evolução das Ciências Sociais, da Pedagogia e da facilidade do acesso às informações vem permitindo às Ciências Médicas uma enorme troca e apropriação de novos saberes, o que contribui de forma premente na guinada que estamos vivenciando no Sistema de Saúde e nos Sistemas de Educação Médica, nas últimas décadas.

Parafraseando Campos (2001), "poderia parecer por demais pretensioso tentar abordar temática tão complexa em [uma monografia limitada] a umas poucas laudas. Atrevemo-nos a fazê-lo por considerar o tema instigante e pouco discutido, em termos conceituais, nos últimos tempos." Sentimo-nos bastante regozijados em poder contribuir para o debate e suscitar questões para posteriores considerações.

2. PERCURSO HISTÓRICO

2.1. Saúde Pública no Mundo

Nas civilizações européias, desde o século XVI havia a preocupação com a manutenção da força de trabalho, já que ela era o elemento fundamental na geração de riqueza. Destarte, "qualquer perda na produtividade de trabalho, decorrente de enfermidade ou morte, tornava-se um problema econômico" (ROSEN, 1999).

No fim do século XVIII, com a falta de tecnologia que permitisse uma elucidação etiológica das doenças, os métodos para estudo das causas e vias de transmissão das moléstias eram a observação e o empirismo racional, o que fez com que os estudiosos observassem bastante as relações existentes entre o ambiente social e os indicadores de saúde. Verifica-se, portanto, uma saúde pública voltada para as questões sociais e sanitárias.

A Inglaterra saiu na frente no que se refere à organização da saúde pública. Apesar da forte tendência ao liberalismo, foi-se percebendo que era importante tomar providências para melhoria da qualidade de vida da população trabalhadora. Assim, foi apontada a necessidade de controle frente às epidemias de cólera, tifo, difteria, entre outras, que prejudicavam a produtividade e, portanto, a competitividade das fábricas no mercado. A população se aglomerava nos distritos, em ambientes sem

saneamento, fornecimento adequado de água e alimentos, onde havia crescimento desordenado das construções. Os operários eram submetidos a várias horas ininterruptas de trabalho e tinham remuneração que mal satisfazia a própria sobrevivência. Esse era o ambiente adequado ao aumento das taxas de mortalidade.

Nesse período foi valorizada a estatística, como forma de conhecer a população e sua dinâmica, visando informações seguras. De acordo com Costa (1986), os resultados expressivos alcançados pela Inglaterra influenciaram países do continente europeu e da América também, os quais passaram a realizar políticas públicas voltadas para problemas semelhantes, como migração, superpopulação, falta de saneamento, etc.

No século XIX, de acordo com o contexto de novas descobertas nas ciências naturais, a microbiologia avançou em direção à descoberta dos agentes etiológicos das doenças. Pasteur inicialmente estudou a relação entre a fermentação inadequada do vinho e da cerveja com a contaminação por organismos produtores de outras substâncias. Posteriormente, estudou a doença do bicho da seda. Em fins dos anos 1870, Robert Koch descobre a relação entre bactérias e carbúnculo, demonstrando que a inoculação do bacilo desencadeava a doença. Em 20 anos, muitas das doenças infecciosas tiveram seu agente etiológico isolado e classificado. Esses avanços contribuíram para o estudo da forma de transmissão, que inclui os vetores.

Assim [...] a Revolução Pasteuriana permitiu que se construísse dentro do setor saúde e mesmo nos outros setores da sociedade uma relação exclusiva entre as doenças e um campo muito específico de conhecimento: a biologia. Esse paradigma determinou uma hegemonia da prática da biomedicina na sociedade ocidental, a partir do século XX. (BRASIL, [s.d.])

Até antes da Era Bacteriológica, eram consideradas causas das doenças os miasmas (vapores, água e lixo acumulados), o que motivou inte-

resse em saneamento básico, regularização das construções, lazer, diminuição das horas de trabalho, proteção à criança, à gestante, entre outras conquistas obtidas por operários no século XIX. Com essa mudança de paradigma, a natureza das relações sociais puderam ser preservadas e ficaram fora do foco da Saúde Pública, o que agradou deveras à classe dominante. Ou seja, o modelo saúde-doença multicausal tornou-se unicausal, na medida em que considera apenas o agente etiológico, omitindo da análise a natureza das relações sociais que determinam o processo saúde-doença. (COSTA, 1986)

2.2. Saúde Pública no Brasil

O Brasil foi habitado, desde o início, por colonizadores e degredados. Nessa época, não havia instituições de saúde, sendo os problemas resolvidos a partir de plantas medicinais, rezas, etc. Com a chegada da Coroa, houve necessidade de um aparato sanitário. Este estava voltado predominantemente para controle portuário.

No século XIX, a organização dos serviços de saúde era ruim e ainda baseada na teoria dos miasmas. A preocupação era maior com a limpeza das ruas, retirada de lixos, purificação do ar, etc. Isso tudo ficava a cargo das administrações locais. A assistência médica aos pobres ficava sob responsabilidade de instituições filantrópicas como a Santa Casa de Misericórdia.

A economia cafeeira, com a mudança para São Paulo, que trouxe como conseqüência o aumento da produção, foi a impulsionadora das transformações urbanas ocorridas no início do século XX.

De acordo com Andrade (2001), até meados do século XIX, o Brasil era marcado pelas doenças pestilenciais e o desenvolvimento da saúde pública se iniciou entre o fim da Monarquia e o início da Primeira República. Nesse período, marcado pela transição da livre concor-rência para os monopólios no cenário mundial, houve a entrada do capital financeiro internacio-nal. O perfil da classe dominante no Brasil passa a ser condicionado pelos interesses externos.

No início do século XX, o Rio de Janeiro e o porto de Santos eram acometidos por uma série de doenças infecto-contagiosas. Por conta das pressões internacionais e nacionais, o governo federal visou tomar a frente da saúde pública. Havia se tornado clara a necessidade de ações que tivessem um âmbito nacional. Entretanto, devido à grande dificuldade de operacionalização das práticas sanitárias, o Governo Federal acabou se restringindo aos portos.

Nesse período, dois personagens tiveram papel estratégico no desenvolvimento dessas políticas, Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, e Emílio Ribas em São Paulo. Ambos, formados na 'Escola Pasteuriana', tinham como meta superar uma perspectiva [...] miasmática pela teoria bacteriológica, considerada científica. (ANDRADE, 2001).

O modelo campanhista perdurou e foi escolhido pelo fato de o interesse estar na manutenção das exportações. O objetivo era evitar restrições ao comércio externo por causa das epidemias, de forma que a circulação de mercadorias fosse facilitada. Era um modelo inspirado da idéia de polícia sanitária e com forte concentração das decisões.

Nos anos de 1910, houve várias mudanças nos rumos econômicos e sociais da população brasileira, que contribuíram para o surgimento de um projeto de saúde pública nacional a partir dos anos 20. A criação do Departamento Nacional de Saúde, em 1920, visando preencher as funções de uma organização sanitária nacional, foi seguramente influenciada tanto pela crise no setor saúde, que a Gripe Espanhola, em 1918, aprofundou, quanto pelo contexto de intensa revisão e debate dos compromissos públicos com a questão social (COSTA, 1986).

Antes mesmo da epidemia de gripe, já havia, no meio médico, uma mudança de pensamento sobre a intervenção estatal na saúde, tendo sido criada, em 1918, a Liga Pró-Saneamento, que teve grande influência na mudança de atitudes.

2.3. O Sistema Médico-Previdenciário Brasileiro

Braga & Paula (1981 apud ANDRADE, 2001), mostraram que, em 1923, através da Lei Eloi Chaves, surge a Previdência Social no Brasil, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Esses fundos, além de remuneração para os aposentados e pensionistas, forneciam os serviços médicos. Em 1930, com o golpe de estado de Getúlio Vargas, o governo federal expandiu os benefícios das CAPs para todos os trabalhadores urbanos, iniciando a formação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), em 1934.

É a partir, principalmente, da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a consequente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescentes da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos (POLIGNANO, 2004). Os baixos salários e as precárias condições de vida nas cidades transformaram a assistência médica, via previdência, em política compensatória importante, controlando a força de trabalho.

A unificação dos IAPs vai se consolidar após o golpe de 1964: "o processo de unificação previsto em 1960 se efetiva em 2 de janeiro de 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)." (POLIGNANO, 2004).

O enfraquecimento do Ministério da Saúde torna evidente a dicotomia entre saúde pública e medicina curativa individual, onde os problemas de saúde eram vistos como de responsabilidade da assistência médica, a qual estava fortemente baseada no paradigma biomédico. A própria população é envolvida no processo de mistificação da conduta médica, afastando-a das verdadeiras causas das suas mazelas.

Puxada pela crise do capitalismo mundial, em fins da década de 1970 e início da década de 1980, a economia brasileira entra em crise e com ela o sistema médico assistencial privatista que tinha a medicina curativa como prioridade. Seus elevados custos e a diminuição da contribuição para o INPS, consequência do elevado índice de desemprego, tornaram-

se uma grande questão administrativa. Passou-se a perceber a grande quantidade de pessoas que eram excluídas, dependendo de parcos recursos da saúde pública e dos hospitais filantrópicos.

Começa, então, uma gradual aproximação entre os dois grandes sistemas públicos de prestação de serviços de saúde, quais sejam, o previdenciário e o público estatal. Houve resistência por parte do Ministério da Previdência e Assistência Social, que dificultava a transferência de recursos, e da rede privada, que temia a perda de verbas. Surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS) e posteriormente o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), já acenando para integralidade e universalidade assistenciais.

Desvantagens do Modelo Médico-Assistencial Privatista: concentração nas grandes cidades; centrado na doença; alto custo (incorporação de tecnologias); corrupção; vinculação ao nível federal; excesso de internações; dicotomia saúde pública e assistência; mistificação da conduta médica pela população; valorização do especialista e exclusão.

Um ponto deve ser ressaltado no que concerne ao percurso histórico por nós realizado até este momento, por ter determinado o enfoque da educação médica brasileira e mundial, em virtualmente todo o século XX: a ênfase dada ao *paradigma biomédico*, focado no mecanicismo, biologismo, individualismo, especialismo, na exclusão de práticas alternativas, na tecnificação do ato médico, na ênfase na medicina curativa. O Relatório Flexner, delineado adiante, foi um marco na consolidação deste modelo, na medida em que influenciou tanto a conformação dos Sistemas de Saúde, como das Escolas Médicas.

2.4. O Sistema Único de Saúde

Em face do exposto, percebe-se que vigorou, no século XX, uma medicina excludente, desintegrada, especializada e cartesiana. Entretanto, desde há muito, existem pensamentos contrários a essa realidade. O Informe Dawson, datado de 1920 (OPS/OMS, 1964), já trazia críticas

a essa fragmentação do ser humano e do sistema de saúde, propondo hierarquização da atenção, além de enfatizar a necessidade dos serviços domiciliares e de atenção primária.

No Brasil, na década de 1970, surgiu, na área dos profissionais de saúde, um movimento chamado à época de *movimento sanitário*, que denunciava a irracionalidade do sistema de saúde e a desatenção a uma parcela da população (CAVALCANTE NETO, 2005).

No interior das principais correntes envolvidas com a Reforma Sanitária brasileira, tem se tomado como eixo que a rede básica deverá ser um lugar de efetivação das práticas de saúde que reposicionem o sentido de todo o processo de produção de serviços e das suas finalidades, inclusive redefinindo o lugar dos outros, visando uma mudança de direção de um sistema hospitalocêntrico para um redebasicocêntrico (Merhy, [s.d.])

Importante relatar o que ocorre, paralelamente, no cenário internacional. Em setembro de 1978, em Alma-Ata (URSS), ocorre a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. A Declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência, amplia a visão de saúde; defende a participação popular; põe a Atenção Primária como porta de entrada, devendo estar em todos os lugares; defende a hierarquização e eqüidade (CAVALCANTE NETO, 2005).

Em meados da década de 1980, houve uma união de vários setores da sociedade no intuito de redemocratizar o país. A sede de cidadania, que foi anulada no período da ditadura, levou a uma série de movimentos, como a realização, em março de 1986, em Brasília, da VIII Conferência Nacional de Saúde, da qual participaram diversos setores da sociedade e na qual se estabelece a base de uma proposta de reforma sanitária no Brasil. A VIII Conferência, de início, via a saúde de uma perspectiva mais abrangente, além de propor a criação do SUS.

Houve, ainda, a eleição presidencial (Movimento Diretas Já). Tudo isso motivou uma busca pela participação popular nas decisões do Estado, o que ficou evidenciado, no que toca à saúde, na Constituição (1988)³⁴. Quais são os princípios do SUS?

UNIVERSALIDADE - os serviços de saúde devem atender à demanda de toda a população;

EQÜIDADE - hoje entendida como dar mais atenção a quem mais necessita;

INTEGRALIDADE - encarar os clientes como pessoas que têm contexto social, cultural e econômico diversos e não apenas como portadores de uma doença biológica.

No que se refere à organização, o SUS pressupõe uma hierarquização dos serviços em primário, secundário e terciário. Anteriormente, os serviços terciários acabavam atendendo necessidades perfeitamente realizáveis nas unidades básicas de saúde, o que trazia superlotação e diminuição da eficiência dos serviços mais especializados. Com essa hierarquia, o indivíduo só chegará no nível seguinte ao ser encaminhado.

3. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

"A aprovação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988 forneceu os princípios para a reorganização da atenção à saúde no Brasil, mas tem sido o Programa de Saúde da Família a estratégia estruturante que viabiliza a construção de um novo modelo de atenção à saúde" (SUCUPIRA, 2003).

Conforme o Ministério da Saúde, o PSF deverá eleger como foco a firmação de vínculos e laços de compromisso e de co-responsabilidade

³⁴ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade

entre os profissionais de saúde e a população. Assim sendo, essa estratégia visa à reversão do modelo vigente. Essa nova visão torna a família objeto central da atenção. (BRASIL, 1997).

Conforme Teixeira (2004), o início da proposta de Saúde da Família se deu nos Estados Unidos, na década de 60, com a Medicina Familiar. Esta se espalhou por diversos países da América Latina. No plano internacional, a discussão sobre o médico de família ganha enorme relevância. "Vale citar, a este respeito, a Conferência 'A contribuição do médico de família', realizada em Ontario, Canadá, em 1994, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) (WHO, 1994)" (CAMPOS, 2001).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família teve como embrião o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado no Ceará, em 1988, após um programa emergencial para atendimento das vítimas da seca no ano anterior. Dado o sucesso do Programa, Svitone, Minayo e D'elia avaliaram em 1990 o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os resultados desse estudo, somados a outras avaliações, levaram o Ministério da Saúde, em 1991, a criar o PACS para os Estados do Nordeste e, posteriormente, para o Brasil (LAVOR et al, 2004).

A Saúde da Família foi formulada como programa vertical para as regiões Norte e Nordeste, com intenção de barrar a epidemia de cólera no início dos anos 90. Desta feita, em janeiro de 1994, foram criadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2004). Desde então, e principalmente a partir de 1998, o Saúde da Família deixou de ser um programa para populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerado uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS (TEIXEIRA, 2004).

Farmer et al. (1991 apud STARFIELD, 2004) foram os primeiros a mostrar que a proporção de médicos de atenção primária por população teve efeito nas taxas de mortalidade, o qual foi independente de outros fatores.

Moore (1979 apud STARFIELD, 2004) comparou pacientes registrados em um programa que só permitia hospitalização ou consulta com especialistas após o encaminhamento de um médico da atenção primária, com aqueles que poderiam buscar atenção inicial em qualquer lugar. Depois de um ano, os pacientes incluídos no programa passaram menos dias no hospital do que o outro grupo. Com esse resultado e, frente a muitos outros semelhantes, percebeu-se que o PSF apresenta sim melhora na qualidade de vida. Entretanto, consoante Teixeira (2004), há estudos que mostram uma baixa qualidade e efetividade na resolução de problemas comuns, o que reflete na ausência de impacto positivo sobre a saúde da população como um todo. Isso reforça o fato de que se deve, como preconizado pelos princípios do SUS³⁵, investir na educação continuada dos profissionais.

Dentro do que refere ao desempenho clínico, há várias formas de avaliar as deficiências, de forma a identificar quais assuntos introduzir na educação continuada dos profissionais do PSF. Pode ajudar na escolha dos temas o tipo de queixa com que o médico se depara. Importante, também, seria avaliar as respostas aos tratamentos específicos (ou seja, resultados) para identificar as deficiências, o que é bem mais complexo de alcançar.

Diante de todo esse panorama da Saúde Pública, percebe-se que o SUS, tendo como estratégia o Programa de Saúde da Família, tenta alcançar toda a população, oferecendo-lhe qualidade de vida. Muda-se o foco de atenção da doença para a saúde. Para atingir esse objetivo, devese apostar na qualidade técnica dos profissionais, oferecendo uma formação que permita a atuação nesse novo paradigma, seja em termos de graduação ou de pós-graduação.

³⁵ A Constituição Federal, no seu Art. 200 determina, como atribuição do Sistema Único de Saúde, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Isso é corroborado pela Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), no seu Artigo 6. Esta lei vai mais além ao determinar (Art. 14) a criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Demais, especifica em cada esfera de governo, sua contribuição do que concerne a esta questão.

4. EDUCAÇÃO MÉDICA

No final do século XIX, os Estados Unidos viam crescer, descontroladamente, as Faculdades de Medicina. Devido à baixa qualidade e às curtas durações dos cursos, a Fundação Carnegie publica o Relatório Flexner, em 1910, criticando essa situação e propondo soluções. Este relatório tornou-se a base para a implantação do ensino e da prática médica tal como conhecíamos. (CAMARGO, 1996).

Flexner defendia um currículo mínimo de 4 anos, com enfoque nas ciências básicas (laboratórios) e a aprendizagem em hospitais; um corpo docente de especialistas; filiação das escolas médicas à Universidade e a incorporação da pesquisa nos planos de ensino. O corpo humano passa a ser dividido segundo sistemas e órgãos independentes. O impacto foi tão grande que mudou radicalmente a maneira de ensinar e praticar a medicina e a concepção ocidental de saúde e doença (DALLA, 2004).

A pessoa humana, antes vista como sujeito do processo terapêutico, respeitada em sua dignidade, vontade, liberdade e razão, transformase em objeto de estudos, consumidora de tecnologia, um indivíduo como os objetos de estudo de disciplinas como a química, a física ou a botânica. (CAMARGO, 1996)

O Relatório Flexner estimulou, portanto, a especialização, a visão compartimentalizada do paciente, a prática da medicina centrada no hospital, enfim, o modelo biomédico predominante no século XX, conforme debatido nas seções anteriores. Mas a influência de Abraham Flexner não foi absoluta, apesar de crucial, pois este era um processo já em andamento em diversas universidades no mundo (KEMP, 2004).

Fica fácil, agora, entender a necessidade do regresso realizado no início deste trabalho, ao relatarmos a evolução da Saúde Pública desde fins do século XIX, pois foi o relatório supracitado, com sua influição sobre a Educação Médica, um importante determinante da escolha do Modelo Assistencial dominante no período. Este, por sua vez, influencia e é in-

fluenciado pelo currículo adotado pelas Escolas Médicas. Gil (2005) bem sintetizou essa reciprocidade: "esses dois processos – modelo de atenção e recursos humanos – são difíceis de discutir separadamente".

No Brasil, há algumas décadas, os profissionais médicos vêm sendo formados com forte ênfase em um modelo de pensamento que prioriza a abordagem das doenças através de saberes e práticas curativos. A lógica de formação tem atendido, em última instância, às exigências do mercado de trabalho cujas raízes podem ser encontradas no chamado **Modelo Médico-Assistencial Privatista**. Os médicos não se preocupam, pois, com o contexto de onde emergiu o problema de saúde apresentado por seu paciente, nem procuram identificar a forma como as condições de vida e os fatores culturais possam ter contribuído para o surgimento das doenças. (LIRA e CAVALCANTE NETO, 2005)

Na década de 1940, surge, nos Estados Unidos, uma proposta de implantar um sistema nacional de saúde (AROUCA, 1975 apud PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000). Entretanto, a sonha-da reforma setorial foi sufocada, dando lugar a uma mudança no ensino médico. Abrem-se Departamentos de Medicina Preventiva, difundindo conteúdos de epidemiologia, administração em saúde e ciências da conduta (GARCIA, 1972 apud PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

Posteriormente, nos Estados Unidos e Canadá, com a instituição da Medicina de Família, há nova proposta de reorganizar o ensino e a prática médica. Em 1977, a Assembléia Mundial da Saúde lança a Saúde para Todos no Ano 2000. No ano seguinte, realiza-se a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Foi neste contexto, no Brasil, que surgiram as residências em *Medicina Geral e Comunitária* e em *Medicina Preventiva*. Com a implantação do PSF, ficou mais evidente que a formação pautada no hospital não atendia aos requisitos do novo paradigma, fazendo com que os profissionais já envolvidos no programa buscassem aprimorar seus conhecimentos na área. Contudo, o cenário é estarrecedor, visto haver "pouca qualificação dos profissionais [no PSF]

[...] cerca de 70,0% dos médicos e enfermeiros que atuam na saúde da família não possuem nenhuma formação de pós-graduação" (MACHADO, 2003 apud GIL, 2005).

Estudiosos da educação médica têm apontado a importância dos currículos sociocêntricos em contraposição aos biocêntricos (RIBEIRO, 1991 apud NUNES, 2000). "Tornou-se evidente [...] a inadequação do profissional formado em nossas escolas para atender às necessidades e às exigências de nossa sociedade" (COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR, 2001). Torna-se, diante do exposto, inequívoco que a mudança pedagógica é secundária às mudanças no sistema de saúde, que, por sua vez, reflete as demandas sociais.

Hoje, com a intensificação das reformas curriculares nas Universidades brasileiras, esse problema vem sendo minimizado. "No início da presente década surgiram várias iniciativas para buscar um novo modelo científico biomédico e social que tivesse por finalidade fundamentar e projetar um novo paradigma educativo em função do indivíduo e da sociedade" (MACHADO et al, 1997). Estes autores implantaram o Programa UNI, em Botucatu, iniciado na década de 1990, patrocinado pela Fundação W. K. Kellogg, cujo objetivo era "apoiar o desenvolvimento integrado de modelos inovadores de ensino" (MACHADO et al, 1997).

Em 1990, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), juntamente com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Diretório Executivo Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), dentre outras instituições, propuseram avaliar o ensino médico no Brasil. Em 1991, foi criada a CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, que inicialmente fez um diagnóstico do ensino médico, para, então, propor um planejamento estratégico a ser levado a cabo em cada escola, de acordo com seu contexto particular. (COMIS-SÃO DE REFORMA CURRICULAR, 2001).

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) adotou o Projeto CINAEM e, desde 1995, "vem desenvolvendo um pro-

cesso de discussão sobre o ensino médico, com ampla participação das comunidades interna e externa" (COMISSÃO DE REFORMA CUR-RICULAR, 2001). Atualmente, já está adotando um novo currículo, implantado em 2001, dando um relevo maior à Atenção Básica à Saúde.

4.1. Experiência da Faculdade de Medicina da UFC - Unidade Sobral

No município de Sobral, Ceará, em 2001 foi fundada uma unidade da Faculdade de Medicina da UFC, que, desde sua primeira turma, trabalha com o currículo reformulado. Os estudantes de medicina são engajados nas equipes de saúde da família desde o primeiro semestre, estabelecendo vivências com as famílias de uma Área Descentralizada de Saúde (ADS), cadastrando-as e acompanhando-as, através de visitas domiciliares, interconsultas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), desenvolvendo ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. É importante enfatizar que esse acompanhamento se dá durante toda a graduação, até o semestre imediatamente anterior ao internato, sendo acompanhados pelos professores dos módulos de Atenção Básica à Saúde (ABS) e Desenvolvimento Pessoal (DP).

Algumas pesquisas estão sendo desenvolvidas em parceria com o Instituto de Promoção da Saúde (IPS), sediado no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Projetos de extensão, tais como 'Cachoeiro', onde os alunos atuam nos cuidados de saúde de uma comunidade da zona rural, e o Projeto Rondon, onde há interação dos estudantes de medicina com estudantes de diversos cursos da área da saúde são também realizados.

Neste ano de 2005, principiaram as atividades concernentes ao Internato em Saúde Comunitária, onde os alunos passam pelas unidades do PSF, Emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Centro de Apoio Psico-Social (CAPS) e Estágio Rural, conforme exposto na tabela 1.

Tabela 1. Rodízio do Internato em Saúde Comunitária

ALUNOS	mês 1	mês 2	mês 3	mês 4	mês 5	mês 6
Aluno A	PSF	PSF	PSF	Emergência	Estágio Rural	Saúde Mental
Aluno B	PSF	PSF	PSF	Emergência	Estágio Rural	Saúde Mental
Aluno C	PSF	PSF	PSF	Estágio Rural	Saúde Mental	Emergência
Aluno D	PSF	PSF	PSF	Estágio Rural	Saúde Mental	Emergência
Aluno E	PSF	PSF	PSF	Saúde Mental	Emergência	Estágio Rural
Aluno F	PSF	PSF	PSF	Saúde Mental	Emergência	Estágio Rural
Aluno G	Emergência	Estágio Rural	Saúde Mental	PSF	PSF	PSF
Aluno H	Emergência	Estágio Rural	Saúde Mental	PSF	PSF	PSF
Aluno I	Estágio Rural	Saúde Mental	Emergência	PSF	PSF	PSF
Aluno J	Estágio Rural	Saúde Mental	Emergência	PSF	PSF	PSF
Aluno K	Saúde Mental	Emergência	Estágio Rural	PSF	PSF	PSF
Aluno L	Saúde Mental	Emergência	Estágio Rural	PSF	PSF	PSF

No que se refere à relação entre o corpo docente e a rede básica, ressaltamos a presença de professores da Faculdade de Medicina no Sistema Municipal de Saúde, atuando como médicos do Programa de Saúde da Família (PSF); coordenando serviços (Controle e Avaliação, Educação Permanente do Município, Regulação de Leitos, Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU) e como auditores.

Esta interrelação ensino-serviço facilita o diálogo e a parceria com as gerências locais e com os profissionais para a inserção dos estudantes nas UBSs. É estabelecido um contato prévio com a equipe, onde são explicados e pactuados os objetivos e a dinâmica de aprendizagem, além dos métodos de avaliação.

No que diz respeito ao projeto pedagógico do Internato em Saúde Comunitária e "tendo em vista as competências a serem desenvolvidas no Curso de Medicina da UFC [...] foram definidas competências e subcompetências específicas a serem desenvolvidas [...] a partir das quais será planejada a sua estrutura curricular" (LIRA e CAVALCANTE NETO, 2005). Essas são:

- Conhecimento técnico-científico: reconhece a saúde como qualidade de vida e como fruto de um processo de produção social; descreve os protocolos e identifica os formulários utilizados na rotina da Atenção Básica à Saúde; etc.
- Compromisso Ético e Social: reconhece o papel político, pedagógico e terapêutico do ato médico; demonstra polidez, respeito e solidariedade na execução da atenção médica ambulatorial e domiciliar, e no trabalho comunitário; etc.
- Comunicação: demonstra capacidade de comunicar-se de forma culturalmente adequada com a comunidade na aquisição e no fornecimento de informações relevantes para a atenção à saúde; planeja, desenvolve e avalia ações educativas em saúde nos espaços formais, não-formais e informais, visando ao apoderamento.
- Capacidade de Trabalhar em Equipe: compõe equipes multiprofissionais e organiza o seu trabalho de forma interdisciplinar; demonstra capacidade de dialogar com os saberes e práticas em saúde-doença da comunidade; avalia, julga e usa recursos da comunidade para o enfrentamento de problemas clínicos e de saúde pública; etc.
- Tomada de Decisões: soluciona problemas de saúde de um indivíduo ou de uma população, utilizando os recursos institucionais e organizacionais do SUS; monta, organiza e opera uma Unidade de Saúde da Família; etc.
- Educação Permanente: usa tecnologias de informação na obtenção de evidências científicas para a fundamentação da prática de saúde pública; avalia, critica e usa as evidências científicas para a fundamentação da prática de saúde pública; etc.

Para alcançar tais objetivos, além da atuação no serviço, os estudantes são acompanhados por tutores, que são professores da Faculdade de Medicina. Há uma Sessão de Periódico, onde são debatidos temas voltados para Epidemiologia, Ciências Sociais e Saúde, Atenção Básica, etc. e uma Sessão Clínica, na qual o mote é o conhecimento médico necessário para atuação no primeiro nível do Sistema de Saúde, qual seja, clínica, pediatria, obstetrícia e assim por diante.

A inovação fica por conta da Tutoria, um momento de desabafo das dificuldades, discussão da inserção do aluno no trabalho em equipe, leitura do *log book* (diário de campo), proposição de atividades educativas junto à comunidade, pesquisas científicas, entre outras atividades. Há, na ocasião, a oportunidade da troca de experiências entre os pupilos.

Acerca da avaliação, elaboramos *check-lists* (anexo) contemplando as competências e subcompetências já mencionadas, a serem respondidos pelos médicos do serviço (Observação Direta), equipe de saúde (360°), auto-avaliação e tutores, adaptados aos avaliadores. Faz parte da nota, ainda, o *log book*, as sessões apresentadas e um ensaio.

Isto posto, percebemos que nosso curso, em Sobral, iniciou com uma cara nova e já imbuído da necessidade de transformação exigida pelo novo contexto. Entretanto, ainda temos muito a avançar, principalmente no que se refere a mecanismos de avaliação de competências clínicas³⁶, dar *feedback* aos alunos do que se observa nas avaliações formativas e métodos de avaliação certificativa.

4.2. Pós-graduação médica no contexto do Programa Saúde da Família

Consoante Bárbara Starfield (2004), a Atenção Primária à Saúde revela resultados diversos quando realizada por médico especialista, se comparada ao médico com formação própria. A justificativa é clara: o ensino para a prática especializada se dá no ambiente hospitalar, focando

³⁶ Tais como OSCE (Objective Structured Clinical Examination), Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Excersise).

a doença, ao passo que o médico de família é treinado para reconhecer a saúde, perceber o contexto social, valorizar o psicológico, ou seja, são formações diferentes, com visões díspares.

Tendo em vista a deficiência na graduação médica para a eficiente atuação na estratégia saúde da família, os médicos com perfil para atuação nesta área, procuram, nos programas de pós-graduação, a complementação destas habilidades, atitudes e conhecimento técnico-científico (CAMPOS et al, 2001). Ademais há, segundo Machado (1997), uma dicotomia entre o que é de fato ensinado na graduação e o que realmente será exigido destes novos profissionais pela sociedade e pelos serviços de saúde.

"No programa educacional do médico de família era preciso prever sua educação continuada, suas condições de trabalho, sua preferência de absorção pelo mercado de trabalho e as boas condições financeiras e de estabilidade (Candau,1988)" (CAMPOS et al, 2001).

Entre os distintos problemas, que afloram com a implantação do PSF, nenhum é mais grave que a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender a esta nova necessidade. Contudo, todos estes elementos só fazem aprofundar o desafio ao se discutir o processo de formação e educação continuada destes profissionais agora organizados em forma de equipe (HEADRICK, 1998), cobrados a fazerem uso de novas ferramentas, a trabalharem em cenários múltiplos e com crescente interlocução com os diversos níveis de atenção à saúde. Este mesmo autor cita diversas barreiras para a implementação da efetiva educação médica e colaboração interprofissional em serviço tais como:

- Diferenças na história e na cultura.
- · Rivalidades históricas interprofissional e intraprofissional.
- Diferenças na linguagem e nos jargões.
- Diferenças nas escalas e rotinas de trabalho profissional.
- Níveis variados de preparação, qualificação e status.
- Diferenças na requisição, regulação e normas de educação profissional.

- Medo de diluição da identidade profissional.
- Diferenças na remuneração, reconhecimento e premiações.

"[...] A integração ensino-serviço-pesquisa, a abordagem problematizadora, a educação permanente e os compromissos éticos, humanísticos e sociais com o trabalho multiprofissional" (CAMPOS et al, 2001) são consensuais.

Assim a pós-graduação médica deverá assumir, cada vez mais, o modelo em que os processos de memorização e transferência unidirecional e fragmentada de informações e habilidades sejam substituídos pelo auto-aprendizado, a abordagem crítica dos conhecimentos e a permanente inquietação, e pela educação permanente centradas no trabalho em equipe multidisciplinar que considere os sistemas de saúde, as famílias e a comunidade e pelo senso de responsabilidade e ética profissional.

Programas Educacionais voltados para a formação de Recursos Humanos para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), de Sobral/CE, de Murialdo, PoA/RS, Pólos de Capacitação, dentre outras, vêm ganhando incentivo do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, mas ainda são insuficientes. Assim, apostando nessa estratégia e no intuito de incrementar a educação continuada dos médicos, o CFM, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará (CREMEC), em parceria com a UFC, vem patrocinando o Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade.

Vale destacar que a Associação Médica Brasileira (AMB) e o CFM reconheceram recentemente a Medicina de Família e Comunidade (MFC) como especialidade médica. Isto empoderou a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) para desenvolver programas de educação continuada, como o Congresso Brasileiro de MFC, dentre outras, e auferir o Título de Especialista.

4.3. EFSFVS como uma experiência inovadora e original

A EFSFVS teve seu nascimento e desenvolvimento fortemente vinculados ao sistema municipal de saúde de Sobral. Nasce para responder à necessidade, sentida pelo sistema local, de contribuir com o processo de construção do Novo Modelo de Atenção à Saúde³⁷, seguindo os ditames da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde.

O desafio consta em fomentar e desenvolver processos educacionais que viabilizem a qualificação dos profissionais de saúde da família, gerando, no exercício de sua prática, novas competências e posturas, adequadas ao modelo de atenção proposto. Renovar mentes e corações objetivando a organização de um sistema de saúde vivo, capaz de promover Saúde, e não somente, prevenir e curar doenças.

No ano de 1997 inicia-se um intenso processo de qualificação dos profissionais da rede de serviços da saúde de Sobral. Em 2001 dá-se a continuidade ao avanço iniciado com a cooperação da UVA, com o Governo do Estado do Ceará e a Prefeitura Municipal de Sobral. Assim, através da Secretaria de Saúde e Assistência Social, em Junho de 2001, inauguram-se as instalações da EFSFVS e, em 20 de fevereiro de 2002, por meio do decreto nº 435, define sua estrutura administrativa como sendo uma Organização Social.

Neste contexto, a EFSFVS, contempla em sua proposta de educação permanente todos os profissionais (médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos), fornecendo o embasamento teórico para a atuação dentro da Estratégia de Saúde da Família.

A EFSFVS conta com um auditório com capacidade para 100 pessoas; uma biblioteca com títulos voltados para a saúde pública, epidemiologia, atenção básica; um laboratório de informática, com acesso à rede mundial de computadores em conexão de alta velocidade; uma sala

³⁷ Com enfoque na concepção ampla de saúde, não mais centrada nas enfermidades e sim no paradigma da promoção da saúde.

de vídeo-conferência, além de salas de aula. Esta unidade de ensino se localiza junto a uma UBS, servindo de apoio pedagógico para todas as unidades de saúde do município. No projeto pedagógico da EFSFVS, são ofertados os seguintes cursos: Especialização com caráter de Residência em Saúde da Família, que acaba de iniciar a quinta turma. Curso Seqüencial para Agentes Comunitários de Saúde; Curso de Técnico em Enfermagem pelo PROFAE; Curso de Formação de Técnico em Higiene Dentária e Auxiliar de Consultório Dentário e Mestrado em Educação em Ciências da Saúde em parceria com a Universidade de Havana dentre outros.

Atualmente a EFSFVS ampliou seus laços de cooperação, tendo fortalecido seu corpo docente, e sua relação com outras Secretarias de Saúde regionais, estaduais, com o Ministério da Saúde do Brasil, de Cuba e de outros centros mundiais de Saúde. (Souza, No Prelo).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho deve suscitar uma reflexão: estamos conseguindo superar o 'antigo' modelo biomédico na formação de recursos humanos para a assistência à saúde? É certo que não se deve esperar uma ruptura³⁸. Tal fato é inconcebível, dada sua forte e longa influência exercida durante mais de um século, cuja gênese está na revolução bacteriológica, tendo se fortalecido com o Relatório Flexner e se consolidado na mentalidade da nossa sociedade, seja entre os próprios médicos, seja na população leiga. Toda mudança de paradigma pressupõe uma fase de transição e crise, a qual é bastante hodierna .

Qual é o perfil dos estudantes de medicina, quais suas aspirações profissionais? Em geral, o futuro médico já vislumbra uma especialidade. Será que o calouro está preparado para compreender a abrangência do conceito de saúde e abraçar o novo modelo? E as Escolas Médicas es-

³⁸ Entenda-se ruptura de forma diferente do conceito de Bachelard, que se refere a uma descontinuidade no conhecimento científico (CHAUÍ, 2000). Usamos o termo no sentido de mudança súbita.

tão desempenhando sua atribuição nesse sentido? A Pós-graduação em Atenção Primária veio suprir essa necessidade. Mas será que o acesso é fácil? E a sua formatação responde à grandiosidade do desafio dessa transformação?

A política de formação médica no Brasil, tanto na graduação, como na pós-graduação, ainda não vislumbra a associação entre criação de Escolas Médicas e necessidades sociais e regionais. Reverter a proliferação desenfreada de Faculdades de Medicina e melhor alocar as vagas de residência são desafios a serem enfrentados urgentemente.

Quando constatamos, no Brasil, que o especialista é melhor remunerado que o profissional da atenção básica, além de haver, na própria profissão, discriminação, surge a pergunta: como estimular o estudante a seguir este caminho?

Percebe-se, por conseguinte, que a mudança que devemos passar é bem mais ampla, pois envolve inúmeras variáveis. Entretanto, a evolução histórica, narrada nesta obra, corrobora a irreversibilidade da ESF³⁹. Esta se constitui como uma alternativa contra-hegemônica efetiva aos modelos de assistência à saúde mundiais, fortemente determinados pelo neoliberalismo⁴⁰, salvo exceções, servindo ainda como palco de formação de profissionais de saúde para atenção básica e como campo para o crescimento e empoderamento cidadãos dos agentes envolvidos.

Vemos nas experiências aqui relatadas, das quais somos ativos atores, a esperança de alcançar o objetivo, que é a transformação. Transformação tanto da Educação Médica, como do Sistema de Saúde, reciprocamente. Transformação, em última análise, cultural (Fox, 2005), que deve chegar a todos, suprimindo o individualismo, a competição, a agressividade, a racionalidade, pois estas características são a gênese da crise que estamos vivendo e que "ameaça a saúde dos indivíduos, da sociedade e dos ecossistemas de que somos parte integrante." (CAPRA, 2001)

³⁹ Como modelo reformulador, humanístico, legal e estruturante da APS no Brasil, garantindo Universalidade, Integralidade e Eqüidade

⁴⁰ O neoliberalismo defende a redução do Estado, que deve ter apenas função reguladora do mercado.

6. BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, L.O.M. **SUS passo a passo**: gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. A Estratégia de Saúde da Família e a Promoção da Saúde. Brasília, DF, [s.d.].
- _____. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, Brasília, DF, 1997.
- . Programa Saúde da Família: Como Começou [on-line]. Disponível na Internet: http://dtr2001.saude.gov.br/psf//programa/como_comecou.asp. Acesso em 17 jul. 2004
- CAMARGO, M. C. v. Z. A. **O Ensino da Ética Médica e o Horizonte Bioética. Revista Bioética**. Brasília, v. 4, n. 1, 1996. Disponível em: http://www.cfm.org.br/revista/bio1v4/ensino.html. Acesso em: 19 jun. 2004.
- CAMPOS, F.E., BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface Comunicação, Saúde, Educação,** p.133-142, ago. 2001.
- CAPRA, F. O Ponto de Mutação. 22. ed. São Paulo: Cultrix, 2001.
- CAVALCANTE NETO, P. G. Políticas de Saúde do Brasil, Sobral: UFC, 2005.
- CHAUÍ, M. Convite à Filosofia. São Paulo: Ed. Ática, 2000.
- COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**: um novo currículo. Fortaleza: Imprensa Universitária, UFC, 2001.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Relatório Final**. Documento Mimeo, Brasília, 1986.
- COSTA, N. R. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das políticas de saúde no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- DALLA, M. D. B. Saúde e educação médica: voltando ao caminho pela Medicina de Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Curitiba, v. 1, n. 1, abr.-mai. 2004. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/site/revista/01/marcello.html. Acesso em: 19 jun. 2004.
- FOX, R. C. Cultural Competence and the Culture of Medicine. **N Engl J Med.** v. 353, p. 1316-1319, set. 2005. Disponível em: http://content.nejm.org/cgi/reprint/353/13/1316.pdf. Acesso em 30 set. 2005
- GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos para a saúde: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

- HEADRICK, L. A. et al, Interprofessional working and continuing medical education. **BMJ**, n. 316, p. 771-774, 1998.
- KEMP, A., EDLER, F. C. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.569-85, set.-dez. 2004.
- LIRA, G. V.; CAVALCANTE NETO, P. G. Manual do Internato em Saúde Comunitária. Sobral: UFC, 2005.
- LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. *Agente Comunitário de Saúde:* Um Novo Profissional para Novas Necessidades da Saúde. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano V, n. 1, p. 121-128, jan./mar. 2004.
- MACHADO J. L. M., TREZZA E., RUIZ T. Reformulação do Ensino Médico rumo a formação profissional de qualidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, v.11, p.11-9, 1995.
- MACHADO, J. L. M. et al. UNI: a new initiative in the training of health professionals. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, 1997.
- MENDES, E. V. **O sistema único de saúde um processo social em construção**. Natal: EDUFRN, 1999. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf Acesso em: 02 jul. 2003
- MERHY, E. E. A Rede Básica como uma Construção da Saúde Pública e seus Dilemas. Documento mimeo. [S.l.: s.n., s.d.].
- NUNES, E. D. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso (1965-90). **História Ciências, Saúde Manguinhos,** Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 631-657, nov. 1999-fev. 2000
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. El informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington D.C: OPS/OMS, 1964.
- PAIM, J. S., ALMEIDA FILHO, N. A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.
- POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: Uma pequena revisão. [S.l.: s.n., s.d.]. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2004.
- ROSEN, G. Uma história da saúde pública. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- SOUZA, N. M. Avaliação Preliminar da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Dissertação de Mestrado em Educação para Ciências da Saúde. Havana. No Prelo.

- STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726p.
- SUCUPIRA, A. C. Marco Conceitual de Promoção da Saúde no PSF. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano IV, n. 1, p. 11-14, jan./mar. 2003
- TEIXEIRA, C. F. *Saúde da Família, Promoção e Vigilância*: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**/Ministério da Saúde. Brasília, ano V, n. 7, edição especial, jan. 2003 a abr. 2004

O RESGATE DA CIDADANIA AMEAÇADA



"A ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social; enquanto isso não for reconhecido na prática, não seremos capazes de desfrutar de seus benefícios e teremos que nos satisfazer com um vazio e uma mistificação."

(ANDRADE apud BARATA, 1985)

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Programa de Saúde da Família (PSF) vem ganhando espaço nas políticas brasileiras de atenção à saúde, inclusive com divulgação nacional por parte do governo através da mídia. Poucos programas sociais recebem tanta atenção e têm tanta visibilidade por parte da população. Depois de décadas ou talvez séculos de insatisfação do povo com os serviços de saúde, o PSF vem como uma proposta quase messiânica de aprimoramento.

Recordando-nos do ideal filosófico de **questionamento da realidade**, devemos nos perguntar (1) se a teoria que nos ampara a prática é ótima para fornecer a melhor assistência à saúde, (2) se há congruência entre

esses dois fatores, produzindo uma práxis¹, e (3) se a práxis adotada é a melhor solução para resolver de fato os problemas da população. Assim sendo, devemos conhecer a αρχαιολογία² da atual conjuntura políticosocial que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na implementação do PSF.

Farei a abordagem de alguns dos pilares que compõem o tema. Direito, Política, História, Sociologia, Filosofia e Medicina serão alguns dos principais assuntos abordados. Não é aqui meu objetivo dar um enfoque **multidisciplinar** fragmentado, tecendo comentários desconexos entre os temas. Também não intento estabelecer correlações entre os assuntos, construindo pontes entre esses saberes em um viés **interdisciplinar**. É meu objetivo maior neste trabalho fazer um corte epistemológico que engendre um campo comum a todos esses conhecimentos, promovendo um embate teórico **transdisciplinar** que suprassuma (HEGEL, 1992) os conhecimentos téticos e antitéticos anteriores em um corpo teórico sintético total único e plural. O objetivo não é, portanto, construir um discurso; ele será um mero meio para o fim de explicar os fenômenos, "as coisas mesmas" (HEIDEGGER, 1989; HUSSERL, 2000), vistos no decorrer da história.

Posteriormente, devemos analisar a questão da transmissão do conhecimento médico, pois de nada adianta ter um esqueleto assistencial completamente estruturado, sem profissionais que compreendam seu funcionamento, saibam atuar nele em benefício da população e estejam capacitados a melhorá-lo de forma dialógica através de envolvimento visceral com o ideal da saúde. O médico que formamos é realmente um sujeito ativo nas transformações sociais? O novo currículo do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará dá subsídios ao estudante para que ele saia da academia cônscio do contexto político, social e econômico

¹ Aqui entendida como "prática orientada por um corpo teórico consistente, dotada de uma finalidade e comprometida com a realidade objetiva".

² Corpo de conhecimento sobre o antigo.

em que ele está por se inserir? Ou estamos formando médicos alheios às intempéries psíquicas e sociais às quais seu paciente está exposto? Ora, se a saúde é um "estado de completo bem-estar físico, mental e social", será que nossos médicos sabem cuidar do lado psicossocial do paciente, conhecendo sua psicodinâmica e o ambiente onde ele se arraiga?

O presente trabalho se divide em duas partes, PSF e Educação Médica. A primeira se propõe a dar informações sobre a concepção de saúde enquanto direito fundamental, os antecedentes e atualidade das políticas de assistência à saúde no Brasil e temas correlatos. No fim, veremos como o Neoliberalismo corrói os direitos fundamentais e como podemos nos defender dessa tendência. Na segunda parte, analisaremos, como há pouco mencionado, a transmissão do conhecimento médico, a qualificação da Medicina enquanto ciência natural e humana, sua evolução no âmbito epistemológico e o Currículo vigente no Curso de Medicina da Universidade Federal de Ceará, principalmente. O objetivo é correlacionar a criação do Programa de Saúde da Família com o Ensino Médico em uma análise crítica, desde os pressupostos de implementação do PSF até o ensino da nova Medicina⁴, que congrega conhecimentos naturais e humanos. Espero, assim, dar informações sobre os temas abordados, responder a algumas perguntas expostas e, mais importante do que dar respostas, suscitar novas perguntas.

Por mera questão de administração da quantidade de informação exposta, resumirei muitas informações. Infelizmente, alguns vastos períodos da história não serão contemplados com mais que um curto parágrafo. Para recompensar o leitor, entretanto, haverá uma interessante exposição histórica (saúde no Brasil), filosófica (epistemologia) e jurídica (direitos fundamentais). No início de cada seção, cito as principais disciplinas que abordarão o tema.

³ Declaração de Alma-Ata, de 1978.

⁴ Em especial o ensino pautado pelo novo Currículo da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

LAVANDO A SUJEIRA (História, Política, Economia e Sociologia)

Com a instituição do governo provisório (15/11/1889), chefiado por DEODORO DA FONSECA, e, posteriormente, com a implantação definitiva da nova forma de governo, o Brasil estabeleceu-se como República Federativa, separou a Igreja do Estado, concedeu naturalização a estrangeiros, ganhou três poderes teoricamente harmônicos e independentes, uma bandeira, uma nova constituição e uma Assembléia Constituinte. Mesmo com tais avanços, a estrutura socioeconômica continuou inalterada, os ricos em sua exploração e os pobres na miséria.

Depois do fim do governo de CAMPOS SALES (1898-1902), a República Oligárquica atingiu seu apogeu com o período do "café com leite", com os rumos políticos do país sendo comandados por Minas Gerais e São Paulo. O Brasil era um país essencialmente agrícola, tendo tido ciclos de vedetes para a exportação, como o algodão, a borracha e o cacau. O maior produto brasileiro, entretanto, foi por muito tempo o café.

Com a economia circulando principalmente pelos portos, foi mister purificá-los das doenças que os assolavam e punham a perder mercadorias e produtividade, prejudicando a imagem do país frente aos consumidores internacionais. Sob o comando de OSWALDO CRUZ, a Diretoria Geral de Saúde Pública, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, engendrou um plano de luta contra endemias urbanas e depois rurais, no caráter de **sanitarismo campanhista**. As campanhas tinham caráter quase militar e eram extremamente **intervencionistas e repressivas**, buscando barrar o acoplamento agente-hospedeiro. Algumas das doenças que esse modelo combateu, até com muito sucesso, foram a peste, a cólera e a varíola.

A assistência individual, nesse período, era privada e curativa. Os hospitais públicos restringiam-se, como na Europa medieval, ao isolamento dos doentes, como os portadores de hanseníase, tuberculose e psicoses. Os enfermos acometidos por doenças das demais áreas médicas eram tra-

tados como indigentes nas Santas Casas de Misericórdia. Sobre o caráter de acúmulo dos pacientes nos hospitais psiquiátricos, MACHADO DE ASSIS escreveu:

"De todas as vilas e arraiais vizinhos afluíam loucos à Casa Verde. Eram furiosos, eram mansos, eram monomaníacos, era toda a família dos deserdados do espírito. Ao cabo de quatro meses, a Casa Verde era uma povoação." (MACHADO DE ASSIS, 1882)

PREVIDÊNCIA – UMA NOVA IDÉIA (História e Política)

Acontece uma transição do modelo de sanitarismo campanhista para o modelo assistencial. Essa mudança, entretanto, só se consolidará definitivamente após os anos 60. Com a Lei Elói Chaves de 24 de janeiro de 1923, criou-se a assistência previdenciária no Brasil. Cada empresa das estradas de ferro teve que criar, para seus empregados, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP). Em 1926, as CAPs foram expandidas para portuários e marítimos, provendo-os com benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões) e prestação de serviços (assistência médica e farmacêutica) para empregados e seus dependentes. A organização era da empresa e a administração e o financiamento, dos empregados e empregadores. Ao poder público cabia resolver conflitos entre a Caixa e o segurado. Registrou-se a criação de 183 CAPs nesse período.

BRASIL – PAÍS INDUSTRIAL (História, Política, Economia e Sociologia)

Após a **Primeira Grande Guerra** (1914-1918), houve superprodução da indústria ianque, causando uma crise no mercado de compra internacional. O evento mais expressivo desse colapso foi a quebra da bolsa de valores de Nova Iorque em 1929, com prejuízo para todos os países que mantinham relações comerciais com os Estados Unidos, inclusive o Brasil. Houve uma longa crise do café, cujo preço despencou. Produtores

desesperados queimaram e atiraram ao mar milhares de sacas para tentar tornar o produto escasso e segurar o preço, tudo em vão. A expressiva fatia da população ligada à produção cafeeira rumava agora para os centros urbanos do centro-sul, causando auxese do segundo setor e progressiva industrialização do país.

A vitória da Revolução de 30 iniciou a Era Vargas. Durante esse período, as palavras de ordem na gestão de GETÚLIO VARGAS eram capitalização do governo para industrialização e centralização do poder.

Nesse contexto histórico, em 1933 o governo criou os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), criando uma previdência social não mais relacionada a onde o trabalhador está empregado, mas à sua classe trabalhista (bancário, médico, etc.). Seguindo o padrão intervencionista do governo Vargas, a gestão dos IAPs era estatal. O presidente do instituto era nomeado pelo Presidente da República. O Estado passou a contribuir para o fundo previdenciário, junto com os empregadores e os empregados (tripartite). Os recursos, entretanto, ficavam centralizados nas mãos do poder público e os representantes dos trabalhadores e patrões junto à previdência passaram a ser indicados pelos sindicatos, não eleitos. O órgão de administração desse novo diagrama foi criado em 1930, o Ministério do Trabalho (MT). Pelo regime de capitalização, o governo aumentou os critérios de concessão de benefícios, diminuiu seu valor e avolumou a contribuição do segurado.

No mesmo ano de criação do MT, criou-se o Ministério da Educação e Saúde, que visava a empreender ações de caráter coletivo no campo da saúde. A população não vinculada ao mercado formal continuou sob o rótulo de indigente.

E A PREVIDÊNCIA QUEBRA... (História, Política, Economia e Sociologia)

Com o pós-guerra, o país caiu em uma época de desemprego e diminuição da qualidade de vida do cidadão. Somando o movimento internacional pelo investimento na área social (Estados de Bem-Estar Social)

ao populismo de VARGAS, instituiu-se o mais novo instrumento político-eleitoral do Brasil, a Previdência Social. Com o aumento da industrialização, houve mais urbanização e crescente assalariamento das classes menos abastadas, resultando em consolidação e fortalecimento da classe trabalhista, que passou a reivindicar mais assistência médica a partir do fim dos anos 50. Houve aumento dos benefícios sem correspondente incremento na receita, o que fez com que a Previdência entrasse em déficit no início dos anos 60. Para uniformizar a distribuição dos benefícios, criou-se a **Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS**.

A assistência preventiva continuava a ser feita na forma de campanhas e, no ano de 1953, o Departamento Nacional de Saúde transformou-se no **Ministério da Saúde (MS)**, persistindo a distinção entre assistência individual e pública.

UMA MANCHA NEGRA NO VERDE-AMARELO (História, Política, Economia e Sociologia)

Em 1960, a população, já bastante urbanizada e mais consciente, clamava por mudanças estruturais. No ambiente de aumento das demandas por parte dos trabalhadores e impossibilidade do governo de corresponder a essas expectativas, pelo modelo de acumulação capitalista adotado, instituiu-se o golpe de deposição de JOÃO GOULART. Com a fuga de JANGO para o Uruguai, na condição de refugiado político, inicia-se no Brasil a **Ditadura Militar**, a mais longa ditadura de nossa história. Começa uma era de Atos Institucionais e decretos presidenciais que desrespeitam os direitos constitucionais; centralização e imposição do poder; desenvolvimento dependente do capital, interesse e tecnologia estrangeiros; tortura; castração do direito ao voto, da liberdade de expressão e da dignidade da população brasileira.

No ano de 1967, pela justificativa de mais racionalidade financeira, os IAPs foram unificados no **Instituto Nacional de Previdência Social**, o **INPS**. Com ele aconteceu aumento da regulação estatal, com exclusão

dos empregados e empregadores da gestão, ficando eles somente na parte do financiamento. Mesmo com o fim do populismo, houve incremento nas políticas de assistência médica, ganhando espaço as doenças de massa (influenciadas pelas condições de vida e trabalho) e perdendo espaço as doenças pestilenciais (que acometem a todos, sem muita distinção).

A MEDICINA AVANÇA, A SAÚDE DO BRASILEIRO, NÃO (História e Política)

Acontece nessa época um grande desenvolvimento tecnológico, aprimorando na Medicina os métodos de diagnóstico e terapia. Forma-se, assim, o grande complexo médico-hospitalar, com equipamentos e medicamentos sempre mais precisos e profissionais cada vez mais especializados. Aqui se sustenta o **modelo médico-assistencial privatista**, que vigorará aproximadamente de 1960 a 1980. Há um privilégio na contratação de terceiros na assistência à saúde e cresce a influência de três grupos frente ao governo, a indústria farmacêutica, a de equipamentos médico-hospitalares e os donos de hospitais. Institui-se um tripé de assistência: a indústria internacional de manufatura fornece os equipamentos, a indústria nacional de serviços realiza os procedimentos e o Estado paga ambos. Todos ganham, exceto o povo, que recebe uma assistência exclusivamente curativa, especializada e individualista. O foco principal não é o bem-estar geral, é o lucro.

OS MILITARES PERDEM FORÇA, A SAÚDE RESPIRA (História, Política, Economia e Sociologia)

Propaga-se a cobertura de assistência à saúde para trabalhadores rurais (1971), empregadas domésticas (1972) e autônomos (1973). Com a expansão da contratação de empresas privadas sem fiscalização, cresce a corrupção e a crise econômica da Previdência. Para contornar o quadro, em 1974 criou-se o Ministério de Previdência e Assistência Social – MPAS. A lei 6229/75 dita que o Ministério da Saúde deve ser responsável

pelas medidas de interesse coletivo, incluindo a vigilância sanitária, e que o MPAS deve cuidar da assistência médica individualizada. É a promulgação da dicotomia saúde individual/coletiva.

Com a crise do petróleo de 1973, as condições internacionais favoráveis à euforia militar de obras faraônicas, crescimento econômico e programas de desenvolvimento regional e nacional (PIN, MOBRAL⁵, etc.) se esvaíram. Era o fim do milagre econômico. O Brasil caiu em crise generalizada, com êxodo rural e consequente ampliação do contingente populacional à margem do sistema de saúde. Há insatisfação geral com o modelo aplicado pela Ditadura, já incapaz de sustentar o desenvolvimento. Ganha força a Reforma Sanitária e pela primeira vez no país se ouvem os termos "Atenção Primária à Saúde" e "Medicina Comunitária". Baseadas nesse movimento de oposição ao sistema vigente estão as reformas curriculares dos cursos de Medicina brasileiros⁶, que discutiremos na segunda parte do presente trabalho, juntamente às reformas internacionais. O município ganha grande importância nas políticas de atenção à saúde e criam-se programas como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS).

OS MILITARES CAEM, A FILOSOFIA DA SAÚDE BRASILEIRA TORNA-SE MODELO PARA O MUNDO (História, Política, Economia e Sociologia)

Em 1980, a resposta final do Regime Militar à Reforma Sanitária foi a divulgação do PREV-SAÚDE pelo MS e pelo MPAS. Alegando falta de recursos, o programa foi cancelado antes mesmo de entrar em vigência. A nova estratégia foi o **Pacote Previdência**, incrementando a contribuição previdenciária de trabalhadores e empregadores, racionalizando despesas e controlando gastos com o **Plano CONASP**, do Conselho Con-

⁵ Programa de Integração Nacional e Movimento Brasileiro de Alfabetização.

⁶ As reformas curriculares internacionais ocorreram por causa do mesmo movimento de valorização da Atenção Primária e do lado epistemologicamente humano da ciência médica, mas se deram antes das reformas nacionais porque já tinham encontrado seu fértil terreno filosófico e político.

sultivo de Administração da Saúde Previdenciária, que criou as **Ações Integradas de Saúde – AIS** para reorganizar o sistema de saúde e evitar ações paralelas. Instituiu-se o repasse de verbas federais aos municípios por serviços prestados. Isso causou avanços expressivos na assistência à saúde em vários estados.

No ano de 1985 o regime não consegue mais sustentar uma justificativa para continuar no poder, a pressão da população é intensa e os militares caem. Em 1987, depois do fim do governo FIGUEIREDO e da Ditadura Militar, criou-se o **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS**, para descentralizar a assistência e fortalecer as AIS. Houve acréscimo ao poder das Secretarias Estaduais e início do desmembramento do INAMPS.

Na transição ditadura-democracia, houve a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, que aconteceu em 1986 para definir os rumos da saúde no Brasil. Dela saíram alguns trechos da Constituição de 1988 e a idéia da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, com seus princípios de participação social, equidade, descentralização, integralidade e universalidade. O SUS é primo, filosoficamente o melhor sistema de saúde que pode existir.

Surge, assim, a mais recente conformação político-jurídica no país. O Brasil organiza sua constituição e consolida ações de forma a proteger o cidadão, dando-lhe condições mínimas de sobrevivência digna, os direitos fundamentais.

CARACTERÍSTICAS DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS E SUA EVOLUÇÃO⁷ (Direito e Filosofia)

Várias são as correntes filosófico-jurídicas que fundamentam os direitos fundamentais, criando um matiz extremante plural de opiniões. Cada pensamento filosófico pode extrapolar o campo da Filosofia e alcançar áreas das mais variadas. Toda escola de pensamento dá contribuições na visão de homem e é, assim, uma possibilidade de influenciar a concepção dos direitos desse homem.

⁷ Para uma discussão mais completa sobre direitos fundamentais, liberdades, garantias, suas funções e outros temas correlatos, ver CANOTILHO, 1998.

"Assim, para os jusnaturalistas, os direitos do homem são imperativos do direito natural, anteriores e superiores à vontade do Estado. Já para os positivistas, os direitos do homem são faculdades outorgadas pela lei e reguladas por ela. Para os idealistas, os direitos humanos são idéias, princípios abstratos que a realidade vai acolhendo ao longo do tempo, ao passo que, para os realistas, seriam o resultado direto de lutas sociais e políticas." (MAGALHÃES FILHO, 2001)

Algumas características, entretanto, apesar de serem entendidas de formas diversas pelas diferentes visões, perpassam todas ou várias dessas concepções e cabe serem explicitadas em conjunto. "[Os direitos fundamentais] compõem-se dos Direitos Individuais fundamentais (vida, liberdade, igualdade, propriedade, segurança); dos Direitos Sociais (trabalho, saúde, educação, lazer e outros); dos Direitos Econômicos (consumidor, pleno emprego, meio ambiente); e dos Direitos Políticos (formas de realização da soberania popular)." (DORELLA)

De forma geral, pode-se dizer que os direitos fundamentais são **universais e absolutos**, ao mesmo tempo em que são **históricos**. Constituem direitos básicos de todo ser humano, mas se trespassam da evolução histórica das sociedades. São dotados de **inalienabilidade** e **indisponibilidade**, ou seja, estão vedados quaisquer atos de disposição em relação a eles, sejam jurídicos ou materiais. Possuem **constitucionalidade**, o que produz a dicotomia entre Direitos Humanos, ou Direitos do Homem (inerentes ao ser, à essência) e Direitos Fundamentais (particulares de cada população, das leis do Estado) (CANOTILHO, 1998). Sendo constitucionais, eles estão vinculados aos poderes públicos para que sejam salvaguardados com **aplicabilidade imediata** através, por exemplo, do mandado de segurança, mecanismo jurídico que os protege por serem, necessariamente, direitos líquidos e certos.

JELLINEK desenvolveu uma teoria dos quatro *stati* para definir as possíveis posições do indivíduo frente ao Estado. São eles:

- 1. Status subjectionis ou passivo: O cidadão encontra-se subordinado ao poder público, possuindo deveres frente a ele. A coação se dá por forma de leis, decretos e normas em geral. Forma de relação nas sociedades primitivas, onde vigora o que manda o patriarca.
- 2. Status negativo: O Estado lida agora com homens livres. O cidadão delineou seus direitos contra o autoritarismo e finca os pés em suas liberdades individuais. Aqui estão inseridos os direitos de primeira geração ou direitos de defesa.
- 3. Status civitatis ou positivo: Além de livre, agora o indivíduo exige que o Estado aja em seu favor, obriga que a coletividade se responsabilize pelo seu bem-estar mínimo e luta pela igualdade. Esses são os direitos de segunda geração ou de prestação.
- 4. Status ativo: O cidadão agora luta para deixar de ser passivo na construção de seu ambiente e quer ter voz na eleição de seus representantes, na escolha dos rumos da comunidade e nas demais iniciativas coletivas. São os direitos de participação.
- 5. MAGALHÃES FILHO diz que a evolução dos direitos obedeceu à mesma ordem que vinham na máxima da Revolução Francesa. **Liberdade** individual contra a vontade do Estado (1ª geração), **Igualdade** da população em termos sociais (2ª geração) e **Fraternidade** entre os homens para formar uma comunidade mundial (3ª geração). "Contudo, já se fala hoje nos *direitos de quarta geração*, que consiste no direito à autodeterminação, direito ao patrimônio comum da humanidade, direito a um ambiente saudável e sustentável, direito à paz e ao desenvolvimento." (GSCHWENDTNER, 2001)

O VERBO QUE NOS AMPARA (Direito e Medicina)

Os Direitos Fundamentais, antes somente individuais e protegendo propriedade, segurança, vida, liberdade e igualdade, se expandiram para abranger as mais diversas áreas de conforto do ser humano. Derivado do direito à vida, está o direito a vida digna, sem doenças e de bem estar biopsicossocial, à saúde. Segundo a Lei 8080/90:

"Art. 2 - A saúde é um **direito fundamental** do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício." (grifo nosso).

A Proposta de Emenda Constitucional n° 29 (PEC 29) de 2004, que propõe o destino à saúde de 5% do orçamento da União, 12% do orçamento estadual e 15% do orçamento municipal; as Normas Operacionais Básicas (NOB e NOB-SUS); Portarias do Ministério da Saúde; a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 2001); as recomendações das subseqüentes Conferências Nacionais de Saúde (CNS); a Lei 8689/93, que extinguiu o INAMPS; as Leis Orgânicas da Saúde, Lei 8080/90 e 8142/90; todos esses artifícios normativos e outros tentaram dar sua contribuição na construção de um sistema nacional, considerado "de ponta" em todo o mundo, de assistência universal, a todo brasileiro.

Em caráter informativo, proponho aos interessados a leitura de alguns curtos trechos de nossa legislação que darão uma boa noção de como está estruturada nossa assistência à saúde em seu caráter jurídico. Quase a παιδεία do cidadão consciente dos seus direitos em saúde. O itinerário é o seguinte: **Constituição Federal**, seção II (artigos 196 – 200), que pode se expandir para as seções III (da Previdência Social) e IV (da Assistência Social); **Constituição do Estado do Ceará**, capítulo VI (artigos 245 – 252); **Leis 8080/90** e **8142/90**. Todos facilmente encontrados na rede mundial de computadores se digitados os trechos em negrito acima, entre aspas, em buscadores. Elas nos ajudarão a ter idéia do mínimo que devemos buscar, do que já temos direito sem termos que lutar mais. O SUS não é uma política, é uma idéia. Ele não se resume ao que vemos, é um objetivo a ser conquistado por todos nós.

SUS E PSF, ALIADOS NA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA (Política e Medicina)

Iniciado o movimento de ênfase na atenção primária mundial, o Brasil se baseou em projetos iniciados na Inglaterra, no Canadá e, principalmente, no país de onde importou o atual programa brasileiro, Cuba. Com o **Programa de Agentes de Saúde (PACS)** em 1987 e o **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)** de junho de 1991, criaram-se as fundações do **Programa de Saúde da Família**, implantado em 1994.

Cada Equipe de Saúde, dotada minimamente de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4-6 agentes de saúde, deve adotar uma Área de Vigilância Sanitária (AVISA) e ser adotada por ela, em uma simbiose para resolver os problemas da população que habita aquele território. As equipes têm como base a Unidade Básica de Saúde da Família (UBAS ou UBASF), que mantém um cadastro de suas famílias, localizando os principais acometimentos da comunidade. A atenção deve englobar tanto demanda espontânea, tratando das doenças que já acometeram o indivíduo, quanto demanda reprimida, identificando fatores de risco e agindo sobre os riscos evitáveis. Além de tratar doenças existentes (ou encaminhar quando devido) e prevenir novos casos, a Equipe é responsável pela promoção da saúde, como será exposto no item "Integralidade", abaixo.

Os princípios fundamentais do SUS, regras mestras para a condução do PSF são:

Universalidade: O atendimento deve atingir a todos, com programas delineados para cada demanda. Saúde da mulher, da criança, do adulto, do idoso são alguns exemplos de ações direcionadas, pois cada gênero, cada faixa etária e cada outro atributo do sujeito contribui de forma capital para sua saúde. O programa deve ser para todos, mas não com baixa qualidade, assim, cada equipe deve atender no máximo 4.500 pessoas, por recomendação do Ministério da Saúde.

Equidade: Parte do princípio da não-igualdade. Não sendo os cidadãos iguais, deve-se privilegiar as ações aos que têm maior risco de desen-

volver a patologia, restituindo, assim, a igualdade constitucional. Dessa forma, os menos abastados são mais privilegiados pelos novos programas governamentais e as populações de risco recebem cuidados especiais, como apresentado no item anterior.

Integralidade: O ser humano é visto como um sistema complexo de interrelações multicausais (ver paradigma sistêmico, p. 25-26), que deve ser cuidado em todos os seus níveis. Isso implica cura das doenças existentes, prevenção das futuras e promoção da saúde, por meio de atividades individuais antes que a enfermidade se instale (Educação Física precedendo a dislipidemia, Psicoterapia antes do transtorno mental, etc.) ou medidas gerais de melhoria da qualidade de vida (pressão no governo por melhor saneamento, trabalho comunitário para benefício da comunidade, como mutirões, etc.). Essas ações devem estar presentes nas práticas de todos os profissionais da saúde (odontólogos, nutricionistas, psicólogos, etc.).

Há também princípios de funcionamento geral, como descentralização (municipalização da assistência, pois quanto mais perto do problema, mais compromisso terá o gestor em resolvê-lo e mais acesso a população terá ao gestor) e participação social (é fundamental que a população eleja as ações mais importantes para sua comunidade e inicie um processo verdadeiramente democrático de assistência à saúde). Somados a esses, vários autores dão sua própria contribuição para novos princípios, mas não é nosso objetivo aqui esgotá-los, mas oferecer uma boa idéia do que se entende hoje por Sistema Único de Saúde e Programa de Saúde da Família. Segundo o Ministério da Saúde, seguindo esses preceitos, o PSF é capaz de resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade.

EU TENHO MEUS DIREITOS! TENHO? (POLÍTICA, ECONOMIA E DIREITO)

O Neoliberalismo é um movimento de crítica à social-democracia e ao seu intervencionismo e os considera, nas palavras de seu maior nome, HAYEK, "uma servidão moderna". Segundo os neoliberais, o Estado de Bem-Estar seria um inimigo das liberdades individuais e da concorrência, conceitos vitais em uma sociedade próspera. "A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo. (...) a democracia em si mesma – como explicava incansavelmente Hayek – jamais havia sido um valor central no neoliberalismo." (ANDERSON, 1995)

No Brasil, o maior nome neoliberal é o de FERNANDO HENRIQUE CARDOSO. O ex-presidente conseguiu no Brasil muitos êxitos que o neoliberalismo já havia conseguido no mundo. A grande inflação mundial dos anos 70 foi parada por essa política, da mesma forma que no Brasil da década de 90, causando, assim, o aumento da taxa de lucro das empresas. O crescimento das taxas de desemprego derrotou o movimento sindical, o que permitiu a contenção salarial, outro objetivo da política neoliberal. A redução da tributação dos salários altos, a recuperação da economia, a inserção do Brasil no mercado internacional, a privatização generalizada das estatais promoveram um fértil terreno para a "saudável desigualdade" (nacional e internacional) dos neoliberalistas. Na década de 80, nos países da OCDE8, os valores das bolsas aumentaram quatro vezes mais rapidamente que os salários. (ANDERSON, 1995)

O governo neoliberal é marcado pela **desconstrução** do espaço público e **desregulação** dos mecanismos estatais, defendendo o Estado mínimo. Isso implica a decadência dos direitos fundamentais, tão arduamente conquistados. O capital internacional entende o Brasil como país exportador de produtos básicos e sem direito à saúde. No sul do país já existem Casas de Parto sem médicos, somente com as "enfermeiras-obstetras" para baratear a assistência à saúde, sem se importar com as condições de atendimento da população. Uma das funções do **PLS 25** (**Projeto de Lei do Ato Médico**) é proibir tais absurdos. Você acha que uma dessas enfermeiras levaria sua filha para dar à luz em uma casa de parto sem médico, sabendo que estariam em risco a vida da gestante e a

⁸ Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômicos, principalmente Europa, América do Norte e México, Japão, Coréia e Austrália.

do bebê? As enfermeiras devem dar assistência "até a chegada do médico". Você levaria sua filha lá mesmo assim?

Para defender, entre outras coisas, os direitos fundamentais da população, a Constituição de 1988 ampliou as funções do Ministério Público, que, nesses casos, tem por finalidade receber as reclamações e proceder, de início, administrativamente e a seguir pela via judicial para obter solução de cada caso. Administrativamente o órgão Ministerial instaura procedimentos próprios que se encerram com termos de ajustamento de conduta, em que a Autoridade Pública competente compromete-se, mediante cláusulas ajustadas, a resolver a pendência sob prazo certo. Em caso de omissão ou descumprimento do termo ajustado, o Ministério Público maneja as chamadas ações civis públicas para buscar no Poder Judiciário decisão que venha a compelir o Estado a cumprir com seu dever. Além de procedimentos administrativos, o órgão Ministerial tem amplos poderes investigatórios no que se refere às ações vinculadas do Estado, utilizando-se de inquéritos civis públicos para apurações de responsabilidades das autoridades públicas no que concerne suas obrigações, cabendo proceder inclusive nos casos de omissões e, ao final, até levantar situações de improbidade administrativa. Tudo, visando à garantia da integral prestação desse serviço primordial, como direito constitucionalmente assegurado ao cidadão. (Informação verbal)9.

Além do MP, o cidadão pode denunciar o mau atendimento ao órgão que além de defender os direitos do consumidor de produtos, defende os do consumidor de serviços, o PROCON. Em ocasião de falha específica do profissional de saúde (como negligência ou imprudência), o usuário pode recorrer ao Conselho de Classe correspondente e fazer uma denúncia. Há também as ouvidorias que captam descontentamentos dos pacientes e tentam resolver os problemas do serviço e, mesmo que não haja ouvidoria, o cidadão tem o direito de fazer a reclamação à pessoa

⁹ Fornecida em entrevista com o Promotor de Justiça do Estado do Pará, José Maria Capela Sampaio.

que responde por aquele órgão (diretor, coordenador, etc.), pois muitas vezes ele desconhece o tratamento que seus subordinados dão aos usu-ários. Por último, temos a **mídia**, que faz denúncias a toda população, criando insatisfação geral. Não há o compromisso obrigatório em resolver o problema, mas pode ajudar a mobilizar mais vozes contra ele.

ENSINO MÉDICO

A forma como uma coletividade mira um tema é a forma como o ensina ela aos seus neófitos. Para compreender a forma como praticamos Medicina, precisamos ver como nos foi ensinada. E para entender os mestres dos que nos ensinaram, é necessária uma análise crítica da construção do conhecimento médico hodierno. Assim, teremos condições de saber se a forma como o conhecimento está sendo edificado e transmitido é ótima para assistirmos ao paciente. Epistemologia e Pedagogia precisam andar de mãos dadas para podermos olhar o saber médico como ele melhor deve ser visto e passá-lo aos nossos bisonhos discípulos de forma adequada.

Para estudar as raízes do atual domínio médico, é necessário voltar à Renascença.

O CORAÇÃO EM DEUS, OS OLHOS NO MUNDO (Filosofia)

O Renascimento teve como pilar a negação do sistema obsoleto e parasitário de clérigos e nobres da Idade Média. A forma escolhida de fazêlo foi retomar as raízes greco-romanas de antes da Era Medieval. Apesar de parte do pensamento filosófico medieval ter sido baseado nas filosofias platônica (Santo Agostinho) e aristotélica (São Tomás de Aquino), a conformação da sociedade tinha perdido vários dos avanços alcançados pelos seus antepassados. Com o **humanismo renascentista**, Deus continuava em seu lugar de salvação da humanidade, mas perdia seu trono na explicação dos fenômenos naturais. Com o **Iluminismo** e a progressiva racionalização da humanidade, o mundo foi devolvido aos humanos e a

morte de Deus, proclamada¹⁰. O movimento de antropocentrização progressiva manifestou-se na Arte, na Ciência, na Filosofia, no Direito e em todos os outros campos de conhecimento e prática humanos, inclusive na própria Religião¹¹.

Os olhos dos cientistas cintilavam a cada descoberta feita. O entusiasmo de mirar o universo era como o de uma criança que vê a luz do dia pela primeira vez. Sobre a revolução dos orbes celestes de Niccolò Copernico atacou o geocentrismo predominante, GILBERT descreveu o magnetismo, BOYLE contribuiu para a mecânica dos gases, HOOKE inventou a bomba a vácuo e uma infinidade de outros grandes cérebros deixou para sempre seus nomes marcados no livro do conhecimento humano. NEWTON e DESCARTES tiveram uma importância especial. Os pais do empirismo e do racionalismo, respectivamente, foram, segundo CA-PRA, os criadores de um modo de conceber a realidade único até então e que influenciou sobremaneira a história do pensamento científico e diversos outros campos da vida humana.

Segundo essa concepção da realidade, o universo seria como uma grande máquina e funcionaria segundo leis determinadas e prontas para serem conhecidas pela razão. GALILEU disse que "a natureza é um livro escrito em caracteres matemáticos". CAPRA chamou essa cosmovisão de **paradigma mecanicista** ou **newtoniano-cartesiano**. Essa visão de mundo está bastante atrelada à criação do **método científico** e aos pensadores empiristas, que preconizavam a exploração exaustiva do mundo natural como via de acesso principal ao conhecimento verdadeiro. O método seria uma garantia, segundo DESCARTES, de se certificar que os dados obtidos não nos conduziriam a conclusões erradas. Isso

^{10 &}quot;Onde está Deus?" gritava o louco de NIETZSCHE. "Eu devo dizer-lhes. Nós o matamos – vocês e eu. Todos somos assassinos... Deus está morto. Deus continua morto. E nós o matamos...".

¹¹ Segundo a Reforma Protestante, não haveria diferença entre clérigos e laicos, o que salvaria a todos era o compromisso direto e absoluto com Deus. A salvação viria pela própria fé do crente, não pelos sacramentos da Igreja Romana ou por missas em seu favor.

influenciou LAPLACE a dizer: "uma inteligência conhecendo todas as variáveis universais em determinado momento, poderia compor numa só fórmula matemática a unificação de todos os movimentos do Universo. Conseqüentemente deixariam de existir para esta inteligência o passado e o futuro, pois aos seus olhos todos os eventos seriam resultantes do momento presente". Com a localização e velocidade de todas as partículas do cosmos, seria possível prever o futuro. Estava consumado o **determinismo** na ciência moderna.¹²

MÉDICO, FINALMENTE UM PORTADOR DE ESPERANÇA (Epistemologia e Medicina)

A ciência médica só teve a ganhar com a exploração do mundo natural. As descobertas foram progressivas e mudaram de uma vez por todas a forma como nos relacionamos com as doenças e com o nosso corpo. A Medicina deixava de ser uma prática de dentro de asilos caracterizada por isolamento, ablação e desesperança e se tornava uma ciência à beira do leito, de aprendizado com os sintomas (não mais agrupados nosologicamente, de forma qualitativa, mas fisiopatologicamente, de forma qualiquantitativa) do doente e de cura. A morte deixava de ser uma intangível derrota e passava a ser colocada dentro do campo do conhecimento, sendo ponto de partida da investigação anatomo-clínica (FOUCAULT, 1980). Nasce aqui a Medicina Científica com seus primeiros teóricos. Muitos ficaram conhecidos como os pais dessas ciências. A Anatomia ganha contribuições de LEONARDO DA VINCI, ANDREAS VESA-LIUS; a Fisiologia de WILLIAN HARVEY (circulação sanguínea); a Cirurgia, de seu pai, AMBROISE PARÉ (laqueação das artérias em lugar de cauterizá-las, uso do bálsamo em vez do óleo quente no tratamento para lesões por arma de fogo, etc.), que se tornou herói dos soldados por usar métodos de cura menos dolorosos; a Clínica Médica se estrutura como

¹² William Blake uma vez disse: "Deus nos salve do sonho determinista de Newton". O movimento contra as idéias mecanicistas e deterministas do paradigma newtoniano-cartesiano, entretanto, não ganhou força até o século passado.

atenção à semiologia e investe no tratamento e não mais no isolamento; enfim, a Medicina como hoje a conhecemos nasce nesse fértil período.

A visão moderna de causa-efeito, com o advento da Bacteriologia (metade do século XIX), cria a noção unicausal de **agente etiológico**. O embate entre as teorias de miasmas, contágio e contágio contingente (mistura das duas anteriores) predominou nos Congressos Internacionais de Saúde Pública da época. Os miasmáticos, com seu incipiente enfoque no ambiente como sendo causa da doença, foram derrotados, tornandose predominante por séculos o modelo unicausal do contágio.

COMEÇA A ERA DE AQUÁRIO (Epistemologia)

Depois de algumas centenas de anos, começa-se a perceber as inconsistências do paradigma newtoniano-cartesiano. As idéias unicausais não davam conta de explicar os fenômenos observados pelos cientistas e os pensadores começaram a propagar diversas teorias congruentes com a idéia de considerar não somente um fator para os fenômenos, mas todos os que o envolvem.

O primeiro movimento de reação foi a negação do argumento cartesiano do *cogito*, que sustentava no indivíduo o fundamento do conhecimento. Aqui, FREUD teve grande participação ao destronar a consciência de seu lugar privilegiado como dona de suas ações e sujeito do processo de conhecer. O pai da Psicanálise demonstrou que uma grande fatia de nossas vidas não é alicerçada em escolhas pensadas e conscientes, mas provém de um *topos psíquico* obscuro e até então desconhecido, o *Inconsciente*.

Depois disso, vários autores, mesmo sem saber, lapidaram os pilares do **paradigma sistêmico** ou **holístico**, que concebe a realidade como portadora de uma complexidade ímpar (e kantianamente incognoscível?), considerando, assim, a **multicausalidade** dos fenômenos. O estudo keynesiano da Economia em relação à sociedade como um todo se contrapõe à posição moderna de análise de fatores isolados; o princí-

pio da incerteza de HEISENBERG, determinando e impossibilidade de se conhecer, ao mesmo tempo, posição e velocidade de uma partícula, demole o sonho de LAPLACE de prever o futuro; JUNG objeta o mecanicismo do "aparelho psíquico" de FREUD com seu "sistema psíquico"; todos os aparelhos do corpo humano (digestório, circulatório, etc.) tornam-me sistemas; LEAVELL e CLARCK contestam a monocausalidade da enfermidade com seu sistema de intervenção médica embasado na História Natural da Doença, com todos os aspectos da evolução da patologia; enfim, teóricos das mais diversas áreas rumam em direção à multicausalidade.

MULTICAUSAL, SIM, MAS TAMBÉM HUMANA (Epistemologia e Medicina)

Depois que os mestres do socialismo (utópico, científico e anarquia) lançaram suas bases teóricas e influenciaram vários, se não todos os campos de conhecimento humanos, a Medicina teve que repensar seus conceitos de ser uma ciência exclusivamente natural. Não era o bastante conceber o saber médico como sistêmico e multicausal, era preciso incorporar as ciências humanas em sua configuração básica.

O conceito de **causação social** já havia surgido na época do Industrialismo, quando se percebeu que as condições de vida e de trabalho das pessoas tinham capital importância na sua saúde. Já na Modernidade, RAMAZZINI descreveu 54 doenças ligadas a diversas profissões. Reconhecia-se o escorbuto como doença dos marinheiros e febre amarela como doença tropical. Na Grã-Bretanha, CHADWICK demonstrou o círculo vicioso pobreza-doença, uma causando a outra e formando um perigoso circuito.

Não foi, entretanto, até o século passado que se deu importância a esse conhecimento, em parte por causa da derrota dos miasmáticos. Somente com o surgimento do modelo multicausal e com a crítica socialis-

ta, que tanto os cientistas começaram a pôr esses fatores em suas teorias, quanto os gestores começaram a considerar ações sérias de assistência à saúde pública.

Com a aplicação da Estatística e incorporação das teorias socialistas ao conhecimento médico, pôde nascer a Nova Epidemiologia. Não mais como um estudo descritivo afastado dos interesses da população, mas como uma ferramenta de armazenamento de dados e controle de fatores para melhorar as condições de saúde da comunidade. Percebeu-se que investir em saúde coletiva era mais barato do que os vultosos gastos com as epidemias, quarentenas e suas conseqüências.

A Medicina estabelece-se, assim, além de ciência natural, como **ciên- cia humana**, como corpo de conhecimento que considera a saúde como "estado de bem-estar biopsicossocial", agora de fato.

OS MILITARES E O ENSINO (Política e Ensino médico)

Uma das primeiras ações da Ditadura Militar no Brasil foi tirar do currículo do Ensino Médio Filosofia, Sociologia e Psicologia. Retirando as disciplinas humanas do programa básico de instrução, corroem-se os Grêmios Estudantis e dissolvem-se as futuras lideranças contra o sistema. A Reforma Universitária, adotando o princípio ianque de *cadeiras*, termina com a turma única, fragmenta os estudantes em diversas salas, semestres e *campi*, dificultando sua insurreição. O objetivo é inequívoco, impedir conjurações contra o governo. Estando a crítica social longe dos muros da academia, os departamentos de Medicina Preventiva só podiam abordar a questão com um olhar biomédico, desconsiderando fatores imprescindíveis para a boa formação do médico.

Após o Regime Militar, com a Reforma Sanitarista em voga, os currículos das Faculdades de Medicina começaram a entrar, também, em reforma. O movimento mundial de perceber a ciência médica como, além de natural, humana chegava ao Brasil depois de décadas.

ENQUANTO ISSO, NO CEARÁ (Epistemologia e Pedagogia)

Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará a Reforma Curricular ocorreu de 2000-2001. O processo foi de discussão entre os interessados, inclusive docentes e discentes. Apesar de começar como um debate aberto, depois de instituída, os métodos para conceituá-la não são satisfatórios. Não há um programa sério de avaliação para verificar se o que preconiza a Reforma está sendo cumprido e os professores destinados a ministrar os novos conteúdos não têm formação para fazê-lo. Os estudantes detestam os novos módulos implantados e consideram absurda a idéia de que, para tê-los, precisaram sofrer impetuosa diminuição da carga horária de outras disciplinas (Clínica Médica, Patologia, Farmacologia, etc.), hoje tendo que "apertar" extensos conteúdos em poucas horas de aula.

A situação faz com que os estudantes não vejam com bons olhos as disciplinas humanas em um curso da área da saúde e reneguem esse conhecimento, considerando-o desnecessário. As conseqüências são vistas no Programa de Saúde da Família, com médicos que ignoram o meio sócio-econômico onde vão-se inserir e sem preparo para atuar junto à população, com conhecimento estritamente clínico. Se a saúde é o famigerado "estado de bem-estar biopsicossocial" e cuidar dessas três esferas em congruência é verdadeiramente o *ser médico*, então estamos com certeza formando *biomédicos*¹³. Nossos profissionais não têm vínculo com o programa e, assim que têm uma chance, voltam à capital, seja no fim de semana, seja de uma vez por todas, em posse de uma satisfatória quantia monetária.

CONCLUSÃO: ENDURECER, SIM!

O Programa de Saúde da Família é uma solução ímpar para os problemas de saúde da população, mas estando ele ameaçado de um lado pelo poder político neoliberal e de outro pela incompetência da universidade, devemos todos estar preocupados com a assistência à saúde em nosso

¹³ Não se entenda aqui um desmerecimento da profissão dos profissionais da Biomedicina, mas epistemologicamente essa ciência não tem enfoque psicossocial.

país, especialmente no Ceará. Como Marx disse em sua XI Tese contra Feuerbach, os filósofos têm se preocupado muito em entender o mundo, é nossa tarefa agora mudá-lo. Estudantes e profissionais devem se levantar contra a mediocridade do novo currículo e a população em geral contra os disparates no Brasil. Mais que esporádica **indignação** com o mensalão, precisamos ter **ação** diária contra a violação dos nossos direitos. Como explicitei no fim da primeira parte, temos alguns aliados em nossa defesa. O Ministério Público, a mídia, o PROCON podem até nos ajudar, mas a decisão de iniciar a Revolução é pessoal e intransferível, deve começar todo dia, no momento em que acordamos. Ser crítico, lutar, não deixar passar uma violação é considerado pelos brasileiros como "chatice", "mau-humor". Isso faz o combate ser ainda mais difícil, mas com a maior dificuldade, os louros são mais belos. Se a causa é justa, a luta é certa.

"Luto pelo justo, pelo bom e pelo melhor do mundo" (Olga Benario)

BIBLIOGRAFIA

- ANDERSON. **Balanço do Neoliberalismo**. In: SEDER; GENTILI. Pós-Neoliberalismo. São Paulo, Paz e Terra, 1995.
- ANDRADE; SOARES; CORDONI JR. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, NESCO, 2001.
- BARATA. **A Historicidade do Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: ABRAS-CO, 1985.
- BARROS. O Controle Social e o Processo de Descentralização dos Serviços de Saúde. Texto produzido no Doutorado em Políticas Sociais no Instituto de Economia da UNICAMP.
- CAMPOS. Estudos de História. São Paulo: Atual, 1991.
- CANOTILHO. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 3ª ed. Coimbra: Almedina, 1998.
- CAPRA. O Ponto de Mutação. 23ª ed. São Paulo: Cultrix, 2002.
- COTRIM. História e Consciência do Brasil. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 1996.
- CHAUÍ. Convite à Filosofia. 12^a ed. São Paulo: Ática, 1999.
- DESCARTES. **Discurso do Método, Regras para a Direção do Espírito**. São Paulo: Martin Claret, 2002.
- DORELLA. **Os Direitos Políticos nas Constituições Brasileiras**. Monografia apresentada na admissão ao Instituto Carlos Campos. Disponível em: http://votoonline.vilabol.uol.com.br/paper6html>. Acesso em: 03 out. 2005.
- FERREIRA. **Moderna Saúde Pública**. 6ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- FOUCAULT. **O Nascimento da Clínica**. 5ª ed. São Paulo: Forense Universitária, 1998.
- FREUD. **A Interpretação dos Sonhos**. In: Obras Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- GARCIA-ROZA. Freud e o Inconsciente. 19^a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- GOSWAMI. **O Universo Autoconsciente**. 5^a ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.
- GSCHWENDTNER. **Direitos Fundamentais**. Jus Navigandi, Teresina, a. 5, n. 51, out. 2001. Disponível em: http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2075>. Acesso em: 23 set. 2005.
- HAYEK. Os Fundamentos da Liberdade. Brasília: Visão, 1983.

- HEGEL. Fenomenologia do Espírito. Petrópolis: Vozes, 1992.
- HEIDEGGER. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes, 1989.
- HEISENBERG. Física e Filosofia. Brasília: Editora da UnB, 1981.
- . **A Parte e o Todo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- HENRY. **A Revolução Científica e as Origens das Ciências Modernas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- HUSSERL. A idéia da Fenomenologia. Lisboa: Edições 70, 2000.
- JUNG. **A Natureza da Psique**. 5^a ed. Obras Completas, vol. VIII/2. Petrópolis: Vozes, 2000.
- _____. **O Eu e o Inconsciente**. 16 ed. Obras Completas, vol. VII/2. Petrópolis: Vozes, 2002.
- KUHN. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1970.
- MACHADO DE ASSIS. O Alienista. São Paulo: Ática, 1996.
- MAGALHÃES FILHO. Hermenêutica e Unidade Axiológica da Constituição. Belo Horizonte: Mandamentos, 2001.
- MARCONDES. Iniciação à História da Filosofia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- MARX. Teses Contra Feuerbach. In: Os Pensadores, 2a ed. São Paulo: Abril, 1978.
- MENDES; COELHO; BRANCO. Hermenêutica Constitucional e Direitos Fundamentais. Brasília: Brasília Jurídica, 2000.
- MORAES. Direito Constitucional. 10^a ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- NEWTON. **Princípios Matemáticos de Filosofia Natural**. São Paulo: Nova Stella/EDUSP, 1990.
- NIETZSCHE. A Gaia Ciência. São Paulo: Hemus, 1981.
- ROSEN. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: UNESP, 1994.
- THOMPSON. **GAIA Uma Teoria do Conhecimento**. 3ª ed. São Paulo: Gaia, 2001.
- VASCONCELOS. **Teoria da Norma Jurídica**. 5ª ed. São Paulo: Malheiros, 2000.



ABERTURA DE NOVAS ESCOLAS MÉDICAS: AS REPERCUSSÕES DE UMA POLÍTICA NEOLIBERAL



"Privatizaram sua vida, seu trabalho, sua hora de amar e seu direito de pensar.
É da empresa privada o seu passo em frente, seu pão e seu salário. E agora não contente, querem privatizar o conhecimento, a sabedoria, o pensamento, que só à humanidade pertence."

Bertold Brecht.

1. INTRODUÇÃO- INFLUÊNCIA DO CAPITAL NA ABERTURA DE NOVAS ESCOLAS MÉDICAS

A criação de novas escolas médicas vem ocorrendo de forma desenfreada nos últimos anos. As regiões mais ricas e desenvolvidas foram as "privilegiadas" e visadas pelos grandes empresários do ensino. Estes, como se vai demonstrar, preocuparam-se muito mais em formar profissionais com base no "exército de massa" de vestibulandos, do que com a própria demanda social da região, facilmente perceptível quando se analisa as macro-regiões onde se concentra boa parte dos Cursos Médicos. O Sudeste, por exemplo, possui 74 cursos de medicina, o que corresponde a 45,39% das Instituições Médicas de Ensino Superior, enquanto o Norte possui apenas 15 cursos (9,20%).

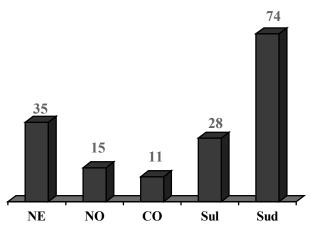


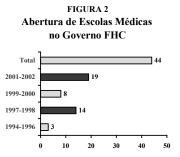
Figura 1. Número de Escolas por Região do Brasil

Fonte: Conselho Federal de Medicina.

Os empresários visam instalar cursos médicos nas regiões onde as pessoas possam arcar com o alto ônus de um Curso Médico, sendo, portanto, custeado apenas por limitada parte da população brasileira, demonstrando um caráter eminentemente excludente e elitista. O Neoliberalismo, com sua política "laissez faire, laissez passer", influenciou diretamente a distribuição dessas escolas no território brasileiro, cabendo as instituições públicas desbravarem terras inóspitas e com problemas sociais alarmantes. Os grandes empresários se baseiam, para a implantação de seus cursos, em estudos de viabilidade financeira, incluindo estudo do perfil dos seus consumidores e da renda per capita da população alvo. Diferentemente, as entidades públicas priorizam a responsabilidade com o bem público e com a demanda social verdadeira.

A Universidade Pública não obedece à lógica comercial, desafia o Liberalismo Econômico diante da visão mercadológica da educação, encabeçada pela Organização Mundial do Comércio (OMC) e refletida em todas as esferas das políticas sociais e educacionais brasileiras.

De 1994 até 2006 foram criadas 82 novos Cursos de Medicina. Destes, 44 foram abertos durante os 8 anos de Governo do Fernando Henrique Cardoso e 38 durante a primeira gestão do Presidente Lula. Isso pode ser visto nas figuras 2 e 3.



Fonte: Conselho Federal de Medicina



Fonte: Conselho Federal de Medicina.

Em Fortaleza, recentemente foram abertas duas novas escolas de medicina privadas. Acredita-se que o projeto pedagógico do curso é dos mais modernos, que a infra-estrutura física oferecida também seja aceitável e a qualidade do corpo docente inquestionável. Entretanto, quando se põe a refletir sobre a necessidade social da criação desses cursos, eles se convertem meramente em empresas que visam sugar o máximo de lucro de seus consumidores, haja vista que, em Fortaleza, a relação médico-habitante encontra-se em torno de 1/442 habitantes.

No Ceará, bem como em outras regiões do Brasil, não faltam Médicos, como bem insistem em propagar a grande mídia e os empreiteiros da educação, os quais apregoam soluções simplistas e que desvalorizam o trabalho médico. Para esses, interessa a divulgação de tal idéia no imaginário popular puramente por interesses financeiros.

A sociedade cearense precisa entender que a solução dos problemas do Sistema de Saúde oferecido no Estado não está na abertura de novas faculdades de Medicina, e sim na criação de políticas de saúde adequadas, que contemplem, verdadeiramente, a população carente do nosso semi-árido. A embrionária criação de Políticas de Saúde, a má gestão do dinheiro público, o precário desenvolvimento econômico do interior cearense, dentre outros, são os motivos reais da aparente falta de médicos em nosso Estado. Enquanto não se enfrentar tal problemática com este olhar, vamos ficar esperando que os médicos passem a trabalhar no interior por um processo de "osmose distributiva", devido à grande concentração destes profissionais na capital e ao pequeno número de médicos no interior. Estes trocando, por força do mercado, os miseráveis salários da capital pelos medíocres honorários do interior. Assim, é possível crer que só ocorrerá uma boa distribuição de médicos no nosso Estado quanto tais aspectos forem revistos com seriedade pelos gestores e pela sociedade. Não apenas esperando que este "nó critico" seja solucionado com a doce ilusão da criação de escolas médicas no interior ou na capital.

No interior cearense, a relação médico-habitante é de 1/3.296, o que fez com que muitos empresários trabalhassem com este número na criação de seus cursos, baseados apenas nos dados demográfico, da população e não na análise da real necessidade desta, no tocante a saúde.

Segundo o Dr.Marcelo Gurgel, em seu livro "Educação Médica no Ceará: crônicas e ensaios escolhidos":

...isto posto, "grosso modo", pode ser um indicativo de que o aumento de vagas é uma necessidade imperiosa quando aferido pelo prisma quantitativo demográfico; há, porém, aspectos outros atinentes à oferta de serviços qualitativos, bem como aqueles pertinentes à oferta de serviços e , por último, mas não menos importante, notadamente, o perfil epidemiológico da comunidade a ser atendida. (SILVA, 2005. p. 22).

Ainda sobre a questão da interiorização da Medicina, este mesmo autor afirmou na mesma obra:

"No Brasil, o local de formação médica não parece guardar uma relação muito estreita com a fixação do profissional no interior, pois são os determinantes de mercado que exercem papel principal na distribuição dos médicos. A industrialização e o desenvolvimento econômico regional configuram elementos chaves dessa melhor alocação da mão-de-obra, face às maiores possibilidades de oferta de postos de trabalho". (SILVA, 2005. p. 26).

Finalmente, não será criando novos cursos que se irá solucionar a problemática da má distribuição de médicos. Outras variáveis, já citadas, devem ser consideradas, caso contrário estar-se-ão apenas aprofundando as disparidades sociais da nossa população.

2. DADOS OBJETIVOS: CEARÁ E O REFLEXO DA POLÍTICA NACIONAL

São ofertadas cerca de 14.830 vagas nas escolas médicas espalhadas em todo território nacional, sendo o Brasil, o país com maior número de Escolas Médicas do mundo, ficando à frente de países mais populosos como a China, a Índia e os Estados Unidos da América. Até 2010, as nossas escolas estarão entregando à sociedade mais de 60 mil novos Médicos (Nassif, 2006).

Das 163 escolas médicas existentes em todo o Brasil, 94 são privadas (57,67%) e 69 públicas (42,33%), sendo 23 Estaduais (14,11%), 40 Federais (24,54%) e 6 municipais (3,68%); ver figuras 4 e 5.

Federal Municipal Estadual Privadas

FIGURA 5 Relação entre Escolas Públicas e Privadas no Brasil



Fonte: http://www.escolasmedicas.com.br.

Fonte: http://www.escolasmedicas.com.br

O Estado do Ceará tem sete Cursos de Medicina em funcionamento, sendo dois destes, na verdade, extensões da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, o campus de Barbalha e o de Sobral. Os demais cursos em funcionamento estão na Universidade Estadual do Ceará, na Universidade de Fortaleza e na Faculdade Christus.

Esses cursos oferecem, por ano, 602 vagas para aqueles que almejam seguir os caminhos hipocráticos, sendo quatro cursos públicos e três particulares; quatro localizam-se em Fortaleza, enquanto os outros três se situam em Barbalha, Sobral e Juazeiro do Norte, cidades interioranas.

A escola médica mais antiga em funcionamento no Estado é a da Universidade Federal do Ceará, fundada em 1948, e a mais recente é a da Universidade de Fortaleza, instalada em 2006.

No período de 2000 a 2006, foram criados no Brasil 58 novos Cursos de Medicina, 15 públicos e 43 privados. Durante este mesmo período, foram criadas seis novas escolas médicas no Ceará, três públicas e três privadas. Os Cursos privados da "Terra da Luz" já ofertam 332 (55,14%) das 602 vagas ofertadas em todo Estado. Observa-se o crescimento com mais detalhe nas figura 6 .

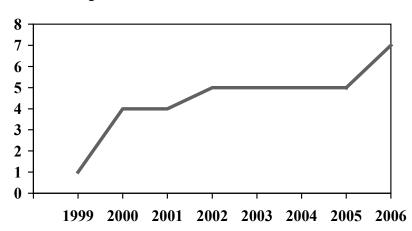


Figura 6. Abertura de novas Escolas no Ceará

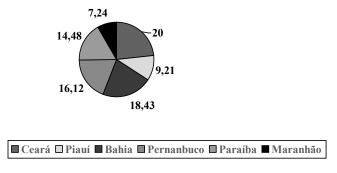
Fonte: Conselho Regional de Medicina do Ceará.

A relação médico-habitante, embora considerada por alguns um pouco obsoleta, por não ter em conta as especialidades e os médicos que não exercem a Medicina, ainda é um razoável parâmetro para se ter uma idéia da relação entre médicos e a população de determinada região.

Considerando todo o território brasileiro, tal relação está, segundo dados de 2003 do Conselho Federal de Medicina, em 1/1.622 habitantes. O Estado do Ceará tem esta relação de 1/1.161 habitantes. Em Fortaleza, esta é de 1/448 habitantes. Se se considerar apenas o interior, tem-se no nosso Estado 1/3.296 habitantes, o que faz ver claramente a concentração de médicos na capital cearense, fato comum a quase todos os estados brasileiros.

O Nordeste, de um modo geral, vem passando por um processo desenfreado de implantação de novos cursos médicos. Existem 35 cursos nordestinos que ofertam 3.038 vagas, sendo 20% ofertadas no Ceará, representando a maior fatia percentual entre os Estados nordestinos. (V. figura 7).

Figura 7. Percentagem de vagas ofertadas por Estado Nordestino



Fonte: Conselho Federal de Medicina.

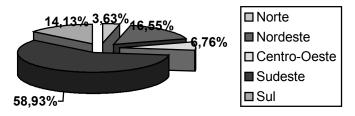
O Nordeste também tem acompanhado a expansão da abertura de escolas privadas existente em todo o país. Existe uma alta concentração de Cursos de Medicina nas capitais dos Estados nordestinos, bem com uma concentração de médicos nestas.

Segundo dados apresentados pelo CFM, tem-se a seguinte proporção médico/população para os estados nordestinos: Ceará (1/1.161), Pernambuco (1/794), Maranhão (1/1.917), Sergipe (1/945), Bahia (1/1.116), Rio Grande do Norte (1/899), Alagoas (1/899) e Paraíba (1/921).

Considerando apenas as capitais temos: Fortaleza (1/448), Recife (1/213), Teresina (1/570), São Luís (1/570), Aracajú (1/292), Salvador (1/334), Natal (1/324), Maceió (1/345) e João Pessoa (1/295).

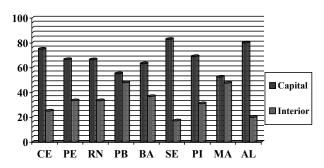
Assim como existe uma má distribuição de Escolas Médicas no nosso território, também há uma discrepante distribuição desses profissionais no território brasileiro. A grande maioria dos médicos trabalha nas grandes cidades, deixando um vácuo preocupante no interior nacional, criando uma falsa impressão de carência de profissionais. Tal condição pode ser vista na distribuição dos profissionais ativos nas Macro-Regiões e nos Estados nordestinos apresentada nas figuras 8 e 9.

Figura 8. Médicos ativos nas Macro-Regiões do Brasil



Fonte: Conselho Federal de Medicina

Figura 9. Médicos ativos nos Estados do Nordeste



Fonte: Conselho Federal de Medicina

3. RETROSPECTIVA DE UMA POLÍTICA SOCIAL ÀS AVESSAS.

Uma década importante na expansão dos novos Cursos Médicos foi a década de 1960. Neste período foi firmado um convênio entre o Ministério da Educação e os Estados Unidos da América, conhecido como acordo MEC-USAID. Este influenciou diretamente o modelo educacional adotado por nossa nação, baseado na lógica de produtividade e eficiência norte-americana, totalmente descontextualizada da nossa realidade social.

Tal convênio, na verdade, era fruto de uma política imperialista de opressão "yankee", sobre o álibi de ajudar no desenvolvimento social e econômico dos países subdesenvolvidos, especialmente os latino-americanos, já preparando uma zona de proteção contra a influência soviética.

A política americana conhecida como "Aliança Para o Progresso", a qual visava à dominação e submissão dos países subdesenvolvidos aos interesses hegemônicos deste país, teve destaque no estímulo da expansão de escolas médicas no Brasil e outros países da América Latina.

Segundo um Relatório do CFM (2005) temos:

"Ao iniciar a década de 60 existiam 27 cursos de Medicina, ao término deste período, 35 novos cursos haviam sido criados no país, indicando uma ordem de crescimento de 130%, destes, 24 foram criados pós-64, sendo que 22 estavam concentrados no eixo Rio-São Paulo, assim distribuídos: São Paulo 10 (28,6%), Rio de Janeiro 6 (17,1%), Minas Gerais 4 (11,4%) e Espírito Santo 2 (5,7%). O Nordeste ganhou 2 cursos (5,7%), um no Piauí e outro em Sergipe. O Centro-Oeste ganhou 3 cursos (8,6%), sendo um em Goiás, um no Distrito Federal e um no Mato Grosso do Sul. O Norte recebeu apenas um (2,8%) no Amazonas. E, o Sul, recebeu 7 (20 %), sendo 4 no Rio Grande do Sul, dois no Paraná e um em Santa Catarina" (CFM, 2005).

Desde então, o ensino superior passou a representar um negócio lucrativo e com possibilidades de crescimento exponencial. O Governo brasileiro, a partir de diversos cortes nas verbas para educação, transferiu, em parte, a responsabilidade da Graduação para as Instituições de Ensino Superior Privadas, tendo ocorrido um estímulo direto durante anos para expansão dessas faculdades, independentemente da garantia de qualidade da formação dos novos profissionais.

Existia uma pressa no sentido de corrigir a deficiência de médicos que, de fato, existia naquela época, mas isso não poderia servir de justificativa para a irresponsável distribuição dessas escolas no nosso território, que continuava crescendo apenas nas regiões mais desenvolvidas. Tal

fato repercute até os dias atuais na distribuição de médicos no país.

Um segundo momento importante na história da abertura de novos cursos médicos no país foi a década de 1990. Com adoção definitiva da política agressiva neoliberal, o país abandonou de vez a responsabilidade com a graduação pública de qualidade; o grande objetivo, com isto, era ter um grande contingente de massas nas graduações para agradar as instituições internacionais, entre elas a Organização Mundial do Comércio (OMC), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BID). Não existia uma preocupação efetiva com a qualidade do ensino ofertado, tão pouco com a demanda social e epidemiológica das regiões do território nacional. "Como em 1968, a educação foi chamada a dar conta de um projeto político com vistas no desenvolvimento nacional, agora sob a ótica das políticas neoliberais dos anos noventa (BRIANE, 2003)". No período de 1990-2000, foram abertos 25 novos cursos, a grande maioria composta de escolas privadas.

Finalmente, no período 2001-2006, atingiu-se o apogeu na velocidade de abertura de novas Faculdades Médicas, foram 53 novos cursos criados no país, uma média de criação de quase um curso por mês. Perdeu-se o sentido do papel social da Universidade, sustentada no tripé: Ensino, Pesquisa e Extensão.

No novo milênio, a "moda" é criar, produzir e lucrar. A idéia do "Médico Ideal", humanizado, com visão holística, tem sido substituída pela do médico frio, distante, regido pelas leis do mercado e pela volatilidade deste, embora muitas escolas, a partir de mudanças curriculares e de rompimento com velhos paradigmas, tentem combater atualmente tal processo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: PARA ONDE IREMOS?

As Figuras anteriores acima são reflexos de uma política pública ineficiente e que perpetuou durante anos no Brasil, gerando sequelas iatrogênicas no cenário da Saúde Pública atual. Caberá aos gestores públicos

a árdua tarefa de criar mecanismos eficientes que proíbam a abertura desenfreada de novos cursos médicos, que respeitem a demanda social e epidemiológica da nação. Caberá a estes ainda o papel de mediar e corrigir o erro histórico do desentendimento entre o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Nacional da Saúde no que se refere à abertura de novas Escolas Médicas. Se tal ignóbil prática continuar, em breve se viverá o caos na Saúde Pública do país, com profissionais de formação duvidosa, pondo em risco a vida de milhares de pessoas.

A responsabilidade da segurança da vida é de obrigação do Estado, o erro do médico, formado em escola pública, poderia, portanto, ser encarado como um crime de Estado. Sendo assim, os processos deveriam se voltar também contra este e não apenas contra o infrator. Se assim fosse, talvez se avançasse um passo no compromisso do Governo na formação desses profissionais. Da mesma forma, as instituições privadas deveriam ser apenadas com os erros de seus profissionais mal formados. Na área da Saúde não pode existir espaço para deslizes, tão pouco para experiências de "cozinha", pois isto implica conseqüências devastadoras.

O cuidar não pode ser visto sob uma ótica mercadológica, as leis do capital não podem reger nossas vidas, caso contrário, a população estará fadada a vivenciar o fim das relações inter-humanas parcimoniosas.

O caos está à espreita, basta aceitar ou não, ceder ou não à força hegemônica do capital, mas, quem sabe não seja melhor que a desordem venha, para que tal como uma "fênix", a sociedade se organize verdadeiramente a partir das cinzas que ela mesma gerou.

5. REFERÊNCIAS

- 1 http://www.escolasmedicas.com.br.
- 2 http://www.portalmedico.org.br.
- 3 http://www.cremec.com.br.
- 4 Campos, M.C (2002). Formação ética do médico: da Universidade ao campo de trabalho. Em: Conselho Regional de Medicina (eds.), Concurso de monografias Prof. Dalgimar Beserra de Menezes. Expressão. Fortaleza.
- 5 Nassif, A.C.N. (2006a). *As incertezas do futuro*. Acesso em 15 de novembro de 2006, disponível em http://www.escolasmedicas.com.br/art_det.php?cod=27.
- 6 Nassif, A.C.N. (2006b). *Brasil líder mundial de escolas médicas*. Acesso em 15 de novembro de 2006, disponível em http://www.escolasmedicas.com.br/art_det.php?cod=17.
- 7 Nassif, A.C.N. (2006c). *Projeto Flexner no Brasil*. Acesso em 15 de novembro de 2006, disponível em http://www.escolasmedicas.com.br/art_det.php?cod=14.
- 8 Pinheiro, L.U. (2000). Combate político, debate teórico: remando contra a maré. Intervenções à esquerda. Edição de Autor. Salvador.
- 9 Pinheiro, L.U. (2004). *Universidade dilacerada: tragédia ou revolta? Tempo da reforma neoliberal*. Edição de Autor. Salvador.
- 10 Silva, M.G.C. da (2005). Educação Médica no Estado do Ceará: crônicas e ensaios escolhidos. Fortaleza, Expressão.
- 11 *Vem aí um "boom" de novos médicos*. (2005). Acesso em 14 de novembro de 2006, disponível em http://www.escolasmedicas.com.br/art_det.php?cod=19.



NOVAS FACULDADES DE MEDICINA: UMA CONQUISTA OU UM DESAFIO?



Das Utopias
Se as coisas são inatingíveis.... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas
(Mário Quintana)

1. O ENSINO MÉDICO NO BRASIL: DO SURGIMENTO À ATUALIDADE

Práticas de curas leigas ou atividades místicas, carentes de uma sistematização, acompanharam a humanidade desde seus primórdios evolutivos e mais tarde, adquirindo um caráter de ciência, deram origem à Medicina. A história da Medicina no Brasil tem seu surgimento com a vinda da família real portuguesa, em 1808. Antes da descoberta lusa

de nossas terras, eram realizadas práticas de cura empíricas repassadas entre as gerações dos que aqui viviam. Com a chegada das primeiras embarcações, já no século XVI, vieram os primeiros médicos de Portugal e algumas décadas depois os primeiros livros sobre temas médicos. Contudo, os primeiros cursos de formação médica surgiram apenas em 1808 (REZENDE, 2000).

O primeiro curso médico foi criado na Bahia (Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia) e, ainda em 1808, foi inaugurado outro na cidade do Rio de Janeiro (Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro). Durante quase um século permaneceram com a exclusividade de formar médicos no país. Em 1898, já no período republicano, foi criado mais um curso de medicina, no Rio Grande do Sul (SOUZA,1987).

O crescimento de novas escolas continuou lento. Do final do século XIX até os anos 30 do século XX, novos cursos foram implantados nas regiões Norte (Pará) e Nordeste (Ceará e Pernambuco). Neste período, observa-se, ainda, o início do processo de concentração de cursos de medicina na região Sudeste, com a fundação de seis novos cursos (AS-SOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

A partir dos anos 30, com a introdução de disciplinas, estímulo à pesquisa, ampliação do uso de técnicas e prática baseada no hospital de ensino, surgem os primeiros programas de residência médica (no Hospital das Clínicas de São Paulo, em 1944, e no Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, em 1948) (BRIANI, 2003).

O Brasil dos anos 50-70 experimentou uma explosão demográfica e um movimento migratório do campo para a cidade em busca dos benefícios da industrialização responsáveis em parte pela ampliação do número de cursos (BONAMIGO, 2004). A década de 50 inaugurou o ensino de medicina privado no país, com quatro (14,8%) dos cursos criados neste período. Até então, os 13 cursos de medicina em funcionamento eram todos públicos (federais e estaduais) (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

No ano de 1956, o Brasil possuía 24 escolas médicas, das quais 13 (54%) criadas entre 1808 e 1948 (140 anos) e 11 (46%) entre 1948 e 1956 (8 anos). Esta expansão passou a preocupar as entidades médicas, levando a Associação Médica Brasileira (AMB) a criar, em 1956, a Comissão de Ensino Médico para avaliar a qualidade e os objetivos deste sistema de ensino, contudo, esta iniciativa não rendeu frutos (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

Iniciativas da política externa americana marcam o início da década de 1960. Estas consistiram num programa de ajuda aos países subdesenvolvidos (denominado Aliança para o Progresso) voltado à problemática da carência de médicos para a América Latina e à introdução do planejamento de recursos humanos. Este plano influenciou sobremaneira a expansão do número de escolas médicas (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005). Diante deste cenário, "na etapa curta que vai de 1966 a 1970 se dá uma verdadeira 'explosão' do ensino médico no país: o número de escolas existentes aumenta em 75%" (VERAS, RIBEIRO e LIMA, 1983, p.399).

A política de corte nos gastos sociais, porém, fez com que os investimentos públicos no ensino superior fossem reduzidos. Neste contexto, a demanda social por mais vagas para o ensino superior desencadeou o movimento dos "excedentes" dos vestibulares. A junta militar, que governava o país na época, buscou contornar a situação através da determinação do aumento de matrículas no ensino superior privado e público. O credenciamento das escolas realizou-se sem maiores verificações da qualidade dos cursos oferecidos e, decorrente disto, a expansão dos cursos de medicina ocorrida nos anos 60 baseou-se em um crescimento de instituições privadas da ordem de 400% e no desenvolvimento da prática médica nas regiões mais ricas e populosas, principalmente no Sudeste (BONAMIGO, 2004; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

Embora já se revelasse uma situação preocupante àquela época, principalmente quando se tem a vantagem de avaliá-la com os instrumentos

atuais, a situação da Medicina não era alarmante para os que exerciam a profissão médica. Entretanto, pouco a pouco, se criou uma atmosfera que exigia um posicionamento da categoria médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

O Brasil inicia a década de 70 com 62 cursos de medicina em funcionamento, dos quais 35 (56,5%) foram autorizados na década anterior. Preocupada com este crescimento acelerado, a AMB organizou o documento "Problemática do Ensino Médico no Brasil", cuja repercussão gerou a criação pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), em 1971, da Comissão de Ensino Médico responsável pela elaboração do "Documento n.1". Este documento, em suma, reafirmava as conclusões e proposições do documento da AMB e serviu de subsídio a uma portaria ministerial suspendendo a criação de novas escolas médicas. Assim, durante 13 anos – de 1971 a 1976 e de 1979 a 1987– nenhum curso de medicina recebeu autorização de funcionamento no país (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

A década de 90, com 17 novos cursos de medicina, repetiu as duas últimas décadas em quantidade e concentração espacial, com o Sudeste e o Sul novamente totalizando 13 cursos (76,5%). Quanto à vinculação administrativa, os cursos privados prevalecem, com 76, 4 % das escolas, a maior concentração verificada em todos os períodos (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005; BRASIL, 2000).

O período que engloba os três primeiros anos desta década (até 2002) e assinala o final do governo de Fernando Henrique Cardoso, ficará registrado como a época em que, proporcionalmente, mais houve proliferação de escolas médicas no país. Vinte e oito novos cursos de medicina receberam do MEC autorização de funcionamento, embora a maioria deles não tenha obtido parecer favorável do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Havia, em 2003, 115 escolas de Medicina em atividade de norte a sul do Brasil (CONSELHO REGIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003). No primeiro ano governo Lula, a tendência de expansão

se manteve, visto que, foram autorizados 16 novos cursos de medicina no país, totalizando 44 até fevereiro de 2005, e um acréscimo de 2.771 vagas/ano (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

Estes números surpreendem, haja vista que, em meados de 2003, o CNS recomendou ao Conselho Nacional de Educação (CNE) a suspensão por 180 dias das autorizações de funcionamento de novos cursos universitários na área da saúde no país (Res. CNS n°324/03, de 15 de julho/2002), prorrogados por mais 60 dias em janeiro de 2004 (Res. CNS n°336/02), com o objetivo de promover a análise das instituições já existentes no país, avaliando fatores como a qualidade do ensino e, principalmente a oferta de vagas. Estas resoluções foram acatadas pelo MEC e CNE. Em março de 2004, o Ministro da Educação Tarso Genro anunciou nova prorrogação por mais 60 dias, o que somam dez meses de efeito suspensivo. (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005; GAZETA MERCANTIL, 2003).

Surpreende ainda mais o fato deste crescimento acelerado ocorrer paralelamente ao processo de reforma do ensino médico que convoca as instituições, na busca da melhoria da qualidade de ensino, a adotarem as regras do Decreto nº 3.860, de 9 de julho de 2001 que passou a orientar a organização e avaliação de cursos e instituições de ensino superior, bem como adotarem as Diretrizes Curriculares Nacional do Curso de Graduação em Medicina, contidas na Resolução nº4, de 7 de novembro de 2001, do CNE, homologada pelo MEC (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

Sinalizando a tendência do predomínio privado na formação das demais profissões da área da saúde, vislumbra-se, hoje, o equilíbrio entre ensino médico público e privado, 49% e 51% respectivamente. O ensino privado ganhou espaço diante da capacidade limitada de investimentos do poder público (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

A expansão do número de vagas nos cursos de medicina também ocorre devido ao aumento no número de vagas nos cursos já existentes, especialmente nos privados, configurando uma situação preocupante, que pode comprometer a qualidade do ensino ofertado e agravar o problema do excesso de médicos no país. Este aumento no número de vagas e de cursos, especialmente em instituições de qualidade duvidosa representa uma grave ameaça para a saúde da população brasileira. Médicos em excesso, com formação deficiente, mais do que um problema de mercado ou educacional, são uma questão de saúde pública (BRASIL, 2000).

2. PROBLEMAS FREQÜENTES EM PARTE DAS ESCOLAS DE MEDICINA

É inegável a existência de múltiplos fatores na má formação dos profissionais de medicina e na precariedade da assistência médica corrente no país: a grande quantidade de escolas médicas, a baixa qualidade de ensino oferecido por muitas delas, a má remuneração do profissional e, também, a inadequada distribuição geográfica de médicos (DUTRA-DE-OLIVEIRA, CARRILLO e ALMEIDA, 2003).

O despreparo de muitos médicos que chegam ao mercado de trabalho hoje é, em grande parte, resultado da má formação em escolas abertas sem as mínimas condições de formar bons profissionais. A educação precária e o excesso de médicos colocam em risco a saúde da população, pois estão relacionados ao aumento das infrações éticas, à aceitação de salários irrisórios, honorários abaixo da média e condições de trabalho desfavoráveis (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

"Em medicina não dá para esperar três anos. Um advogado que não tenha tido uma boa formação no máximo perde uma causa. Um médico com formação deficiente mata", declarou o Ministro da Educação em 1999, Paulo Renato Souza, após o conhecimento dos resultados do "provão" (exame nacional responsável pela avaliação dos cursos superiores até 2003) e ao reconhecer que em Medicina o sistema de controle deve ser diverso do aplicado às demais carreiras (O ESTADO DE SÃO PAU-

LO, 1999). Preocupa entidades médicas, profissionais e a população, a franca expansão dos conceitos "E" ocorridas no "provão", comprovando claramente a falta de interiorização e fixação do conhecimento pelo concludente de Medicina (DUTRA-DE-OLIVEIRA, CARRILLO e AL-MEIDA, 2003).

Sem uma formação adequada, a vocação e o sonho de servir a comunidade estarão ameaçados, pois o futuro médico enfrentará sérios problemas em sua carreira, como a difícil colocação no mercado de trabalho e graves riscos no atendimento à população (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003).

O Brasil assiste à proliferação irresponsável de cursos de Medicina. São escolas que não oferecem aos estudantes as ferramentas necessárias para a boa formação: têm problemas curriculares, de infra-estrutura e até corpos docentes pouco qualificados e itinerantes. São escolas abertas, em sua maioria, sem a observação de indicadores médicos epidemiológicos ou demográficos, que traduzem as reais necessidades de saúde da sociedade. É fundamental registrar que, muitas vezes, os cursos entram em funcionamento com base em intenções futuras de implantação de infra-estrutura, contratações de professores e celebração de convênios somente para a época do início das aulas práticas, porém os compromissos jamais se concretizam (JORNAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

Com base no que vem sendo defendido pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), a formação de profissionais médicos deve ser voltada à saúde e à qualidade de vida do indivíduo e da comunidade, possuindo um enfoque humanístico direcionado e integrado à realidade social e às necessidades da população. A promoção de conhecimento teórico e prático, habilidades e atitudes éticas/humanísticas no relacionamento pessoal e profissional constituem prioridade (DUTRA-DE-OLIVEIRA, CAR-RILLO e ALMEIDA, 2003).

Ocorre que muitas das novas escolas apresentam uma tendência em formar cada vez mais especialistas e menos médicos generalistas, com uma visão compartimentalizada do indivíduo, uma desumanização da prática e um conseqüente despreparo de uma avaliação geral do paciente. A especialização precoce deixa o aluno sem noções básicas de medicina e incapaz de atender problemas simples de saúde. "O futuro médico sabe muito de pouco" (ZACHÉ, 2003, p.62).

Outra deficiência apontada pelas entidades médicas na qualidade dos cursos de medicina é a falta de conteúdo humanístico no currículo. "Os alunos saem da faculdade sem ter desenvolvido a capacidade de se relacionar com as pessoas" (ZACHÉ, 2003, p.63).

Uma boa faculdade de Medicina tem, obrigatoriamente, de oferecer uma infra-estrutura de qualidade para o aprendizado. Além de salas de aula e uma biblioteca adequada, é fundamental que a escola ofereça laboratórios condizentes com as necessidades do curso e um corpo docente com reais condições de ensinar e transmitir conhecimentos (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003).

O treinamento em múltiplos cenários é fundamental: o acesso a laboratórios de ensino básico e de habilidades clínicas, unidades básicas de saúde, ambulatórios gerais e de especialidades, hospitais gerais e universitários. Os vários locais de atuação profissional são essenciais para o conhecimento da realidade social (DUTRA-DE-OLIVEIRA, CARRILLO e ALMEIDA, 2003).

Os cursos carecem de atividades práticas em serviços bem estruturados, em todos os níveis de atenção, e supervisão docente. Em muitos casos, falta principalmente um hospital universitário adequado para dar suporte ao ensino ou este é desequipado ou sucateado e, portanto, carecem de uma vivência hospitalar. O aluno acaba não tendo os conhecimentos necessários para exercer a Medicina. Há também dificuldade de compreensão do que é o Sistema Único de Saúde (SUS) e da questão do direito à saúde (JORNAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

As novas escolas possuem, em sua maioria, graves problemas pedagógicos, sejam pela sua intinerância ou despreparo. No Brasil, a falta de incentivo à carreira docente (pouca valorização das atividades na graduação e baixos salários nas universidades públicas) tem afastado o médico desta atividade. Falta modelo de exercício profissional. É consenso entre os especialistas que o bom médico nem sempre é um bom professor. Além de uma formação sólida, competência e experiência clínica, outros fatores devem ser considerados, como o preparo e atualização pedagógica, visão ampla do projeto educacional da escola, consciência da importância de transmitir uma visão humanística, ética, ampla e responsável da Medicina (WIERZCHOR, 2002).

Há também uma inadequação da grade curricular às necessidades de saúde da comunidade local. Muitas escolas pecam em não oferecer a seus alunos uma boa prática de internato e por se preocuparem em ensinar uma Medicina calcada na tecnologia diagnóstica e na formação exclusivamente "hospitalcêntrica". Em alguns currículos médicos, a transmissão do conhecimento é enfatizada sem uma aplicação prática na solução de problemas. Não há ênfase adequada nas principais questões de saúde, integração entre as diversas áreas de ensino básico e as áreas clínicas e pouca exposição à sociedade. O ensino centrado no diagnóstico e tratamento de doenças, sem ênfase na promoção da saúde, na prevenção, na reabilitação e reintegração à sociedade também é um dos problemas encontrado (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

A gestão do curso ocorre com pouca participação de docentes e estudantes em muitos cursos e, além disso, os processos de avaliação permanente do currículo são insuficientes. Há pouco estimulo à iniciação científica e à pesquisa (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003).

Se fossem respeitados todos os critérios e requisitos necessários ao funcionamento de um curso de Medicina, muitos cursos médicos não teriam sido abertos (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO

ESTADO DE SÃO PAULO, 2003).Os problemas são variados e não atingem, de forma homogênea, as escolas médicas, resultante disso, uma parcela expressiva dos 15 mil novos profissionais colocados no mercado apresenta formação insuficiente. A falta de vagas para a residência médica agrava, ainda, a situação. A abertura indiscriminada de escolas médicas representa, portanto, um risco para a saúde e para os cidadãos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA, 2006)

3. CENÁRIO NACIONAL: ESTADO DE CALAMIDADE? O QUE DIZEM AS ENTIDADES MÉDICAS SOBRE AS NOVAS FACULDADES DE MEDICINA

Os vestibulares de Medicina ainda lideram as lista de relação candidato/ vaga. Provavelmente, nenhum outro curso é tão pretendido no Brasil como o curso médico, porém a felicidade dos aprovados não indica, necessariamente, anos de euforia ou prazer. A formação precária, o excesso de médicos e a incerteza quanto ao futuro, decorrentes da proliferação desordenada e irresponsável de cursos de Medicina, ironicamente, mostram-se fontes de decepção para o futuro profissional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

"O médico sempre tratou do sofrimento alheio, numa eterna luta pela sobrevivência e pela melhoria da qualidade de vida de todos nós, pautando sua conduta dentro dos patamares e limites éticos. Agora precisa aprender a enfrentar a própria dor, o sofrimento dos que não têm trabalho" (Coutinho, 2002, p.231).

Mais de 10 mil novos profissionais se formam todos os anos no país. O número abundante de profissionais que deixam as dezenas de escolas médicas criadas anualmente cria um estrangulamento no mercado de trabalho, gerando a ausência de condições justas e dignas de trabalho e causando reflexos danosos à política salarial aplicada à classe médica (NASSIF, 2001; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

A baixa renda imposta a uma parcela expressiva de profissionais compromete a sua atualização profissional, forçando-os a se submeterem a condições de trabalho inadequadas, que os expõe aos riscos de cometimento de infrações éticas. O número de denúncias contra médicos vem crescendo a cada ano incluindo casos de negligência, imperícia, imprudência, condutas antiéticas na relação médico-paciente e na relação entre médicos, dentre outras (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

As péssimas condições de trabalho e remuneração, se não justificam o crescente número de "erros médicos", pelo menos contribuem com o agravamento do problema, mas, certamente, grande parte deles e das punições dos Conselhos de Medicina estão ligadas às condutas de profissionais com formação inadequada (CONSELHO REGIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003).

É importante ter em mente que alunos despreparados não conseguem entrar na Residência Médica (o número de vagas de residência atende apenas 70% dos formandos no país, apesar do crescimento das oportunidades nos últimos anos), sujeitam-se a péssimas condições de salário e trabalho, lançam mão de procedimentos e ações desnecessárias, elevando os custos da assistência, e muitas vezes ocupam postos vitais, como os prontos-socorros e serviços de emergência, que mais exigem pessoal qualificado (CONSELHO REGIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003; BONAMIGO, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como parâmetro ideal de atenção à saúde da população a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes. No Brasil, a relação média observada de 1/622 habitantes está muito abaixo deste parâmetro devido à grande concentração de médicos ativos verificada nas regiões Sudeste (1/455 hab.), Sul (1/615 hab.) e Centro-Oeste (1/640 hab.). Somente as regiões Nordeste e Norte estão próximas deste parâmetro, apresentando relação média de 1/1.063 e de 1/1.345 habitantes, respectivamente (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

Essa oferta de profissionais não significa, entretanto, uma melhora ou qualidade no atendimento, pois a distribuição de médicos é inadequada e se concentra em certas regiões, gerando um resultado socialmente indesejado (ZACHÉ, 2003; POVOA e ANDRADE, 2006).

O problema do desequilíbrio na distribuição ocorre devido a uma série de fatores. Pinto e Machado (2000) apontam evidências de que os médicos tendem a permanecer no local onde realizaram sua residência médica, independentemente de serem ou não naturais do local, reforçando a importância do conhecimento da localização das faculdades de medicina e dos programas de residência médica para o entendimento da distribuição geográfica dos médicos (POVOA e ANDRADE, 2006).

Ainda contribui para a concentração de médicos nas capitais, a grande distorção entre o aumento do número de vagas/ano em medicina e os recursos direcionados à atenção à saúde da população. As desigualdades socioeconômicas agravam a concentração nas regiões mais ricas – onde há mais escolas (CONSELHO REGIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003). A grande maioria dos formandos não escolherá o interior pela simples razão de que lá não existe uma política pública efetiva de atração e manutenção destes profissionais. O argumento de que é preciso formar médicos generalistas para cobrir a carência de regiões interioranas é, portanto, falso (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

Com base no preceito legal de autonomia universitária, investidores do setor buscaram a prerrogativa de abrir vários cursos, além de aumentar aleatoriamente o número de vagas oferecidas. Segundo Saulo Ramos (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003, p.2), jurista, em parecer de 1988:

"A noção de autonomia universitária não pode se confundir com a de independência. A sociedade deseja médico que saiba Medicina, que tenha se preparado cientificamente para cuidar da saúde do povo e que não seja, pela precariedade do ensino improvisado na industrialização de diplomas, uma ameaça à vida do paciente". Preocupadas com a relação explícita entre a expansão dos cursos de medicina e a queda da qualidade da formação acadêmica e dos honorários da classe, as entidades médicas, como a Associação Médica Brasileira (AMB) e os Conselhos Regionais de Medicina, desenvolvem encontros, fóruns e publicações que visam à criação de estratégias político-institucionais e à elaboração de um discurso nacional contra a abertura indiscriminada de cursos de graduação em Medicina. Reassumem, portanto, o compromisso em defesa do ensino médico de qualidade no país (JORNAL ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

Argumentam ainda que o sistema de ensino não está preparado para formar um contingente tão grande de médicos e enfatizam a necessidade de formulação de uma política nacional que regule o acesso e a formação de recursos humanos na área da saúde, exigindo do governo federal maior rigor e transparência nas reformas em sua política de ensino superior. Enfatizam também a participação do Conselho Nacional de Saúde na abertura de escolas, papel desenvolvido hoje pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003).

Uma das estratégias adotadas pelas entidades médicas e de educação médica foi a instituição, em 1991, da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Desde o início, a comissão assumiu dois ambiciosos objetivos: conhecer melhor as escolas e o ensino médico no Brasil, e construir um movimento nacional capaz de discutir democraticamente o ensino e a profissão médica, com representantes de professores e de alunos, assim como da sociedade civil de todas as regiões do país. O diagnóstico atual da educação médica no país constatou que o médico não se forma com a competência mínima para atender às demandas da população (CONSELHO REGIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003).

Segundo o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CRE-MESP), a sociedade não necessita de mais médicos e, sim, de bons profissionais, preparados, formados de acordo com as necessidades de saúde

da população e comprometidos com a ética e com a vida. A abertura de faculdades de medicina não irá aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, por isso a implementação só deve ser feita em lugares onde as escolas forem realmente necessárias (ZACHÉ, 2003).

4. CAMINHOS A SEREM TRILHADOS

O modelo liberal que associa o atendimento da demanda de mercado à facilidade de abertura de novos cursos é extremamente problemático. O lançamento no mercado de trabalho de profissionais despreparados torna esta situação, no caso médico, absolutamente dramática, pois médicos despreparados não são uma questão, apenas, de política educacional, mas ferem a própria condição da vida humana no país.

Diferentes formas de ataque a estas problemáticas são citadas por autores, órgãos governamentais, entidades médicas, profissionais e universidades. Dentre as principais sugestões, cita-se a necessidade de criação de mecanismos para a rigorosa avaliação prévia de novos cursos que se pretenda implantar, abandonando-se o sistema em vigor de uma avaliação a *posteriori*; a atuação do Conselho Nacional de Saúde como instância máxima na emissão de parecer sobre a criação de novos cursos médicos; o fechamento de cursos de baixa qualidade; a limitação de novos cursos e vagas, permitida, porém, a substituição dos cursos de má qualidade por outros de boa qualidade.

Após o diagnóstico dos problemas da formação médica no país, o processo de mudança foi desencadeado pela CINAEM, que tem proposta elaborada, com adesão da maioria das escolas. Também são promissoras as novas Diretrizes Curriculares do MEC, a implantação do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para Escolas Médicas (PROMED) e os projetos de lei que tramitam na Câmara dos Deputados, além da valorização dos Conselhos de Saúde, estadual e nacional,

como instâncias legítimas e terminativas que deliberam sobre a necessidade social dos novos cursos de Medicina (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003).

Atendendo a necessidade social, as condições de infra-estrutura física e os recursos financeiros para sua manutenção, é preciso, também, que se cuide de alguns outros aspectos que influenciam a formação do profissional médico. Deve existir e ser exigidas Residências Médicas suficientes para atenderem todos os formandos, de escolas antigas e novas. As Residências precisam ter um padrão adequado, serem autorizadas, estimuladas, implantadas e fiscalizadas em diversas partes do país . É necessário, por outro lado, exigir a modernização e a atualização do ensino em todas as escolas existentes, incluindo as velhas, como também impedir que escolas que não tenham recursos humanos qualificados e infra-estruturas adequadas ao ensino e aprendizado continuem funcionando (DUTRA-DE-OLIVEIRA, CARRILLO e ALMEIDA, 2003).

Não é exclusivo do sistema de saúde brasileiro, o desequilíbrio entre a demanda e o suprimento de recursos humanos em saúde. É um importante desafio a ser enfrentado por diversos países. Alguns países, preocupados com a expansão do número de médicos, desenvolveram mecanismos eficientes do controle do número de vagas como também do número de médicos (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005; BRASIL, 2000).

Nos Estados Unidos, por exemplo, os pareceres finais para o reconhecimento (autorização para funcionamento) de novas escolas de Medicina, são emitidos por um comitê composto pela Associação Médica Americana (AMA) e pela Associação Americana de Escolas de Medicina. Desde 1987 não são mais criadas novas escolas médicas neste país e num acordo desenvolvido por este comitê não tem havido um aumento no número de vagas. Dessa forma a sociedade

americana está evitando um aumento no número de médicos que ingressam no mercado de trabalho.

No caso inglês, o controle é feito de forma mais direta por um órgão educacional específico para a área médica composto, em sua maioria, por médicos, o *Joint Medical Advisory Comitee* (BRASIL, 2000). No Canadá, as províncias realizaram, desde a década de 80, mudanças nas políticas para força de trabalho do médico: limitaram vagas nas escolas, ajustaram a composição das especialidades em atenção às necessidades, estabeleceram incentivos para a prática e restringiram a migração (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2005).

No Brasil, torna-se indispensável o controle da abertura indiscriminada de novas escolas de medicina e, ainda, a fiscalização efetiva das faculdades já abertas, que devem ser fechadas, se ficar constatado que não têm condições de formar médicos portadores dos requisitos mínimos para o exercício da profissão.

5. CONCLUSÃO

Vencidos os desafios e as dificuldades inerentes à fase pré-universitária, como os cursinhos, a forte concorrência do concurso vestibular, a pressão social e o medo de não corresponder à expectativa dos pais, o estudante de Medicina comumente chega à faculdade repleto de sonhos, fantasias e com um ideal: tornar-se um médico respeitado e admirado. O estudante acredita que não haverá mais angústias ou exigências, e de que, pelo contrário, a universidade será o lugar adequado ao desenvolvimento das habilidades necessárias a prática profissional. Entretanto, no decorrer do curso, do primeiro ao sexto, o caminho é longo e árduo, podendo gerar frustrações, sofrimentos e medos (MOREIRA *et al*, 2006).

O ensino médico brasileiro está passando por uma salutar fase de reflexões e avaliações. Mantida a defesa de qualidade, de flexibilidade e

de rigor, tanto na implantação de novos cursos como na manutenção e/ ou fechamento de cursos existentes,não há dúvidas de que o país só terá a ganhar.

A abertura de novas escolas de Medicina deveria ser um assunto estudado com profundidade, pois é a sociedade que paga o custo dos "excedentes profissionais" já existentes e não aproveitados. Um país em desenvolvimento, como o Brasil, não pode despender recursos econômicos sem que haja retorno. Não se deveria criar uma expectativa e ilusão aos nossos jovens idealistas, a não ser que queira semear agora, para colher mais tarde, um grande contingente de profissionais descontentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Bueno, R. R. L, PIERUCCINI, M. C. **Abertura de escolas de Medicina no Brasil**: relatório de um cenário sombrio. 2ed. São Paulo, 2005.
- BONAMIGO, T. P.; Explosão das matrículas médicas no Rio Grande do Sul. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v.48, n.4, p.248-251, out/dez. 2004.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Situação atual do ensino médico brasileiro**. Brasília, DF, 2000, p.1-8.
- BRIANI, M. C. História e construção social do currículo na educação médica: A trajetória do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.2003. 204p. Dissertação (Mestrado). Universidade de Campinas, Campinas, São Paulo. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br. Acesso em: 21 out. 2006, 11:12:36.
- CANCELADA a abertura de faculdades de Medicina. **Gazeta Mercantil**. São Paulo, 22 ago. 2003. p.11
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Pimentel, A. J. P., ANDRADE, E. O., BARBOSA, G. A (Orgs). **Os estudantes de Medicina e o ato médico** atitudes e valores que norteiam seu posicionamento. Brasília, 2004.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Por que somos contra a abertura de novos cursos de Medicina?** São Paulo, 2003. Disponível em: http://www.cremesp.org.br>. Acesso em: 22 out. 2006, 15:30:45.
- COUTINHO, A. R.; O ato médico e os direitos trabalhistas. In: LUZ, N. W., OLI-VEIRA NETO, F. J. R. E THOMAZ, J. B (Orgs.). **O ato médico**: aspectos éticos e legais. Rio de Janeiro: Rubio, 2002, p. 219-241.
- DUTRA-DE-OLIVEIRA, J.E., CARRILLO, S.V., ALMEIDA, C. A. N.; O papel de novas escolas de Medicina no ensino médico no Brasil. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.39, n.5, p.153-158, mai. 2003.
- MOREIRA, S. N. T. *et al*; Processo de significação de estudantes do curso de Medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p.14-19, jan/abr. 2006.
- NASSIF, A. C. N. O País das escolas médicas. **Jornal do Brasil**. Rio de Janeiro, 30 abr. 2001. p.11.
- PINTO, L. F., MACHADO, M. H.; Médicos migrantes e a formação profissional: um retrato brasileiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.53-64, jan/abr. 2000.

- PÓVOA, L, ANDRADE, M. V.; Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.155-1564, ago. 2006.
- RESULTADO alarmante. **Jornal da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, jul/ago. 2005. p.12
- RESULTADOS do provão preocupam. **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 9 dez. 1999. p.8.
- REZENDE, J. M.; **História da Medicina**. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2000.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA. Comunicado da AMB sobre curso de Medicina. Disponível em: http://www.sbn.com.br/noticias. Acesso em: 22 out. 2006, 22:10:15.
- SOUZA, V. C. T. Aspectos atuais do ensino médico no Brasil. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.121-122. 1987.
- VERAS, R.P., RIBEIRO, L. S. e LIMA, J. C. D.; Notas sobre a evolução da escola médica no Brasil. **Educación Médica e Salud**, Washington, v.17, n.4, p.398-412. 1983.
- WIERZCHON, P. M.; O ensino médico no Brasil está mudando? transpondo desafios para concretizar mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p..62-66, jan/abr. 2002.
- ZACHÉ, J.; Fábrica de médicos entidade denuncia a proliferação de faculdades de medicina de qualidade duvidosa. **Revista Isto é**, São Paulo, v.25, n.1753, p.62-63, mai. 2003.



NOVAS FACULDADES DE MEDICINA PROBLEMA DE TODOS



Falar em Medicina é mais do que falar em uma ciência. Às vezes é como conversar sobre arte. Outras, é como pensar em uma religião. Por vezes já me peguei vislumbrando como à moda da filosofia. Mas a cada dia que passa, me convenço mais que ela não passa de um estilo de vida.

Leonardo Augusto Negreiro Parente Capéla Sampaio

1. HISTÓRIA DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL

data de f	undação
Período Nú	mero de escola
1808-1900	3
1901-1950	12
1951-1960	14
1961-1970	41
1971-1980	5
1981-1990	5
1991-2000	22
2001-2002	13
2003*	2
TOTAL	117
Fonte: ABEM/2003	

O início do ensino médico no Brasil data de 1808, quando Dom João VI autorizou a fundação da atual Escola Médica da Universidade Federal da Bahia, a primeira faculdade de Medicina em nosso país. Durante um século e meio, a expansão dessas faculdades se deu de forma gradativa, segundo as possibilidades econômicas do governo e as necessidades da população. A partir da década de 1960, criou-se um mercado consumidor para o ensino da Medicina, cuja origem será exposta na seção seguinte. Nesse período, o nú-

mero de escolas médicas aumentou 141%. A baixa qualidade dessas novas instituições de ensino, sem profissionais capacitados ou infraestrutura adequada, fundadas por empresários preocupados somente em lucrar, obrigou o governo a proibir a fundação de novas faculdades de Medicina em 1971. As que haviam requerido abertura antes da nova regra tiveram seus direitos preservados e conseguiram pronta autorização para funcionamento (CREMESP, 2003).



A taxa de habitantes por médico caiu vertiginosamente a partir de 1960, tornando-se desnecessariamente menor do que o necessário preconizado pela Organização Mundial da Saúde (um médico para mil habitantes) entre as décadas de 1980 e 1990.

A enxurrada de profissionais no mercado, muitas vezes sem formação adequada, voltou a acontecer após 1989, quando caiu a proibição da abertura de novas faculdades de Medicina. Atualmente, passadas as fases burocráticas (solicitação formal à Secretaria de Educação Superior – SESu/MEC, análise da documentação, etc.), o pleito de abertura de uma nova escola médica deve ser avaliado pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS e pelo Ministério da Educação da Educação – MEC.

Em novembro de 2002, o CNS divulgou nota em relação à sua posição frente à abertura de novos cursos de Medicina:

"(...) critérios pouco claros vêm caracterizando a aplicação dos dispositivos legais na área da Educação, que detém a exclusividade da autorização para a abertura de novas faculdades e cursos de Medicina (...) a relação médico-habitante no Brasil já ultrapassou, há vários anos, a

recomendação da Organização Mundial da Saúde, de 1:1.000; há incremento anual do número de médicos significativamente maior do que o da própria população; é péssima a distribuição dos profissionais no território nacional, tornando-os inacessíveis geograficamente para parte da população" (CREMESP, 2003).

"A capacidade de o Conselho influir na decisão final foi marginalizada. Interpretamos que este espaço está disputado pelos valores 'modernos' do mercado, do fisiologismo e do clientelismo" (Idem).

O Conselho Nacional de Saúde é o órgão responsável pela análise da necessidade social de novas faculdades de Medicina, e sua posição é enfática em relação a isso. No entanto, a palavra final continua sendo do Ministério da Educação, frágil alvo do *lobby* dos empresários.

2. NASCE O MERCADO

"Se eu cumprir esse juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringi-lo, que o contrário aconteça!"

(HIPÓCRATES, 2002).

- Carga Horária Semanal: 20 (vinte) horas.
- Vencimento Base: R\$582,99 (quinhentos e oitenta e dois reais e noventa e nove centavos).
- Qualificação Exigida para Ingresso no Cargo:
 - Graduação em Medicina com registro profissional, em situação regular;
 - × Registro de Especialista ou da Especialidade.

Tabela 2: Informações relativas ao cargo de médico. Concurso para médico do estado do Ceará – Secretaria Estadual da Saúde - SESA, 2006.

Um vencimento base de menos de seiscentos reais pode impressionar a muitos, especialmente quando a formação necessária para exercer o cargo exige, pelo menos, seis anos de graduação acrescidos de três anos de residência médica. Para os médicos, entretanto, essa realidade é bem verdadeira e, infelizmente, corriqueira.

No entanto, apesar de não passar de uma ilusão cheia de glamour, a imagem do médico como figura de vida econômica fácil ainda persiste no imaginário da população. A inabalável honra e a invulnerabilidade médica sobrevivem somente nas antigas linhas do Juramento Hipocrático, sendo, hodiernamente, o médico frequente alvo de processos judiciais e questionamento de autoridade.

O curso de Medicina é, ainda hoje, um dos mais concorridos tanto em termos numéricos quanto em nível dos candidatos, sendo frequentemente líder isolado nesses índices. Essa difícil competição deixa muitos dos alunos do Ensino Médio longe da carreira escolhida no ano de vestibular. Alguns insistem no sonho, outros escolhem um novo curso, mas há um fenômeno interessante que acontece quando nos referimos às classes mais abastadas da sociedade, pois elas são capazes de pagar por ensino particular.

No Brasil criou-se a cultura de que o verdadeiro ensino é o superior e que sem ele não pode haver verdadeira educação. Constatamos a inverdade dessa crença em países como a China e a Coréia do Sul, que melhoraram seus indicadores sociais com



Aluno em Educação, em 2002. Fonte: OCDE, apud ARAÚJO, LUZIO, 2006.

investimento maciço em educação básica. Na China, "no Ensino Fundamental, a média de crianças matriculadas passou de 93% em 1980 para 98% em 1998, e a média de estudantes entrando no ensino médio passou de 75.9% em 1980 para 94.3% em 1998, segundo dados do Ministério da Educação chinês" (SEMERENE, 2006). O Brasil, por outro lado, investe maciçamente em educação superior, ao contrário dos países que possuem melhores conceitos em avaliações internacionais.

"As conseqüências deste atraso educacional (...) revelam que ele não apenas tem um importante impacto sobre o desempenho econômico do Brasil levando a taxas de crescimento entre 15 e 30% inferiores ao esperado, como também explica uma parcela importante (cerca de 25%) do hiato em crescimento entre Coréia e Brasil. Vale ressaltar que os impactos do atraso educacional sobre o crescimento populacional, a mortalidade, e o desempenho educacional futuro são pelo menos tão importantes quanto seu impacto sobre o crescimento econômico. De fato, a eliminação do atraso educacional reduziria o crescimento populacional em 15% e a mortalidade em 20%; o desempenho educacional futuro seria melhorado em cerca de 20%" (BARROS; MENDONÇA, 1997, p. 7).

Cegos frente aos fatos, investimos em uma estratégia educativa onerosa e com relação custo-benefício desfavorável. Certamente, é necessário que haja imissão em instituições de ensino superior, mas estaremos outra vez seguindo o caminho inverso do correto se o fizermos antes de estarmos abalizados por um ensino fundamental e médio de qualidade. As causas para a consolidação dessa cultura são diversas, mas nos restringiremos simplesmente à constatação de sua existência.

Como previamente exposto, muitos jovens não conseguem ingressar no curso que escolheram no vestibular, e as classes abastadas aqui desempenham um papel interessante. Devido à falácia brasileira de necessidade imprescindível de "superiorização" do ensino, cria-se de um "exército de espera" detentor de posses materiais na fila para as faculdades, o que gera o maior alicerce do sistema capitalista, o mercado. Uma vez criada a demanda, os empresários rapidamente desenvolvem uma rede de exploração desse público. Esse é um dos principais mecanismos da lógica do Capital.

Outro dos pressupostos do sistema capitalista é a alienação das classes não detentoras do Capital e o desmanche de instituições de classe capazes de empreender lutas políticas. Segundo MARX (1968), a lógica do trabalho é pervertida pelo capitalismo. Antes como meio dialético

de transformação do homem e da natureza, a atividade laborativa, agora apropriada pelo detentor dos meios de produção, torna o trabalhador alheio a sua própria vida. Desestruturado e sem pares, o proletário é facilmente manipulado e explorado pelo sistema. A alienação da classe trabalhadora, juntamente com a supressão de movimentos sociais com fins de embate político funcionam como prevenção e terapia contra a pior das doenças para o Capital, a organização dos trabalhadores.

Pelas previsões de MARX (1974), o proletariado unido instituiria a Revolução, um sangrento e bélico movimento social oriundo das bases da sociedade, que culminaria na mudança do modo de produção¹. Nessa nova organização social, não haveria opressão de uma classe por outra e se edificaria um sistema de cooperação mútua, não sendo mais necessários meios de coesão social, como polícia, líderes ou códigos legais.

Em uma sociedade capitalista, nos submetemos, mesmo sem o saber, a esse sistema. A pretensa ilusão de liberdade é facilmente abalada quando se enfrenta a ordem vigente. Seguindo as leis da cultura de mediocridade e individualismo em que vivemos, somos condicionados a aderir à lógica das massas e a suprimir reações eminentemente coletivas. Habitando um mesmo meio, mas cindidos enquanto comunidade, nos enclausuramos em castas criadas por nós mesmos e embotamos possibilidades legítimas de evolução política.

Inseridos no alçapão criado pela própria lógica do Capital, os detentores dos bens econômicos, assim como as outras classes sociais, não desempenham luta ativa pelos seus direitos, inclusive pela educação. Associado esse fato à necessidade cultural de formação superior, ocorre o encontro do binômio formado entre os rebentos das classes capazes de pagar por ensino superior e os prestadores desse serviço.

^{1 &}quot;Diferentes formas de propriedade dos meios de produção e das relações com as forças produtivas ou de determinações sociais decorrentes da divisão social do trabalho" (CHAUÍ, 1999). O Modo de produção é a forma como se relacionam economicamente os indivíduos de uma sociedade."

Temos um bojo formado por (1) fila de espera para o ensino superior, de que fazem parte (2) os filhos dos detentores de meios econômicos, (3) a cultura de que esse tipo de formação acadêmica é o único possível para inserção satisfatória no mercado de trabalho e (4) falta de mobilização política para lutar por universidades públicas e de qualidade. Aqui nascem as novas faculdades de Medicina. O compromisso não é, como se pode ver, com a saúde, com a ciência ou com as necessidades epidemiológicas do país, mas com o Capital.

Com os olhos abrumados por essa lógica e sem a consciência da necessidade de estruturação material do sistema de saúde antes da criação de novas faculdades de Medicina, os reitores de algumas universidades públicas criaram braços para o ensino médico no interior de seus estados. Apesar de esse fato ter acontecido, o grande volume de faculdades de Medicina recém criadas não é constituído por essas faculdades, mas pelas particulares, seguindo os determinantes acima expostos. Já em 2003, quase metade das escolas médicas brasileiras eram privadas.

Número de Escolas Médicas segundo Dependência Administrativa			
Dep. Adm.	N°	%	
Estadual	17	14,5	
Federal	38	32,5	
Municipal	5	4,3	
Particular	57	48,7	
TOTAL	117		

Tabela 3: Número de Escolas Médicas segundo Dependência Administrativa. Fonte: ABEM apud CREMESP. 2003.

Somado à proliferação de cursos de Medicina no Brasil, temos o problema da oferta de vagas em países da América Latina.

Integrante da comissão do governo brasileiro que formava uma missão oficial a Cuba para a análise do ensino médico neste país, que visava à futura revalidação conjunta de diplomas universitários, o Dr. Edson de Oliveira Andrade, então presidente do Conselho Federal de Medicina, disserta:

"Os estudantes brasileiros ali chegaram através de um sistema autofinanciado (aproximadamente U\$ 8,000 anuais) – existente até o ano passado – ou mediante um processo seletivo confuso e não democrático onde predominam as indicações políticas. Ressalte-se que todos

esses estudantes são admitidos sem prestar exame vestibular. (...) O médico cubano recém-formado é um médico contingenciado em seus conhecimentos. Vejam bem, estou usando a palavra contingenciado e não mal-formado, pois tenho a convicção de que este processo é intencional para adequar as demandas futuras dos recém-formados às possibilidades do Estado cubano de atendê-las" (ANDRADE, 2004).

Segundo ANDRADE (2004), em Cuba, os estudantes são admitidos por meios questionáveis e o governo contigencia a formação, dando ênfase à atenção básica em detrimento de profundidade em outros conhecimentos da área médica. Os profissionais são, também, obrigados a cursar três anos de Medicina Geral e Integrada após a conclusão do curso, o que, para o autor, é o reconhecimento da deficiência de formação.

Assim, penso ser desnecessário qualquer tratamento diferenciado aos formandos daquele país, bastando que modifiquem os seus currículos, como fizeram para os americanos do Norte, que por certo obterão êxito quando das provas de revalidação dos diplomas no Brasil" (ANDRADE, 2004).

Dr. Solimar Pinheiro, presidente do Conselho Regional de Medicina do Tocantins, critica a revalidação dos diplomas universitários cubanos por via judicial, enfocando os aspectos danosos à população:

"Ocorre que a liminar que 'revalida' o diploma do bacharel, possibilitando sua inscrição no CRM, em pouco tempo cai e aí é o caos! Instalase, então, a insustentável condição de SER ou NÃO SER, pois o mesmo cidadão que há um mês era médico registrado, legalizado, empregado, atendendo seus pacientes, amanhã terá que parar todas suas atividades. É uma situação no mínimo absurda, senão pior. É cruel para a sociedade, para os pacientes e também para o agora novamente bacharel em Medicina (já que agora não é mais médico). (...) Nossa estatística mais recente mostra 28 médicos com diplomas revalidados por ação judicial, sendo

que 5 deles já tiveram sua liminar cassada e, consequentemente, a sua condição de médico" (PINHEIRO, 2005).

A Universidade Federal do Ceará – UFC recebeu, em 2006, seiscentos e quarenta e quatro pedidos para revalidação de diplomas universitários conseguidos no exterior. Desses, 98% (seiscentos e trinta) são para o Curso de Medicina e as faculdades latino-americanas merecem destaque quanto ao volume de bacharéis requerentes (UFC, 2006). Caso fossem aprovados, o volume de médicos regulamentados no segundo semestre do ano pela Faculdade de Medicina de Fortaleza da UFC aumentaria 840%.

Diversas empresas trabalham com o serviço de cursar Medicina sem prestar vestibular. Elas chegam mesmo a oferecer reserva de vagas e descontos em ligações internacionais nos países onde atuam, dentre os quais se destacam Bolívia, México, Cuba e Argentina (CURSOS NO EXTERIOR SEM VESTIBULAR, 2005). Antes mesmo de se graduarem, os estudantes lançam mão de um outro dispositivo para retornar ao Brasil. Matriculam-se nessas faculdades estrangeiras, cursam um período e pedem transferência para as universidades federais públicas brasileiras. Atualmente, pelos protestos da classe médica, em especial dos estudantes de Medicina, o número de transferências imorais tem-se reduzido bastante. No entanto, os que dispõe de influência política dentro das universidades ainda conseguem ingressar no curso, seja nos semestres iniciais ou posteriormente no internato.

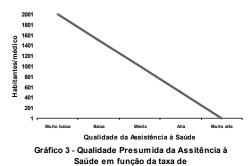
Para proibir a entrada no país de médicos sem condições de exercer sua profissão de forma satisfatória para os padrões brasileiros, temos as provas de revalidação de diplomas universitários, que, como vimos, estão sendo burladas por via judicial, gerando um grave problema social. Seja por contingência do governo, aceitação institucional de alunos despreparados ou real déficit acadêmico, o que temos é uma enxurrada de profissionais recém-formados que buscam autorização para trabalhar no Brasil. A resposta do nosso Estado deve ser enérgica.

Ao passo que a indústria internacional opera pelos meios acima expostos, a burguesia do ensino superior nacional cria argumentos falaciosos tentando justificar a inserção de seu produto no mercado, tanto para a sociedade quanto, principalmente, para os órgãos a que eles têm que prestar contas com a finalidade de conseguirem autorização para o funcionamento de suas instituições, o Conselho Nacional de Saúde – CNS e o Ministério da Educação – MEC.

3. ARGUMENTOS PARA A ABERTURA DE NOVAS FACULDADES DE MEDICINA

3.1 "Faltam médicos para melhorar a assistência à saúde"

Se não há médico na Unidade de Saúde, não há como dar assistência à população. Da mesma forma, se um profissional é capaz de atender um determinado volume de usuários, dois deles conseguiriam dobrar a qualidade do



Habitantes por Médico

serviço no Posto. Um observador menos atento pode inferir que se isso acontece focalmente, é prudente extrapolar essas conclusões para uma análise mais abrangente. Assim, a solução para a difícil situação política da saúde brasileira seria, em parte, a criação de novas Faculdades de Medicina, que diminuiriam o déficit no contingente de médicos ativos.

Para entender a verdadeira relação entre taxa de habitantes por médico e melhoria da qualidade da assistência à saúde, devemos fazer uma análise macroeconômica em Saúde Coletiva. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, respectivamente, para ter bons indicadores de saúde, uma de-

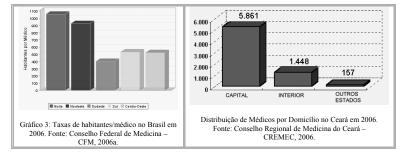
terminada população precisa ter sua taxa de habitantes/médico aproximadamente igual 1.000 e 1.250. Acima desses valores, os profissionais ficam sobrecarregados e não são capazes de oferecer um serviço de boa qualidade.

Dessa forma, vemos que a metade esquerda do gráfico é verdadeira, pois a qualidade de assistência à saúde aumenta à medida que decresce a quantidade média de habitantes atendida por cada médico. Entretanto, não podemos concluir o mesmo a partir da segunda metade. Uma vez ultrapassados os índices estabelecidos pelas Organizações Internacionais de Saúde, a análise passa a ser essencialmente multifatorial, não se observando o linear aumento da qualidade de serviço prestado visto até então. Os determinantes dessa melhoria serão expostos a seguir.

3.2 "Os médicos se concentram na capital. Com mais médicos, eles se difundirão naturalmente para o interior"

Dos 7.469 médicos em atividade no estado do Ceará em agosto de 2006, 78% estão radicados na capital (CREMEC, 2006). No Brasil, sua maior concentração é na região sudeste, seguida pelo centro-oeste e sul, e por último o norte-nordeste (CFM, 2006a). Pode-se inferir que o aumento da quantidade de médicos no mercado de trabalho causaria a natural distribuição desses profissionais pelas áreas menos favorecidas.

O que se observa, contudo, é exatamente o inverso, o volume de médicos é alto onde o ambiente econômico é propício para a fixação deles e de novas faculdades de Medicina. Os determinantes do comportamento do médico em se estabelecer em uma determinada cidade podem ser resumidos a três:



- 1. Remuneração e mercado de trabalho favoráveis.
- 2. Proximidade da família e de outros significativos.
- 3. Intimidade com a cidade e região.

Eles não podem ser classificados em ordem de importância, porém uma análise marxiana² nos permite concluir que, hierarquicamente, devemos viabilizar a infraestrutura de fixação do profissional para então desenvolvermos estratégias mais específicas de vinculação com a comunidade.

Argumenta-se que a abertura das novas faculdades de Medicina privilegiaria os nativos, estimulando sujeitos de comprovado vínculo comunitário a receber formação acadêmica superior e desempenhar práxis médica na região onde se firma a instituição de ensino. Não se observa, entretanto, a interiorização dos médicos com a fundação dessas novas faculdades.

Se a instituição de ensino é particular, a aptidão passa a ser um critério de seleção menos importante, sendo naturalmente escolhidos os alunos que podem financiar seus estudos. Como as mensalidades dos cursos particulares de Medicina frequentemente giram em torno ou mesmo passam de R\$2.000 (CREMESP, 2003), mesmo no primeiro ano, os estudantes que efetivamente se graduam são os que pertencem a classes abastadas. Uma vez tendo sua formação concluída, ou mesmo antes, durante

² Segundo o materialismo dialético, a superestrutura cultural, psicológica e valorativa nasce e se apóia em uma infraestrutura eminentemente econômica. Desse modo, antes de oferecer aconchego psico-social, o gestor deve prover condições materiais para a consolidação do profissional de saúde em seu município.

o internato, eles regressam às suas cidades de origem e lá se estabelecem.

Fenômeno semelhante ocorre na faculdade pública, em relação aos alunos que receberam educação de alta qualidade, oriundos de classes sociais privilegiadas. Eles frequentemente permanecem na capital, onde moraram toda sua vida, não se adaptando completamente à vida no interior. No caso dos médicos que tiveram origem de fatias mais humildes da sociedade, esses terão maior probabilidade de exercer sua vida profissional em cidades pequenas, tendo ou não cursado a faculdade lá.

Por esses motivos não se evidencia a interiorização da saúde com a abertura de novas faculdades de Medicina fora da capital. O fenômeno é agravado pelo fato de o critério usado por essas instituições de ensino para se fixar em uma localidade não ser o de benefício ou não para a saúde do país, mas a lei do Capital. Assim, elas se estabelecem nos grandes centros, onde residem seus clientes.

Evidentemente, não se pode fazer uma análise simplista e determinista. Um médico proveniente das classes mais ricas, formado na capital, em faculdade particular, pode certamente exercer suas atividades profissionais em uma cidade distante do interior, mesmo longe de seus familiares. O salário pago a esse profissional, no entanto, seria vultoso a ponto de não se poder colocar esse caso particular em uma análise social global.

Fazendo uma análise sócio-econômica e levando em consideração os três níveis hierárquicos acima expostos, concluímos que, preocupados em interiorizar a assistência para melhorar a qualidade de vida da população, devemos, enquanto gestores políticos do sistema de saúde, prover o profissional com remuneração e mercado de trabalho favoráveis, além de condições sólidas de fixação, como emprego para o cônjuge e educação de qualidade para os filhos, para então mudarmos nosso foco para a esfera educacional.

Em nível macroeconômico, com o fortalecimento das economias do interior, o desenvolvimento regional, a difusão de pólos de comércio, além do investimento em conexão rodo-ferroviária e marítima intermunicipal, fluidificação de comunicação e parcerias entre macro e micro-regiões, com preocupação em distribuição de renda no estado e nos municípios, poderemos dar maior suporte aos profissionais de saúde para estabelecerem moradia fora da capital e efetivamente interiorizar a assistência.

Estamos fazendo a Reforma da Saúde ao inverso, e pior, seguindo as leis do Capital, não nossas diretrizes filosóficas, democráticas e constitucionais. Permitindo a criação desordenada de novas faculdades de Medicina, tornamo-nos cúmplices de um futuro caos no sistema de saúde, com excesso de profissionais pouco satisfeitos e com baixa qualificação. Atualmente se pensa na criação da Ordem dos Médicos do Brasil, em parte para tentar vedar o ingresso no mercado de profissionais que não têm os mínimos predicativos para exercer a Medicina. Resignados, compactuamos com a infelizmente crescente prática de transmissão de baixa qualidade do conhecimento médico. A formação de novos médicos não somente não faz com que eles se difundam naturalmente para o interior, como piora as condições de trabalho deles e dos outros já radicados na capital.

3.3 "Sendo subdesenvolvido, o Brasil deve se preocupar em consolidar sua rede de assistência básica antes de investir em atenção terciária"

Esse é um dos maiores argumentos da Ordem do Capital mundial. Segundo essa corrente de pensamento, na época da guerra Fria, o mundo possuía os famigerados países de primeiro mundo, capitalistas e desenvolvidos; os de segundo mundo, socialistas e com condições de vida ao menos em parte compatível com os anteriores; e os de terceiro mundo, países pobres e com graves dificuldades sociais. Atualmente com a queda do socialismo como modo de produção exclusivo no âmbito internacional, os países de segundo mundo foram substituídos pelos países em desenvolvimento, que, para os de primeiro

mundo, continuam sendo subdesenvolvidos, mas que conseguiram espaço econômico no mercado global.

O Brasil seria classificado nesse grupo dos que possuem grandes desigualdades sociais e marcantes problemas internos, mas que alcançaram estabilidade econômica e produtividade para empreitar competitividade internacional com seus produtos. Enquanto país subdesenvolvido, deveria investir em atenção básica, pois a atenção terciária é cara e não possui resultados em larga escala. As novas faculdades de Medicina entram como provedoras de médicos em linha de produção em massa. Não é necessária educação consistente nas áreas básicas e com aprofundamento técnico, basta a formação básica para desempenhar uma Medicina miserável, feita por pobres e destinada a eles.

O pensamento é claramente um absurdo. Visto de forma fria e não humanista, o Brasil pode ser caracterizado como país em desenvolvimento, mas assim como todos os outros, necessita de médicos bem preparados para tratar todas as patologias que acometem seu povo. Ele certamente precisa fortalecer sua rede de atenção básica, mas de forma paralela e não excludente, deve caminhar para a consolidação de um sistema digno e humano, permeado pelos três níveis de assistência e pautado pela Filosofia da Saúde brasileira e pelos os princípios do Sistema Único de Saúde.

O Brasil se baseou em projetos iniciados na Inglaterra, no Canadá e, principalmente, no país de onde importou seu atual programa, Cuba. Com o Programa de Agentes de Saúde (PAS) em 1987 e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de junho de 1991, criaram-se as fundações do Programa de Saúde da Família, implantado em 1994. Desde então, nosso país vem obtendo vitórias em sua implantação, sendo prontamente verificadas com a melhoria dos indicadores de saúde nos municípios onde se consolidou o programa.

Cada Equipe de Saúde, dotada minimamente de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4-6 agentes de saúde, deve adotar uma Área de Vigilância Sanitária (AVISA) e ser adotada por ela,

em uma simbiose para resolver os problemas da população que habita aquele território. As equipes têm como base a Unidade Básica de Saúde da Família (UBAS ou UBASF), que mantém um cadastro de suas famílias, localizando os principais acometimentos da comunidade.

A atenção deve englobar tanto demanda espontânea, tratando das doenças que já acometeram o indivíduo, quanto demanda reprimida, identificando fatores de risco e agindo sobre os riscos evitáveis. Além de tratar doenças existentes (ou encaminhar quando devido) e prevenir novos casos, a Equipe é responsável pela promoção da saúde, instituindo programas de melhoria generalizada da qualidade de vida, não focalizando somente na doença. Entre essas ações, estão aulas de educação física e orientação nutricional, além de mobilização comunitária para mutirões de construção de habitações e limpeza de ruas, por exemplo.

Dessa forma, estamos conseguindo dar assistência global à comunidade, sem nos desligarmos do eixo da Medicina de qualidade, amparada pela atenção secundária e terciária, dos procedimentos especializados e dos exames complementares de alta complexidade. O Programa de Saúde da Família tem suas limitações, assim como o Sistema Único de Saúde, mas seguindo as normas brasileiras da Filosofia da Saúde, com os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade, além de Descentralização e Participação e Controle Sociais, estamos trilhando rumos jamais vistos pelo Brasil e pelo mundo. Não precisamos nos submeter à Ordem do Capital mundial, devemos seguir nosso próprio caminho.

4. AS CONSEQÜÊNCIAS

A principal implicação desse processo é a banalização da Medicina enquanto ciência e arte. O volume exacerbado de médicos, frente à já precária situação da saúde no país, desestimula os profissionais e acarreta conseqüente mau atendimento da população. O incerto e problemático dia-a-dia cria em médicos e pacientes uma grave e delicada situação social, onde ambos perdem. No dia 13 de setembro de 2006, a médica Ma-

ria Cristina Souza Felipe da Silva, perita do INSS, foi assassinada com quatro tiros em frente a sua residência, após ter denunciado as péssimas condições de trabalho da categoria, especialmente a dos peritos.

Tal fato culminou na divulgação de nota oficial conjunta do Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos, ressaltando:

Os médicos brasileiros (...) vêm denunciar à nação brasileira as péssimas condições de trabalho a que somos submetidos em nosso País. (...) É antiga e notória a falta de segurança a que somos quotidianamente submetidos sem que as autoridades públicas adotem qualquer providência para que possamos exercer os nossos trabalhos com a tranqüilidade e segurança necessárias." (CFM, 2006b).

Ocorre perda do sentido de carreira profissional, inclusive pela ausência de um Plano de Carreira, Cargos e Salários baseado na valorização de seus trabalhadores. O médico é admitido muitas vezes sem vínculo empregatício e sem direitos trabalhistas. São freqüentes as notícias de demissão de médicos no interior do estado por troca de prefeitos ou por outros motivos escusos. Desde a faculdade impera o desrespeito pelo profissional de saúde. Em Fortaleza, por exemplo, em um dos estágios mais disputados pelos estudantes, o da Santa Casa da Misericórdia, a remuneração é pouca (R\$130,00 mensais, mesmo que a carga horária do mês ultrapasse as corriqueiras 48 horas do estágio), e não há sequer vínculo ou simples notificação do estágio à Universidade ou à Coordenação do curso de Medicina.

Geralmente, no ambiente de trabalho não há gestão de recursos humanos, o diálogo entre gestores e trabalhadores é escasso e os profissionais estão acostumados a ter baixas condições de trabalho, não ter estímulo e a viver em ambientes frequentemente desumanos. O sistema de saúde é caótico, com oferta de médicos bem maior que as reais necessidades do país.

As insalubres condições de trabalho contribuem para as altas taxas de alcoolismo, depressão, suicídio e abuso de substâncias em nossa categoria, inclusive nos residentes (especialmente os do primeiro ano), que são frequentemente sobrecarregados. Buscando melhorias em suas condições de trabalho, em novembro de 2006, os residentes iniciaram greve nacional, reivindicando aumento de suas bolsas. O Dr. Luiz Antônio Nogueira Martins, professor de Psicologia Médica e Psiquiatria Social da Universidade Federal de São Paulo, ressalta:

"80% dos médicos brasileiros consideram a atividade médica desgastante e atribuem esse desgaste aos seguintes fatores: excesso de trabalho, múltiplos empregos, baixa remuneração, más condições de trabalho, alta responsabilidade profissional, dificuldades na relação com os pacientes, cobrança da população e perda da autonomia" (MACHADO apud MARTINS, 2004).

"O exercício atual da medicina no Brasil tem se tornado cada vez mais difícil devido a um conjunto de fatores que têm produzido um aumento do estresse profissional do médico" (NOGUEIRA-MARTINS L. A.; NOGUEIRA-MARTINS M. C. F. apud MARTINS, 2004).

"Assim, a maciça presença das empresas compradoras de serviços médicos (que levaram à perda do caráter liberal da prática profissional), a desordenada criação de novas escolas médicas (com o conseqüente crescimento do número de profissionais e aumento da competição entre os médicos), o acelerado desenvolvimento de novos recursos diagnósticos e terapêuticos (que leva a uma necessidade constante de atualização) e a promulgação de novas normas e leis, como, por exemplo, o Código de Defesa do Consumidor (com o conseqüente aumento do número de denúncias e processos tanto na esfera judicial como no âmbito ético-profissional), são fatores que pressionam os profissionais e que têm produzido profundas transformações na profissão médica" (MARTINS, 2004, grifo nosso).

Após a graduação, quando poderíamos supor que os problemas na formação dos médicos oriundos de escolas de má qualidade se sanariam com a prática profissional, eles se intensificam. "O número de vagas de Residência [Médica] atende apenas 70% dos formandos no país, (...) geralmente são excluídos (...) justamente aqueles que cursaram a graduação em escolas que não oferecem boa formação" (CREMESP, 2003). Esses médicos mal formados terão déficits progressivos na consolidação de sua práxis e serão potenciais agentes de danos à saúde da população.

Esse risco já foi constatado pelas entidades médicas nacionais e estaduais:

"Grande parte dos erros médicos e das punições dos Conselhos de Medicina estão ligadas às condutas de profissionais com formação inadequada. Abrir novos cursos de Medicina é um negócio lucrativo nas mãos dos empresários da educação. Mas trata-se de uma irresponsabilidade execrável, um engodo que vende falsa ilusão aos alunos, desrespeita os bons profissionais e ameaça a população." (Nota Oficial das entidades médicas nacionais e estaduais, divulgada em agosto de 2001. In: CREMESP, 2003).

Observamos paulatinamente o aumento desnecessário da taxa médico-habitante e vemos com clareza que o acúmulo desses novos profissionais se dá nos grandes centros. Os novos cursos são perniciosos para os já existentes, pois consomem os escassos recursos disponíveis, como peças para as aulas de anatomia, vagas em estágios hospitalares e no internato. Como conseqüência final, temos o aumento das taxas de infrações éticas a cada ano, seguindo o decréscimo na qualidade de atendimento à população.

Dotados de *lobby* político, os detentores dos meios econômicos conseguem captar para suas faculdades diversos benefícios. Os braços do capital intensificam o sucateamento da universidade pública e de qualidade. Em Fortaleza, apesar de seus alunos não terem sequer concluído o primeiro semestre, as faculdades particulares já buscam parcerias com

instituições públicas, como o Instituto Dr. José Frota – IJF e a Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, além de captarem para si as Unidades de Saúde das Secretarias Executivas Regionais – SER II e VI. Há convênios já firmados, entre os quais está o de uma faculdade particular com a Secretaria de Saúde, através do Serviço de Verificação de Óbitos – SVO, que proverá os corpos para suas aulas de anatomia. Após a utilização dos cadáveres, eles serão sepultados ou cremados e lhes será oferecida uma missa católica, independente de sua procedência religiosa ser divergente (VEJA, 18 out. 2006).

5. AS SOLUÇÕES

A situação é complexa e devemos, pois, agir em diversas frentes. No âmbito educacional, precisamos avaliar melhor nossos egressos e reestruturar os currículos médicos. A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM já faz intervenções nesse sentido pelo Brasil todo, inclusive criticando os métodos de avaliação nacionais, como o Provão do MEC, que, segundo ela, "testa apenas a memória e não a habilidade e as atitudes do futuro médico" (CREMESP, 2003). Regionalmente, devemos lutar pela adaptação dos currículos das nossas faculdades à realidade sócio-econômica em que estamos inseridos.

Para proteger a saúde do brasileiro, várias entidades médicas estão atuando em parcerias com o Ministério Público e com a imprensa. Um exemplo ocorreu em 1998, quando a Câmara de Educação Superior, do Conselho Nacional de Educação, deu parecer contrário à abertura de um curso em Barretos (SP), após ação das entidades médicas. Em outubro de 2002, o MEC autorizou o funcionamento de um curso de Medicina para a Universidade Cidade de São Paulo – Unicid, mesmo com parecer contrário do Conselho Nacional de Saúde. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo e as entidades médicas, após reivindicação junto ao ministério, aguardam posicionamento sobre o processo de aprovação (CREMESP, 2003).

Infelizmente, estamos tendo que pensar, também, em métodos de vedar o ingresso no mercado de trabalho dos médicos inaptos a exercer a profissão. No dia 7 de novembro de 2003, durante a reunião da Assembléia de Delegados da Associação Médica Brasileira – AMB, propôs-se a criação da Ordem dos Médicos do Brasil – OMB. A função da OMB seria congregar, sob um mesmo teto, o braço científicos da AMB e o ético do CFM (AMB, 2006a). Uma de suas primeiras ações seria instituir o Exame de Ordem, nos mesmos moldes do teste da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB (PIMENTEL, 2006).

Lutando pelos direitos da categoria, estamos também empenhados em instituir nacionalmente a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM. O Projeto de Lei 3466/04, que referencia a CBHPM no sistema suplementar de saúde em âmbito nacional, já foi aprovado pelas Comissões de Seguridade Social e Família; Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio; e Constituição e Justiça e de Cidadania. Atualmente, tramita em regime de urgência, aguardando a votação em plenário.

"A CBHPM é o ordenamento dos métodos e procedimentos existentes tanto no campo terapêutico quanto diagnóstico, estabelecendo portes de acordo com a complexidade, tecnologia e técnicas envolvidas em cada ato. A CBHPM foi elaborada com base em rigorosos estudos desenvolvidos pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo - FIPE e pelas entidades médicas do País, alcançando seu principal objetivo, qual seja, disciplinar o rol de procedimentos, incorporando ainda os recentes avanços tecnológicos, que ampliam a qualidade de atendimento dispensado ao paciente" (AMB, 2006b).

O PLS 25/2002, a Lei de Regulamentação da Profissão Médica³, está na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado para discussão do mérito. Trata-se de uma tentativa judicial de padronizar os procedimentos privativos dos médicos, impedindo que profissionais sem qualificação o façam. Apesar de não terem influência direta nos profissionais oriundos das faculdades de Medicina de baixa qualidade, a CBHPM e o PLS 25/2002 valorizam a profissão médica frente às outras profissões e frente à sociedade.

Para resolver os problemas de desvalorização das profissões de saúde, o governo Lula criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, uma instituição com status de 1º escalão e com estrutura e recursos financeiros próprios para gerenciar a política nacional. Com os Departamentos de Gestão da Educação na Saúde e de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, o órgão pretende reestruturar a saúde no país pela valorização do trabalhador.

Segundo MACHADO (2006), "O Sistema Único de Saúde – SUS dispõe de mais de 2 milhões de empregos de saúde, sendo 30% ocupados por trabalhadores em situação precária". Visando a solucionar esse problema, a Portaria nº 2430/GM de 23/12/2003 cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, tendo como metas a eliminação do trabalho precário no SUS e a criação de comitês estaduais e regionais/municipais.

Para resgatar o sentido de carreira no setor saúde e devolver a esperança aos trabalhadores, a Portaria nº 626/GM de 08/04/2004 institui a Comissão Especial para elaboração das diretrizes do Plano de Cargos e Carreiras da Saúde – PCCS-SUS. Ela tem como objetivo "orientar a reorganização dos trabalhadores do SUS em estruturas de carreiras que atendam à valorização profissional, buscando a melhoria do atendimento à população, atendendo a Lei 8.142" (MACHADO, 2006).

³ Antes chamada de Lei do Ato Médico.

Para garantir a permanência de médicos e outros profissionais essenciais ao sistema de saúde nos municípios que mais precisam, a proposta é a Carreira Nacional SUS, uma carreira nacional com base local (localidades carentes e de difícil acesso), atendendo o dispositivo constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do Estado (MACHADO, 2006).

Na gestão de educação para o SUS, há ênfase na formação do nível técnico, reposicionando o país no caminho correto da seqüência do básico para o nível superior. Na graduação, o projeto é o de estimular o diálogo com o Ministério da Educação, enfatizando a reforma curricular com educação específica para o SUS, desde seus pressupostos até a dinâmica de sua implantação e funcionamento. O eixo final de trabalho é a qualificação dos profissionais que atuam na Equipe Saúde da Família e formação dos agentes comunitários de saúde (MACHADO, 2006).

Entre as ações da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde estão também estabelecer a cultura de negociação do trabalho entre trabalhadores e gestores do SUS, qualificar, dar visibilidade, status e transformar a área de recursos humanos em saúde em área estratégica, além da criação de Sistemas de Monitoramento dos Processos Regulatórios, para consolidar um sistema de vigilância nas faculdades de Medicina que reconhecem os currículos de médicos formados em outros países da América Latina e que podem não ter as qualificações necessárias para exercer a profissão no Brasil.

A raiz do problema, entretanto, está na fundação mesma da sociedade. Estamos sempre nos índices mais altos de desigualdade social e concentração de renda. Na década de 90, o Brasil estava em primeiro lugar mundial em concentração de renda. Os 10% mais ricos detinham 50% da renda do país, os 1% mais ricos apropriavam 17% da riqueza (PELIA-NO, 1999). Desnecessário é falar dos nossos outros índices, como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), evolução do salário real e secundariamente os níveis de acesso à saúde, por exemplo. Problema social, solução social. Somente a luta política pelos nossos direitos constitucionais e por uma sociedade mais justa podem resolver de forma derradeira nossos problemas de saúde.

10% MAIS RICOS POR PAÍSES	PARTICIPAÇÃO NO TOTAL DA
	RENDA
1°) BRASIL	50,0%
2°) ZÂMBIA	46,4%
3°) QUÊNIA	45,8%
4°) PARAGUAI	44,2%
5°) PERU	42,9%

Tabela 4: Participação total na renda do país dos 10% mais ricos da população. Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, apud PELIANO, 1999.

6. CONCLUSÕES

Temos muitas ações possíveis a serem desempenhadas para melhorarmos nosso sistema de saúde e conseguirmos atingir as metas descritas na Constituição de 1988 e nas leis que estruturam o SUS. Entre elas, podemos citar as prioridades da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:

PRIORIDADES DE GOVERNO		
Formação técnico profissional	Reorientação da Graduação na Saúde	
Qualificação da Gestão de RH no SUS Desprecarização do Trabalho n		
PCCS-SUS	Negociação do Trabalho no SUS	
Qualificação das equipes do Programa de Saúde da Família e dos Agentes		
Comunitários de Saúde		
Tabela 5: Prioridades de Governo para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Fonte: MACHADO, 2006.		

Não devemos, no entanto, ater-nos às diretrizes do governo, mas fundar nossos próprios núcleos de reflexão para contribuir democraticamente com a melhoria do sistema de saúde. Através de nossas entidades de classe, partidos políticos e outros grupamentos sociais, devemos lutar por representatividade e fazer com que nossas idéias sejam ouvidas, pois é para o povo que a rede de assistência será construída e é, portanto, ele que deve delinear suas prioridades. Entre as iniciativas que devem ser desenvolvidas, podemos ainda enumerar algumas:

Fortalecimento do Programa de Saúde	Implantação da CBHPM	
da Família		
Abertura de vagas concursadas para o	Viabilização material da fixação dos	
Programa de Saúde da Família	profissionais de saúde no interior	
Garantia dos direitos trabalhistas para	Regulamentação da Profissão Médica	
os médicos		
Vinculação da abertura de novas	Respeito às diretrizes brasileiras de	
faculdades de Medicina ao parecer do	assistência à saúde, sem se deixar	
Conselho Nacional de Saúde	influenciar pela lógica do Capital	
	mundial	
Tabela 6: Iniciativas necessárias à efetiva estruturação do sistema de saúde brasileiro.		

Já estamos tendo sucesso em muitas áreas. Corroborando a plena instituição das premissas filosóficas do Sistema Único de Saúde, tivemos o orgulho de ver recentemente a participação social sendo valorizada com a posse do primeiro presidente eleito do Conselho Nacional de Saúde (CFM, 2006c). Em relação à greve nacional dos residentes, por exemplo, em 28 de novembro de 2006, o senado aprovou o reajuste de 30% a partir de janeiro de 2007. O projeto segue para sanção presidencial (BOLSA RESIDENTE, 2006).

O crescimento do Programa de Saúde da Família, já amplamente visto no interior do Estado, pode ser constatado mesmo em Fortaleza, com o recente concurso da Prefeitura Municipal. Com relação aos níveis secundário e terciário, em novembro de 2006 houve concurso da Secretaria Estadual de Saúde – SESA para 1.163 médicos em 61 especialidades.

Em outros aspectos, apesar de ainda não vislumbrarmos resultados satisfatórios, já encontramos um caminho traçado pronto para ser trilhado. De qualquer modo, é fácil constatar que as soluções para nosso sistema de saúde são tão plurais quanto a natureza de seus problemas.

Como se pode ver, nos dias de hoje, as novas escolas médicas não desempenham função social positiva, pois são mais representativas de um erro do sistema educacional do que uma solução para os problemas da saúde. Nossos atuais cursos de Medicina já conseguem prover o número de profissionais necessário para sustentar o país. Futuramente, com o aumento do contingente populacional, a criação de novas faculdades pode ser necessária, mas atualmente, elas são não somente desnecessárias, como perniciosos instrumentos para a contaminação do Estado pelos braços do Capital.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Edson de Oliveira. O mito da medicina cubana. In: Conselho Federal de Medicina CFM, 2004. Acesso em: 12 nov. 2006. Disponível em: ">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=136&portal=>">http://www.asp.org.br/index.asp.org.br/index.asp.org.br/index.asp.org.br/index.asp.org.br/index.asp.org.br/index.asp.org.br/index.asp.org.br/index.asp.org.br/index.asp.org.br/index.asp.org.br/index.asp.org.br/index.asp.org.br/index.asp.org.br/index.asp.o
- ARAÚJO, Carlos Henrique; LUZIO, Nildo. Financiamento da Educação Básica. In: Missão Criança, Mania de Educação, 2006. Acesso em: 19 out. 2006. Disponível em: ">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=2>">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=2>">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=2>">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=2>">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=2>">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=2>">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=2>">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=2>">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=2>">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=2>">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=2>">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=2>">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=2>">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=2>">http://www.missaocrianca.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=47&It
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA AMB. AMB e CFM apresentam proposta da Ordem dos Médicos do Brasil. In: Defesa Profissional. Acesso em: 11 nov. 2006a. Disponível em: http://www.amb.org.br/inst_defesa_templat.php3?pagina=defesa_16.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA AMB. CBHPM. In: Defesa Profissional. Acesso em: 11 nov. 2006b. Disponível em: http://www.amb.org.br/ent_cbhpm_index.php3.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA AMB. Ato médico. In: Defesa Profissional. Acesso em: 11 nov. 2006b. Disponível em: < http://www.amb.org.br/ato_medico_index.php3>.
- BARROS, Ricardo Paes de; MENDONÇA, Roseane. Investimentos em Educação e Desenvolvimento Econômico. Texto para discussão nº 525 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA. Rio de janeiro: IPEA, 1998.
- BOLSA RESIDENTE. Notícias Senado Aprova o Projeto!! In: Bolsa Residente,

- 2006. Acesso em: 29 nov. 2006. Disponível em: http://www.bolsaresidente.com.br/noticias.html#281106_2.
- CHAUÍ, Marilena. Convite à Filosofia. 12ª ed. São Paulo: Ática, 1999.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA CFM. Estatística médico por habitante. Acesso em: 11 nov. 2006a. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=estatisticasmedabitante.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA CFM. Nota Oficial: Dos médicos ao povo brasileiro. Acesso em: 11 nov. 2006b. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/NotaOficial.doc>.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA CFM. Conselho Nacional de Saúde elege presidente pela primeira vez. Acesso em: 12 nov. 2006c. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostranoticia2005&portal=&id=11547.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO CEARÁ CREMEC. Estatísticas. Acesso em: 11 nov. 2006. Disponível em: http://www.cremec.com.br/estatisticas.htm.
- Conselho Regional de Medicina de São Paulo CREMESP, Associação Paulista de Medicina APM, Federação dos Médicos do Estado de São Paulo FEMESP. Por que somos contra a abertura de novos cursos de Medicina? Coordenação: Moacyr Esteves Perche. Edição: Mário Scheffer. Arte: José Humberto de S. Santos. São Paulo: CREMESP, 2003.
- CURSOS NO EXTERIOR SEM VESTIBULAR. Estude na Bolívia e Conheça sua História, Geografia, Dicas. In: Escritório Virtual RBM, Campo Grande, MS, Brasil, 2005. Acesso em: 28 nov. 2006. Disponível em: http://www.geocities.com/Eureka/Vault/5874/index.html.
- ENGELS, Friedrich. Dialética da Natureza. Lisboa: Editorial Presença, 1974.
- ______. Do Socialismo Utópico ao Socialismo Científico. In: Marx e Engels Textos, v.1. São Paulo: Edições Sociais, 1977.
- HIPÓCRATES. Conhecer, cuidar, amar. O Juramento e outros textos. São Paulo: Landy, 2002.
- Instituto Brasileiro de geografia e estatística ibge. In: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2006. Acesso em: 15 nov. 2006. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/.
- Jornal da Associação Médica Brasileira AMB. Ano 43 Nº 1320. Junho-Julho de 2002.

- Jornal da Associação Médica Brasileira AMB. Ano 45 Nº 1333. Junho-Julho-Agosto de 2004.
- MACHADO, Maria Helena. Trabalho e Trabalhadores na Saúde: uma questão de Estado (Brasil). Semana Regional da Saúde. Apresentação em Washington, Dia Mundial da Saúde, 2006. Disponível em: http://www.observatoriorh.org/diamundialdelasalud/presentaciones.html.
- _____. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- MARTINS, Luiz Antônio Nogueira. A Saúde do Médico. In: Conselho Federal de Medicina CFM, 2004. Acesso em: 12 nov. 2006. Disponível em: ">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=248&portal=>">http://www.asp.br/index.asp.br/index.asp.br/index.asp.br/index.asp.br/index.asp.br/index.asp.br/index.asp.br/index.asp.br/index.asp.br/index.asp.br/index.asp.br/index.asp.br/index.asp.br/index.asp.br/index.
- MARX, Karl. Teses Contra Feuerbach. In: Os Pensadores, 2a ed. São Paulo: Abril, 1978.
- _____. O Capital. Rio de Janeiro: Civilização, 1968.
- _____. Introdução à Crítica da Economia Política e Prefácio Para a Crítica da Economia Política. In: Manuscritos Econômico-Filosóficos e Outros Textos Escolhidos. Os Pensadores V. XXXV. São Paulo: Abril Cultural, 1974.
- Nogueira-Martins L. A.; Nogueira-Martins M. C. F. O exercício atual da medicina e a relação médico-paciente. Rev Bras Clin Terap 1998; 24(2):59-64.
- Nota Oficial das entidades médicas nacionais e estaduais, divulgada em agosto de 2001. In: Conselho Regional de Medicina de São Paulo CREMESP, Associação Paulista de Medicina APM, Federação dos Médicos do Estado de São Paulo FEMESP. Por que somos contra a abertura de novos cursos de Medicina? São Paulo: CREMESP, 2003.
- PAPROCKI, Jorge. Médicos e Ensino Médico no Brasil. In: GEPC Grupo de Estudos em Psicofarmacologia Clínica, 2004. Texto revisado e atualizado em 25/05/2005. Acesso em: 15 nov. 2006. Disponível em: http://www.jorgepa-procki.com/ensino/ens apres a001.htm>.
- PELIANO, José Carlos Pereira. Números da desigualdade e pobreza no Brasil. In: Partido dos Trabalhadores Diretório Nacional. Brasília: PT, 18 de agosto de 1999. Acesso em: 11 nov. 2006. Disponível em: http://www.pt.org.br/assessor/pobres.htm.
- PIMENTEL, Alceu José Peixoto. A avaliação dos egressos dos cursos de medicina no Brasil: necessidade e justiça. In: Conselho Federal de Medicina CFM, 2006. Acesso em: 12 nov. 2006. Disponível em: ">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=612&p
- PINHEIRO, Solimar. Ser ou não ser (médico por decisão judicial). In: Conselho

- Federal de Medicina CFM, 2005. Acesso em: 12 nov. 2006. Disponível em: ">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=mostraartigo&id=437&portal=>">http://www.portalmedico.org.br/index.as
- Secretaria da Saúde do Estado do Ceará SESA. Edital N°049/2006-SEAD/SESA. In: Diário Oficial do Estado do Ceará, série 2, ano IX, N°114, caderno 1/2. Fortaleza: SEAD, 19 de Junho de 2006.
- SEMERENE, Bárbara. O Sistema Educacional Chinês Hoje. Publicado em: 02 out. 2006. In: Universia Brasil, 2002. Acesso em: 19 out. 2006. Disponível em: http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=12346.
- SINDICATO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DO TRABALHO SINAIT. Notícias sobre o assassinato de perita do INSS em Minas Gerais. In: Artigos SINAIT, 2006. Acesso em: 19 out. 2006. Disponível em: http://www.sinait.org.br/ler.php?id=002422.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ UFC, PRÓ-REITORIA DE GRA-DUAÇÃO, ASSESSORIA DE LEGISLAÇÃO DO ENSINO. Processos de Revalidação de Cursos de Graduação Obtidos em Instituições de Ensino Superior Estrangeiras já Analisados por Comissão Especial. Acesso em: 21 nov. 2006. Disponível em: http://www.prg.ufc.br/documentos/revalidacao_diplo-mas_2006.pdf.
- VEJA. Informe publicitário Educação. Ed. 1978, ano 39, nº 41, p. 30. Editora Abril: 18 out. 2006.



A SUSTENTABILIDADE DO CURSO DE MEDICINA DA UECE



1. INTRODUÇÃO

Em junho de 2002, após um longo período de maturação, determinado intencionalmente para garantir o desenvolvimento saudável do produto, a comissão responsável pela elaboração do projeto do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE) deu por concluído o documento que foi encaminhado às instâncias internas da casa, para apreciação, cumprindo o rito administrativo previsto e obtendo as devidas aprovações, sempre de forma positiva, cumulada de elogios.

Por conseqüência, a proposta do curso foi divulgada para a sociedade, através dos mais diversos meios, alcançando diferentes públicos. Para um seleto grupo de formadores de opinião, composto principalmente de médicos e professores universitários, a exposição das linhas mestras do novel curso gerou um certo deslumbramento em alguns colegas, ante seus aspectos inovadores, enquanto para outros, mais realistas, o contentamento restringia-se ao fito de formar bem os futuros médicos, para melhor servir às comunidades brasileira e cearense, em particular.

2. DESENHO DO CURSO DE MEDICINA

2.1 Concepção

A proposta de criação do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará foi embasada nas diretrizes curriculares do Ministério da Educação (BRASIL, 2001 a,b), com foco no perfil do formando egresso/profissional, nas suas competências e habilidades, nos conteúdos curriculares e na organização do curso, propriamente dita.

Em linhas gerais, o conteúdo programático das diversas disciplinas buscou contemplar distintas metodologias de aprendizado, assegurando a participação dos alunos em projetos de pesquisa, com vistas a criar e consolidar novos saberes. Estudos de casos e situações-problema reais foram e são considerados instrumentos de aprendizagem, mediante discussões em sessões clínicas, mesas-redondas e painéis. Tem sido estimulada, também, a participação em eventos científicos patrocinados pela UECE e por outras instituições do setor público, ao exemplo da Associação Médica Cearense, do Conselho Regional de Medicina e das sociedades médicas especializadas, além, naturalmente, da Secretaria de Saúde do Estado e de suas congêneres municipais. Dentro ainda desse contexto metodológico, a Aprendizagem Baseada em Problemas - PBL tem sua adoção incentivada somente naquelas disciplinas às quais se adeqüem, de melhor forma, no que tange aos recursos e à funcionalidade.

Em suma, o Curso de Medicina da UECE tem, como pretensão, formar médicos capacitados para trabalhar em equipe multiprofissional, vendo o paciente dentro de um contexto de saúde integral, em uma realidade bio-psico-social. Essa formação volta-se, inclusive, para o diagnóstico dos problemas existentes e, também, para intervenção nos mesmos, concedendo prioridades, aos aspectos da prevenção, notadamente os de nível primário. Adiante-se que o médico generalista é capaz de resolver a maior parte das demandas, sabendo discernir entre a oportunidade de cuidar dos casos de atendimento de maior complexidade, e dar seguimen-

to aos casos de contra-referência de serviços mais especializados. A par disso, tem capacidade para intervir na comunidade, interagindo com seus componentes, no intuito de propiciar melhor nível de saúde, assegurando, por conseguinte, melhor qualidade de vida ao cidadão (UECE, 2006).

O curso em referência vislumbra a cobertura tanto das necessidades percebidas e sentidas pela clientela, como a oferta de serviços para suprir aquelas necessidades não demandadas pela comunidade, porém reconhecidas por parte do gestor, como importantes para serem ofertadas. Isso implica proporcionar intervenções preventivas, no intuito da promoção da saúde individual e coletiva.

Dentro desse contexto, tem sido trabalhada a produção do conhecimento, a aquisição de competências e o desenvolvimento de habilidades específicas, através de ações estrategicamente desenhadas para qualificação de um profissional médico adequado à promoção da saúde individual e coletiva, e às reais necessidades da sociedade brasileira.

2.2 Missão

Nos termos do seu Projeto Político-Pedagógico (UECE, 2002), ficou assim delineada a **missão** do Curso de Medicina da UECE:

"Formar o médico generalista com sólida fundamentação científica e técnica, dotado de comportamento ético, sentimento de afeição ao seu semelhante, capacidade analítica e poder criativo na aplicação dos conhecimentos e práticas adquiridos para a tomada de decisões na promoção, manutenção e habilitação da saúde individual e coletiva e na prevenção e tratamento dos transtornos e agravos da saúde; comprometido com as transformações da sociedade, apto a colaborar no processo de desenvolvimento sustentável do Estado do Ceará e do País, e consciente do dever de atualizar permanentemente, seus conhecimentos e habilidades."

2.3 Objetivos

O curso de graduação em Medicina da UECE tem, como objetivo primordial, habilitar o graduado para a profissão de médico, através de

adequada fundamentação teórica e prática qualificada, com substrato em princípios éticos e morais vigentes.

2.4 Perfil do Profissional da UECE

O Projeto do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará delineou o perfil profissional do egresso da instituição, com base nos princípios contidos no seu Projeto Político-Pedagógico e nos conhecimentos, habilidades e atitudes, necessários ao exercício profissional e manifestados através de capacidades e aptidões, para:

- assimilar e integralizar conhecimentos teóricos mediante raciocínio reflexivo e crítico, tornando-se apto a aplicá-los na tomada de decisões para a resolução dos problemas de saúde, no exercício da prática médica, mediante interpretação dos dados obtidos no atendimento ao indivíduo, sempre com a atenção voltada para grupos populacionais, e em favor da saúde coletiva;
- -manter postura ética, visão humanística e senso de responsabilidade no atendimento, com qualidade, ao indivíduo e à coletividade, tratando com lhaneza os pacientes e os grupos populacionais, respeitando os seus direitos, lidando, adequadamente, com a diversidade de comportamentos, crenças e idéias;
- usar, com racionalidade, os recursos propedêuticos e terapêuticos, valorizando os métodos clínico e epidemiológico, em todos os seus aspectos, e levando em conta a relação custo-benefício, como garantia da melhor oferta de qualidade de vida:
- diagnosticar e tratar, corretamente, os principais transtornos de saúde da gestante, da criança, do adulto e do idoso, observando critérios de prevalência, potencial mórbido e de eficácia da ação médica;
- realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis ao atendimento ambulatorial e hospitalar, nas urgências e emergências, reconhecendo e encaminhando ao nível adequado de atenção, os portadores de afeccões que excedam o âmbito da formação geral do médico;

- ser desenvolto, para manifestar, com liberdade, o seu pensamento, conseguindo manter equilíbrio emocional e compreensão empática do sofrimento, nas relações com os indivíduos, sob seus cuidados, familiares e pessoas que lhes são mais próximas;
- realizar programas de melhoria da qualidade de vida individual e coletiva, bem como de orientação a indivíduos e a grupos submetidos a condições de risco, na promoção e proteção da saúde, e na prevenção de doenças físicas e mentais;
- trabalhar em equipe de saúde, reconhecendo, valorizando e buscando adequação à competência dos demais integrantes do grupo, sendo capaz, inclusive de liderá-la;
- utilizar, com propriedade, três linguagens básicas: português, inglês e informática;
- pautar sua atividade profissional pelo rigor do método científico, inclusive pelos princípios da Bioética, em quaisquer dos seus atos, estudos, registros e publicações, incluindo leitura crítica de artigos técnicos, com manifesta disposição de participar na produção de conhecimentos, na área de sua atuação;
- agregar conhecimento e flexibilidade para se comunicar com a comunidade científica, utilizando a linguagem técnica apropriada à sua profissão;
- procurar vencer, mediante autocrítica racional, as limitações de sua formação, dispondo-se a permanente aperfeiçoamento cultural e profissional, incorporando os novos conhecimentos e técnicas advindos do desenvolvimento da ciência médica, da tecnologia e da criação e difusão cultural;
- contribuir para a melhoria da qualidade de vida e para o bem estar da comunidade em que atuar, respeitando suas tradições sócio-econômicos e culturais.

Em outras palavras e a par dessas capacidades, entendidas como fundamentais ao exercício da medicina, o que se espera dos egressos da UECE é que eles tenham incorporado outros valores e competências ao longo do Curso que houveram por bem freqüentar e concluir, tornandose, portanto, de conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Medicina (BRASIL, 2001 a,b), aptos a:

- promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos clientes/pacientes, quanto da comunidade, atuando como agente de transformação social;
- atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos segmentos primário e secundário;
- estabelecer adequada comunicação com colegas de trabalho, pacientes e seus familiares;
- informar e educar pacientes, familiares e comunidade, em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;
- realizar, com proficiência, a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza bio-psico-socioambiental subjacentes à prática médica, manifestando e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- diagnosticar e tratar, corretamente, as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, priorizando critérios de prevalência e potencial mórbido das doenças, com foco na eficácia da ação médica;
- reconhecer suas limitações e encaminhar, a quem melhor se adequar, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;
- otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico, em todos seus aspectos;
- exercer a medicina, utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;
- utilizar, adequadamente, recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, que sejam atuais e hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;
- reconhecer a saúde como direito, e atuar de forma a garantir a integralidade

- da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;
- atuar na proteção e na promoção da saúde, na prevenção de doenças, bem assim no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde, com acompanhamento do processo de morte;
- realizar procedimentos clínicos em nível ambulatorial, além de cirúrgicos nas urgências e emergências, cobrindo as diferentes fases do ciclo biológico;
- conhecer os princípios da metodologia científica, oportunizando a leitura crítica de artigos técnicos-científicos e a participação na produção de conhecimentos;
- lidar, criticamente, com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde:
- atuar no sistema hierarquizado de saúde, em obediência aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;
- cuidar da própria saúde física e mental, buscando o seu próprio bem-estar, como cidadão e como médico;
- considerar, nas decisões médicas, o peso dos custos de procedimento, em relação aos resultados que possa produzir, sem deixar de levar em conta as reais necessidades do doente;
- ter visão clara e objetiva do papel social do médico, pondo-se à disposição da sociedade para atuar em frentes de que envolvem a política e o planejamento em saúde;
- trabalhar em equipe multidisciplinar, respeitando os espaços e as capacidades individuais;
- cuidar da sua atualização, no que diz respeito aos aspectos legais, no contexto da saúde.

3. MARCOS DE OPOSIÇÃO À CRIAÇÃO DO CURSO

Á época em que foi planejada a criação do Curso de Medicina na UECE, a reação contrária, das corporações já era previsível. No segmento profissional, alguns médicos alegavam que, sob a ótica restrita de mercado, a maior oferta de doutores concorreria para minimizar os rendimentos da categoria. As instituições formadoras de recursos humanos, em saúde, assumiram posição nitidamente de defesa de mercado, seja objetivando assegurar o seu caráter monopolista público de formador dos médicos, ou de preservar o setor, para a futura implantação de cursos privados, no Ceará.

Como de maneira técnica ou legal, não havia como avariar a proposição da UECE, procurou-se fulminá-la, maculando-a com rótulos improcedentes junto às autoridades estaduais, para desautorizar a criação do curso em tela. Basicamente, a lógica recorria ao tema central dos supostos custos excepcionais do empreendimento, ou seja, apontava suas setas para o calcanhar de Aquiles do Estado do Ceará, cujos governos, nos últimos vinte anos, vinham concentrando seus esforços no saneamento financeiro das contas públicas estaduais.

A linha de argumentação era, para uns, a de que os candidatos interessados em cursar Medicina provinham de classes sociais mais altas, filhos de famílias de elevado poder aquisitivo e capacitadas a assumir as mensalidades em instituições privadas, pelo que, conseqüentemente, o Estado deveria se isentar desse encargo, deixando o espaço para a iniciativa particular. Aditavam, a guisa de exemplo, que um curso médico sediado no interior, em região de menor renda que a da capital, não tinha inadimplência no seu corpo discente.

Outra corrente postulava, aplicando indevidamente os seus próprios parâmetros, que os custos da formação profissional médica são exorbitantes e que se o Ceará assumisse o patrocínio do curso da UECE, sofreria considerável acréscimo em sua rubrica de pessoal, passando a infringir a Lei de Responsabilidade Fiscal, a qual, diga-se de passagem, tem

sido religiosa e fielmente cumprida neste Estado. Quem assim advogava, demonstrava ignorar o conteúdo do projeto da UECE, ou agia movido por interesses estranhos; quiçá, padecia de algum transtorno cognitivo.

4. EM DEFESA DA SUSTENTABILIDADE DO CURSO NA UECE

Na elaboração do projeto do curso de Medicina da UECE, sua concepção, planejamento e delineamento, foram tratados com apuro, sem afogadilho ou qualquer açodamento. A Universidade efetuou, gradualmente, os investimentos necessários à infra-estrutura física, de forma a dotá-lo de laboratórios, biblioteca e outros equipamentos pertinentes, o que, a bem de verdade, já se fazia preciso para qualificação dos Cursos de Enfermagem, Nutrição, Ciências Biológicas, Educação Física e Medicina Veterinária. Em matéria de recursos humanos, a UECE contava, então, com docentes de alta qualificação e em número suficiente para atender à maioria das disciplinas da grade curricular traçada. Aliás, segundo o projeto, a carência de novos docentes limitava-se a apenas 30 (trinta), em regime de dedicação exclusiva, a serem contratados a partir do terceiro ano de implantação do projeto, e, caso fossem todos admitidos, no mesmo momento, onerariam a folha de pessoal em algo próximo a 2%, quantia inferior ao custeio de cinco equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), o que é perfeitamente suportável por quaisquer dos mais desprovidos municípios cearenses.

Para 2003, o orçamento do Ceará previa o repasse de 79 milhões de reais, dos quais 41 milhões (51,90%) para a rubrica de pessoal, que agregaria menos de um milhão de reais com a incorporação simultânea de 30 professores, em tempo integral, e portadores de diploma de doutorado. A UECE pinçava somente 1,17% dos recursos do Tesouro Estadual e como os salários dos seus docentes são bastante modestos, a hipotética majoração, se perpetrada fosse, talvez ensejasse alguma variação mínima, na segunda casa decimal, das despesas com pessoal. A bem dizer, ao contrário de outros órgãos públicos, federais e estaduais, nenhum professor ativo da UECE ostenta condições para receber o epíteto de "marajá", em termos vencimentais.

As principais linhas de argumentação: técnicas, financeiras, profissionais, ideológicas e políticas, nos seus pontos, a favor e contra, foram testadas e superadas no exaustivo debate que a UECE travou, no âmbito do Conselho Estadual de Saúde, quando os conselheiros, presentes por unanimidade, manifestaram-se favoráveis à criação do curso de Medicina da UECE, solicitando direito de declaração de voto e registro em ata.

Desde a aprovação do projeto do curso, pela UECE, houve o acúmulo de oito perdas definitivas de docentes, por vários motivos, a saber: a) aposentadorias de um docente de Clínica e outro de Patologia; b) opção por outro colegiado de graduação, com desistência de vinculação ao curso de medicina, de um professor de Pediatria e dois de Clínica; c) falecimento de um docente de Bioética e Ética Médica; d) pedido de exoneração de um docente de Clínica; e e) litígio judicial envolvendo um professor de Clínica. As perdas foram de professores que exerciam atribuições em tempo integral, e quase todas em regime de dedicação exclusiva; houve ainda duas perdas transitórias, por licenças para interesses particulares.

Mesmo diante das defecções, o curso assegurou o cumprimento do acordo informal com o governo estadual de não admitir novos professores, até a chegada do terceiro ano, condição agravada quando da implantação do quarto semestre, quando foram introduzidas as primeiras disciplinas que requisitavam contato com pacientes e o uso de recursos hospitalares.

Para o semestre 2004.2, o Curso de Medicina, para contornar as dificuldades de nomeação ou contratação de docentes, por concurso, mas atento à qualidade de ensino pretendida, recorreu a outros expedientes, como: a captação de bolsistas recém-doutor em agências de fomento à pesquisa, por meio de projetos vinculados à pós-graduação; a contribuição, sem ônus para o poder público, do Hospital do Câncer / Instituto do Câncer do Ceará e da Clínica Radiológica Sonimagem, tendo cada um deles cedido seis radiologistas para ministrarem as aulas práticas; a utilização de mestrandos, obrigados a realizar estágio docente, à conta da bolsa percebida, para as atividades

práticas de Semiologia, desenvolvidas no Hospital Geral Waldemar de Alcântara, uma unidade hospitalar de primeira linha, focada no atendimento de saúde secundário, gerenciada por uma entidade não governamental, que muito bem acolheu os alunos da UECE.

Gradualmente, em paralelo à instalação das disciplinas do ciclo profissional, a UECE tem firmado parceria com diferentes instituições, buscando oferecer o melhor das especificidades de cada serviço para o treinamento e para as atividades práticas de seu alunado; há uma velada preferência pela utilização dos serviços públicos estaduais, como no caso das práticas de Semiologia, desenvolvidas em unidades diferenciadas, servindo de exemplos: Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital Geral César Cals (HGCC), Hospital de Cardiologia de Messejana, Hospital São José, Centro de Saúde D. Libânia etc.; no entanto, instituições filantrópicas estão sendo ativas cooperantes desse esforço comum, aqui exemplificadas pela participação do Hospital do Câncer / Instituto do Câncer do Ceará, da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza e da Fundação Maria Ione de Ciência e Pesquisa (FUNCIPE); além disso, a regionalização da rede de saúde municipal, com vistas à implantação de um sistema integrado de ensino e pesquisa, no âmbito municipal, tem levado a UECE a incorporar parte do aparato municipal sediado na Secretaria Executiva Regional IV, área que abrange o Campus do Itaperi (vide quadros 1 e 2).

QUADRO 1. REDE HOSPITALAR DE APOIO ÀS ATIVIDADES PRÁTICAS DOS SEMESTRES JÁ IMPLANTADOS, NO CURSO DE MEDICINA – UECE.

Sem	Disciplinas	Módulos/Conteúdo	Hospitais
S4 2004.2	Iniciação ao Exame Clínico e Relac.Médico-Paciente	Semiologia	HGWA
	Imagenologia Geral	Radiologia e Diagnóstico por Imagem	HC/ICC, Somimagem
S5	Clínica Médica I	Nefrologia	HGCC, SCM
2005.1		Endocrinologia	HGCC, CIDH
		Hematologia	HGCC
		Reumatologia	HGF
		Neurologia	HGF
	Clínica Cirúrgica I	Bases da Técnica Cirúrgica	HGWA
		Bases da Anestesia	HGWA
S6	Clínica Médica II	Nutrologia	UBSF
2005.2		Dermatologia	CSDA
		Geriatria	HGCC
		Medicina do Trabalho	CEREST
	Clínica Cirúrgica II	Ortopedia e Traumatologia	HGF
		Otorrinolaringologia	SCM, HIAS
		Oftalmologia	FUNCIPE
		Urologia	HC/ICC, HGWA
		Oncologia	HC/ICC
	Pediatria I	Ações Básicas em Pediatria	HIAS
S7	Clínica Médica III	Infectologia	HSJ
2006.1		Cardiologia	HCM
		Peumologia	HCM
		Gastroenterologia	HGCC
	Clínica Cirúrgica III	Cirurgia Ambulatorial	HGWA, UBSF
		Centro Cirúrgico	IJF, SCM
S8	Clínica Médica IV	Urgências Clínicas HGF	
2006.2		Urgências Cardiopulmonares	HCM
	Clínica Cirúrgica IV	Urgências Cirúrgicas	IJF

LEGENDA: HGCC: Hospital Geral César Cals; GWA: Hospital Geral Waldemar de Alcântara; HGF: Hospital Geral de Fortaleza; IJF: Instituto Dr. José Frota (Central e Parangaba); HCM: Hospital de Cardiologia de Messejana; SCM: Santa Casa de Misericórdia; UBSF: Unidade Básica Saúde da Família; HSJ: Hospital São José; HIAS: Hospital Infantil Albert Sabin; FUNCIPE: Fundação Maria Ione de Ciência e Pesquisa; CSDA: Centro de Saúde D. Libânia; CEREST: Centro de Referência da Saúde do Trabalhador; HC/ICC: Hospital do Câncer/Instituto do Câncer do Ceará; CIDH: Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão.

Como desde o seu nascedouro, havia restrição de contratação de novos servidores, para a UECE, o aproveitamento, de médicos titulados e de notória experiência profissional, atuantes em preceptoria de programas de residência médica, que estavam lotados na rede hospitalar de referência do Estado, como integrantes da Secretaria da Saúde do Estado (SESA), sinalizou uma solução, até certo ponto fácil para esse suposto entrave. Tal absorção cogitava ser por remanejamento da lotação

funcional, ou através da criação de um quadro provisório e provisional de técnicos para exercício docente, com a denominação de professores associados. A primeira situação esbarrava no impedimento legal, porquanto as leis estaduais não davam uma cobertura total à transferência de servidores, de um órgão para o outro, no âmbito do Estado, deixando de fora, por exemplo, o intercâmbio entre a UECE e a SESA.

Quadro 2. REDE HOSPITALAR DE APOIO ÀS ATIVIDADES PRÁTICAS DOS SEMESTRES A IMPLANTAR NO CURSO DE MEDICINA – UECE.

Sem	Disciplinas	Módulos/Conteúdo	Hospitais
S9	Pediatria II	Especialidades Pediátricas	HIAS
2007.1	Ginecologia e Obstetrícia	Ginecologia	HGF
	_	Obstetrícia	HGCC
	Medicina Ambulatorial	Medicina Ambulatorial	UBSF
	Psiquiatria	Psiquiatria	HSSM
S10	Internato I		
2007.2	Clínica Médica	Clínica Médica	HGCC, HGF
	Saúde Coletiva	Saúde da Família	UBSF
S11	Internato II		
2008.1	Clínica Cirúrgica	Clínica Cirúrgica	HGCC, HGF
	Pediatria	Pediatria	HGCC, HIAS
S12	Internato III		
2008.2	Ginecologia e Obstetrícia	Ginecologia e Obstetrícia	HGCC, HGF
	Urgências	Urgências	IJF
	Estágios Eletivos	Estágios Eletivos	Diversos

LEGENDA: HGCC: Hospital Geral César Cals; HGF: Hospital Geral de Fortaleza; IJF: Instituto Dr. José Frota; UBSF: Unidade Básica Saúde da Família; HIAS: Hospital Infantil Albert Sabin; HSSM: Hospital de Saúde Mental de Messejana.

4.1 Caracterização do Professor Associado da UECE

A criação do quadro de professor associado foi a decisão acatada, sendo ele recrutado em observância a rígidos critérios, exigindo-se dele, como qualificação indispensável, a graduação em Medicina e a Residência Médica na área de atuação, ou afim. Dentre as condições impostas, figuram: integrar o corpo clínico do hospital; requerer cadastramento, anexando curriculum vitae padronizado e comprovado; comprometer-

se a cumprir disciplina ou curso de Metodologia do Ensino Superior, com, no mínimo, 60 horas; declarar compromisso de cursar Mestrado, com início em até três anos, caso não fosse detentor deste Diploma; e dispor-se a reservar quatro ou oito horas semanais, de seu horário no hospital, ao serviço de preceptoria médica. Qualificação complementar e habilidades/atitudes, a serem testadas em entrevistas, seriam também consideradas, para fins de seleção.

Essa figura de professor associado acrescente-se, não tem responsabilidade de regência das disciplinas, que fica sob o encargo de docentes do quadro permanente da UECE, muito embora lhe cumpra assumir funções de ministrar aulas práticas, para grupos de até oito alunos, em ambulatório e enfermaria da rede hospitalar, que servem de apoio ao curso; a par disso, realiza, juntamente com outros especialistas convidados, exposições teóricas acerca de temas específicos de sua área de atuação. Face ao caráter de ingresso anual de apenas uma turma, a atuação desse tipo de docente restringe-se a quatro meses por ano, com revezamento de parte da equipe, em função da estrutura semestral das disciplinas, significando otimização do tempo de trabalho disponível, cujo pagamento está condicionado ao efetivo exercício docente, sob forma de bolsa.

Seguindo parâmetros de mercado, atualmente praticados por cooperativas de trabalho médico, o custo da manutenção, por professor associado, para a UECE, é da ordem de tão somente R\$ 2.600,00 (dois mil e seiscentos reais) anuais por docente, ou R\$ 650,00 (seiscentos e cinqüentas reais) mensais, durante quatro meses de efetivo exercício.

No ano anterior, nos semestres letivos de 2005. 1 e 2005.2, com funcionamento, respectivo, do quinto e do sexto semestres do curso de medicina, foi institucionalizado esse quadro docente suplementar, com a absorção de 24 (vinte e quatro) bolsistas, cada um auferindo uma quantia de R\$ 650,00 (seiscentos e cinqüentas reais/mês) ao longo do quadrimestre.

Para fazer frente às despesas incorridas, o governo estadual alocou a importância de R\$ 62.500,00 (sessenta e dois mil e quinhentos reais) liberada somente no final do ano, o que obrigou a FUNCAP a efetuar pagamento em parcela única de R\$ 2.600,00 (dois mil e seiscentos reais); todavia, por questões operacionais e de fechamento do exercício fiscal do erário estadual, todavia, nem todos foram contemplados com as bolsas, em questão, ficando o repasse reprogramado para o ano fiscal seguinte.

A experiência com o professor associado foi, sem dúvida alguma, bastante favorável e vantajosa para todos, incluindo-se nisso atores e instituições envolvidos no processo, sendo, pois, recomendável a implementação prevista no projeto original, que estipulou, para o ano de 2006, a consignação de 22 bolsas, no primeiro semestre, para atendimento aos quinto e sétimo semestres letivos, e de 26 bolsas, no segundo semestre, para cobertura dos sexto e oitavo semestres letivos, perfazendo 48 bolsas e totalizando R\$ 124.800,00 (cento e vinte e quatro mil e oitocentos reais) (vide quadro 3).

QUADRO 3. DISTRIBUIÇÃO DA CONTRATAÇÃO DE PRO-FESSOR COLABORADOR POR SEMESTRE LETIVO, PARA O CURSO DE MEDICINA.

SEMESTRE	N° PROF.	TOTAL	BOLSA/MÊS	FOLHA/ANO
LETIVO	COLAB.		(em reais)	(em reais)
S5	10	10	650,00 x 4 meses	62.400,00
S6	14	14	650,00 x 4 meses	
S5+S7	10 + 12	22	650,00 x 4 meses	124.800,00
S6+S8	14 + 12	26	650,00 x 4 meses	
S5+S7+S9	10 + 12 + 8	30	650,00 x 4 meses	161.200,00
S6+S8+S10	14 + 12 + 6	32	650,00 x 4 meses	
S11	10 + 12 + 8	30	650,00 x 4 meses	161.200,00
S12	14 + 12 + 6	32	650,00 x 4 meses	

4.2 A Operacionalização da Bolsa de Professor Associado

A UECE, tendo ouvido a sua procuradoria jurídica, acolheu, de ponto, a proposição de legitimar o quadro de professores associados ou colaboradores, face à capital importância para o funcionamento de seus cursos de Medicina e de Enfermagem, tendo efetuado os encaminhamentos necessários junto a outras instâncias, com vistas à implantação dessa nova modalidade de docência.

Dada à anuência administrativa interna, na UECE, posteriormente avalizada pelo governo estadual, foi consignada dotação orçamentária específica à Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ceará (SECITECE), que a repassou à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), a quem cabe a operacionalização desse programa.

Na reunião do seu Conselho Diretor, a FUCAP aprovou a instituição dessa modalidade de bolsa, tendo o projeto anterior, oriundo da UECE, servido de instrumento para subsidiar as ações a serem implementadas, desde então, com vistas à viabilização da proposta.

Por disposição regular da FUNCAP, os pedidos de bolsa devem ser individualizados, cabendo a cada candidato interessado na sua concessão, após ser selecionado pela respectiva coordenação de Curso, preencher os documentos exigidos, envolvendo a solicitação do modelo de requerimento, acompanhado do plano de trabalho específico e do currículo padrão, utilizados pelos médicos desse quadro, com atividade docente. Essas solicitações são, a seguir, encaminhadas ao Magnífico Reitor que as remete à Fundação.

A figura do professor associado trouxe como vantagem, para a UECE, além do baixo custo representado, a possibilidade de se converter em laboratório experimental, despertando vocações de docência entre médicos, levando-os, inclusive, a pugnar pelo ingresso no serviço publico, via concurso, para cumprir carreira acadêmica. Acrescente-se a isso a oportunidade de reduzir ou espaçar melhor a abertura de vagas em certames

promovidos pela UECE, enquanto perdurar o acesso ao curso de medicina, através de um único vestibular acontecido anualmente. A tanto se junta a vantagem da presença do professor associado em aproximar a academia do serviço, possibilitando o entrosamento com a rede hospitalar de referência do Estado do Ceará.

4.3 A Absorção de Professores Efetivos

Outra forma sentida, para reduzir os custos, teve vez na abertura de vagas em concursos, previstas, originalmente, para professor adjunto, com doutorado e em dedicação exclusiva, substituindo estes, pela entrada preferencial de professores assistentes, em tempo parcial, o que traduziu o interesse do Curso de Medicina da UECE de privilegiar a incorporação de médicos portadores do diploma de Mestrado e de certificado de residência médica, com melhor perfil para o ensino de graduação, além de ênfase na atuação, ao longo do ciclo profissional; estrategicamente, as disciplinas básicas e as da Saúde Coletiva, ficam sob os cuidados de docentes mais titulados, para garantir a pesquisa e a pós-graduação já levadas a efeito na universidade. Saliente-se que os vencimentos de um professor assistente mestre, em tempo parcial, correspondem a 30% do valor pago ao professor adjunto, com doutorado e em dedicação exclusiva, ou seja, para suprir necessidades, em pequenos grupos de alunos, é possível incorporar três desses primeiros docentes citados, ganhando em eficiência econômica e operacional, por conta da diversidade especializada e do fracionamento dos recursos humanos.

É sempre oportuno lembrar que nos dois primeiros anos de funcionamento, do Curso de Medicina da UECE, não houve qualquer contratação ou nomeação específicas, tendo a coordenação e o seu colegiado docente agido no sentido de suportar a carga didática extra, mobilizando, inclusive, a contribuição de professores lotados fora do Centro de Ciências da Saúde; do limitado número de funcionários, apenas dois possuem atribuições próprias ou exclusivas do curso, no caso as duas agentes administrativas, responsáveis pela secretaria, enquanto outros quatro trabalham nos laboratórios que servem, indistintamente, a todos os cursos da área da saúde da UECE, sobretudo Enfermagem e Ciências Biológicas. Infere-se daí que a nova graduação trouxe otimização à capacidade instalada dos recursos humanos, na Universidade Estadual.

Em junho de 2005, por conta da carência de professores, na UECE, especialmente em algumas das suas unidades interioranas, foi desencadeada uma greve docente, com apoio de lideranças estudantis, que perdurou por quase oitenta dias. Nessa oportunidade, a ação conjunta da Pró-Reitoria de Graduação, da Direção do Centro de Ciências da Saúde, da Coordenação do Curso de Medicina e, sobretudo, do Centro Acadêmico Joaquim Eduardo de Alencar (CAJEA), conseguiu estabelecer canais próprios de negociação, junto à Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ceará (SECITECE), para abertura de concursos específicos, visando à absorção de docentes, da Graduação em Medicina. A SECITECE interpretava o compromisso da UECE de contratação de novos docentes, a partir do terceiro ano, como sendo após a conclusão desse ano, quando o indicativo do projeto anunciava a falta de professores quando da implantação do quinto semestre letivo, condição que se agravaria na proporção da progressão na grade curricular.

Como decorrência desses acertos, a Secretaria da Administração do Estado do Ceará autorizou o lançamento de amplo edital, contemplando mais de cem vagas para a UECE, convocando, outrossim mais de trinta aprovados em concursos já homologados. Esse certame foi realizado no final de 2005, e, em março de 2006, tomaram posse oito novos membros do colegiado da Medicina, todos na categoria de Professor Assistente, em regime de 20 horas semanais de trabalho, aprovados para os setores de estudos de: Clínica (quatro), Cirurgia (dois) e Pediatria (dois), sendo dois portadores de diploma de doutorado e seis de mestrado. Antes disso, houve a entrada de um Professor Adjunto, em regime de dedicação exclusiva, para a disciplina de Medicina de Família e Comunidade, com amparo em concurso anterior ao movimento paredista; ocorrência simi-

lar deu-se com outro, da disciplina de Fisiologia, nas mesmas condições de nomeação, e que aguardava na lista de aprovados de seleção realizada dois anos antes; esse último, por ser cirurgião, passou a dividir a sua carga horária com os colegas das disciplinas cirúrgicas.

Houve, nesse ínterim, algumas defecções do corpo docente; contudo, a reposição foi acionada, tendo sido feito um novo concurso em agosto de 2006, que aprovou candidatos para o preenchimento de uma vaga para Professor Adjunto nos seguintes setores de estudos: Fisiologia Humana (DE), Farmacologia Clínica (20 horas) e Traumato-Ortopedia (20 horas). O certame em apreço não foi ainda homologado, em virtude da greve irrompida em 2006.

De fato, em junho de 2006, para pressionar o governo estadual a aprovar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), um movimento sindical docente deflagrou greve, de grandes proporções, paralisando, parcialmente, as universidades cearenses, que, no caso da UECE, foi afetada por cinco meses, configurando uma das mais longas já acontecidas no Brasil.

O Colegiado da Medicina, em reunião ocorrida em agosto de 2006, deliberou pela conclusão do semestre letivo 2006.1 e pela continuidade do período 2006.2 apenas para os alunos do S-9, para que os mesmos não fossem prejudicados em seu ingresso, no Internato, previsto para julho de 2007, e viessem a perder o acesso à Residência Médica, à conta do retardo da formatura; decidiram que, concluso o semestre 2006.1, as demais turmas deveriam aguardar o final da greve.

A duradoura greve em tela trouxe contratempos ao Curso de Medicina, obrigado a fazer adaptações para ajustes de calendários de atividades e acertos com as instituições parceiras e os respectivos professores associados; ao lado disso, a programação de outro concurso para admissão de mais quatorze docentes efetivos para a Medicina, foi suspensa, o que poderá comprometer o gerenciamento do Internato.

4.4 A Qualidade dos Alunos Matriculados

Nos vestibulares de 2003.1 a 2006.1, a concorrência para o Curso de Medicina, da ordem de sessenta candidatos por vaga, foi quatro vezes acima da média institucional, e cerca de duas vezes maior do que a de outros cursos mais disputados, sendo justo salientar o alto nível de rendimento dos pleiteantes à formação médica. A introdução do novel curso, desde 2003, suscitou rearranjos na busca de diversas graduações da UECE, notadamente nas da área da saúde, onde houve nítido declínio da concorrência.

Longe de ser uma condição desabonadora para os cursos que experimentaram algum descenso da concorrência, ocorreu um importante benefício, pois canalizou a procura mais direcionada para a vocação pretendida, evitando que as escolhas sejam uma segunda opção, derivada da inexistência da graduação em Medicina. Uma conseqüência positiva disso foi o quase desaparecimento do abandono e do trancamento de matrícula, no primeiro ano de universidade, anteriormente bem freqüente nesses cursos, em que alunos paralisavam as atividades acadêmicas para retorno aos "cursinhos" preparatórios, em nova tentativa de acesso a um curso de Medicina. Em ambos os casos, a UECE tinha perda de sua eficiência operacional, arcando a sociedade cearense com prejuízo adicional, por se tratar de um ente público, mantido, principalmente, pelo Tesouro Estadual.

Registre-se que não se trata aqui, apenas de uma elevada concorrência, mas e principalmente, de uma disputa altamente qualificada, tal como se infere de uma análise dos resultados da primeira fase do vestibular de 2004.1, comum a todos os cursos, em que se notou que o curso de Medicina detinha pouco mais de 10% das inscrições, mas arcou com cerca de 90% dos escores mais altos, tendo em conta o ponto de corte desse curso. Com efeito, o "cut-off" mais elevado, dentre todos os cursos, foi o da Medicina, com 110 pontos, exigindo, no mínimo, 55 acertos dos candidatos, para tomar possível a participação da segunda etapa.

Ainda conjeturando acerca da aplicação de tal ponto de corte, o certame configuraria um "desastre", justo porque, antes da segunda etapa, que dariam ociosas nada menos de 96,16% das vagas. Desconsiderando as da Medicina, 98,53% das vagas ofertadas nos demais cursos, teriam resultados menos desfavoráveis em Ciências da Computação (85,71%) e em Nutrição (90,00%), enquanto dezenas de cursos não preencheriam uma só vaga (SILVA, 2005).

A avaliação do desempenho dos estudantes dos cursos de graduação, realizada mediante aplicação do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE, e que foi adotada para a Medicina, no ano de 2004, ratificou a excelência do rendimento dos alunos da UECE, dado que, na categoria ingressantes, conseguiram eles obter a média 4,8 (quatro vírgula oito), por sinal a segunda maior entre as escolas médicas brasileiras, valor superado apenas pelo logrado pela Universidade Federal de Minas Gerais, que cravou o escore máximo, igual a, 5,0 (cinco).

Adiante-se que os acadêmicos da UECE estão demonstrando sua competência em sucessivos processos seletivos para admissão em estagiários de hospitais de referência, tanto públicos quanto filantrópicos, assumindo uma parcela considerável das vagas e ocupando as melhores posições nas respectivas classificações, deixando patente que, a despeito das limitações inerentes a um curso novo e sediado em uma universidade pública, com visíveis carências em seu custeio, eles ratificam o esforço de superação, com uma marca indelével de arrojo e tenacidade.

Movidos pelos próprios interesses, os estudantes da UECE tomaram a iniciativa de constituir Ligas Acadêmicas, cujo número, em somente dois anos, desde quando a primeira delas começou a funcionar, já ultrapassa a casa de uma dezena. Coube à coordenação do Curso, com o aval da direção do CCS, imprimir o rito de formalização dessa empreitada, na condição de atividade de extensão universitária. Tais ligas, ao lado de seus desdobramentos extensionistas, têm concorrido para motivar estudos específicos e para consolidar parcerias institucionais com os hospitais de apoio.

Há que ser dito, ainda, que muitos alunos de Medicina já se encontram inseridos em grupos de pesquisas, deles participando como bolsistas de Iniciação Científica, tanto do CNPq, quanto da FUNCAP, e até da UECE, dentre outras, entidades de fomento, quando não engajados, como voluntários, em projetos conduzidos por docentes do curso, ou mesmo atuando como estagiários em laboratórios de pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Desse envolvimento, já resultou a participação ativa em acontecimentos científicos, com significativa apresentação de trabalhos, sob a forma de temas-livres e "posters", além do natural aparecimento de produção de artigos, publicados em periódicos médicos de circulação nacional. Intensa tem sido a busca desses estudantes em que pese limitação imposta pela UECE, face à sua indisponibilidade financeira para cobrir os custos da oferta de um número maior de vagas.

4.5 O Impacto Financeiro e Gerencial da Implantação do Curso

Um fato que desponta de forma inusitada, é o de que o ingresso de aprovado, no Curso de Medicina da UECE configura um valor ínfimo, diante do impacto comparativo produzido pelos que obtiveram aprovação em Concurso da Polícia Civil, em fase de conclusão, e das milhares de vagas ofertadas para o Concurso da Secretaria de Saúde do Estado, ora em andamento. Em nenhum desses casos, há cogitação de que tal venha a ofender a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Quando o Governo do Estado liberou sete milhões de reais, transplantando os parcos recursos do Estado, para o patrimônio federal, com vistas a viabilizar parte da infra-estrutura de cursos médicos, no interior cearense, raras foram as vozes que se ergueram contra à medida, até porque prática essa não soaria como novidade, ou mesmo teria ares de ocasional. Em São Paulo, situação como essa talvez não acontecesse, justo porque a população paulista sequer concordaria que o erário estadual fosse minado por aporte de dotações para a UNIFESP ou a UFSCAR, ambas tuteladas por verbas federais.

As despesas de capital direcionadas ao curso de Medicina, até o momento, foram, na verdade, irrisórias, restringindo-se a pequenas adaptações de reforma física ou aquisição de mobiliário, em nada comprometendo o Estado, com encargos extras; por oportuno, vale lembrar que a compra de livros, prevista para a expansão do acervo bibliográfico institucional, foi fruto de projeto aprovado junto à Fundação Banco do Brasil.

Não seria desnecessário enfatizar que foi graças, primordialmente, ao curso de Medicina, que se tornou possível estabelecer uma parceria com o Município de Fortaleza, oportunizando acessão, pela UECE de 3.000 m² de terreno do *campus* do Itaperi, para a construção, com recursos municipais, de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF), inaugurada em 24/03/2006, denominada Policlínica Nascente. A UBASF, modelo de atenção primária em Fortaleza, dispõe de mais de quinze consultórios, para utilização por diferentes categorias profissionais, salas de aula, auditório etc., caracterizando-se como uma unidade de ensino e de capacitação de equipes para o PSF da capital; essa unidade, quando em pleno funcionamento, servirá de campo de estágio dos vários cursos da UECE, tanto os cinco, do Centro de Ciências da Saúde, como os de outros centros da UECE, exemplificados pelo curso de Serviço Social.

Evidentemente que por mérito do curso de Medicina Veterinária, e por força do grande impacto na habilitação em Saúde Pública do Bacharelado em Ciências Biológicas, na Enfermagem, no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública e na Medicina, a UECE firmou com a Prefeitura de Fortaleza uma parceria para implantar o Centro Municipal de Zoonoses. Para isso, cedeu 6.000 m² do seu *campus*, no Itaperi de forma a propiciar a construção de um estabelecimento modelo, com sua concepção inspirada no melhor do Brasil, que é o de Campinas/SP.

As novas diretrizes fixadas para os cursos de Medicina, não mais exigem hospitais próprios, complexos, super-especializados, isolados dos

problemas epidemiológicos mais comuns da população, focados em casos raros, além de muito caros, como são os Hospitais Universitários. O Ceará tem rede estadual própria, de alta qualidade, que pode se beneficiar, inclusive financeiramente, do *status* criado pela disponibilização de Hospitais-Escola, que, se devidamente articulados, em rede, têm amplas condições de atender às necessidades do Curso de Medicina da UECE. Essa medida já era, inclusive, demandada por outros cursos da dita Universidade. A Enfermagem, curso precursor, na Universidade, completou 63 anos de criado, sem uma solução permanente de suporte hospitalar. Resolver o nó górdio da articulação hospitalar, só faz beneficiar todos os demais cursos do Centro de Ciências da Saúde da UECE e também o de Serviço Social, além do de Administração, com especificidade na habilitação em Administração Hospitalar.

Vale lembrar que nos dez anos que antecederam à criação do curso de Medicina da UECE, o Estado do Ceará formara cerca de 1.500 médicos, perdera 300, por fixação em outras regiões, mas registrara, em seu Conselho Regional de Medicina, mais de 3.000 novos médicos. Com uma forte política de saúde pública, carente de médico, o Ceará obviamente que se tornara importador de médicos. Aliás, já existe um déficit de, aproximadamente, mil médicos, no âmbito estadual, e, se for analisada a relação entre dinâmica populacional e proporção médico/habitantes, em 2010 o Ceará terá 10 milhões de habitantes, carecendo de 10 mil médicos, para atendimentos às suas necessidades de saúde. A visão genérica, que se tem, analisando a média nacional, identifica uma proporção razoável de médicos, em relação à população, muito embora o Sudeste e o Sul "explodam" em cursos e em médicos, enquanto o Centro-Oeste (à exceção do eixo Brasília-Goiânia), o Norte e o Nordeste, de modo bastante grave, sofrem por conta do baixo número de profissionais formados dessa categoria.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a UECE, a inclusão do Curso de Medicina em seu *menu* de graduações, trouxe uma grande visibilidade, desde a feitura do vestibular, com um notável acréscimo de vestibulandos e, inusitadamente, com a atração de inscrições originárias de outros estados, encorpando vigor e porte à universidade, com aumento de sua competitividade na captação de projetos de pesquisas e de capacitação de pessoal, a exemplo do observado no Pólo de Educação Permanente em Saúde, tanto o de Fortaleza como o de Quixadá, para o Sistema Único de Saúde no Ceará.

A questão não era, como ainda não é, de ordem econômica ou fiscal. Ela transcende às disponibilidades financeiras do Estado e, sub-repticiamente, imiscui-se no emaranhado das questões pessoais, corporativas ou ideológicas. Os que a princípio se colocaram contra a criação do Curso de Medicina da UECE, não atentaram para o fato de que a sociedade que recolhe tributos, quer obter um retorno em moldes de políticas sociais. Nisso se enquadra o ensino superior gratuito, com qualidade, e com muito mais propriedade, um curso de graduação médica, para cobertura das necessidades de saúde do Ceará.

A situação reinante exige das autoridades cearenses a disposição para auscultar os professores da UECE, envolvidos nesse esforço de implantação de um curso de Medicina estadual, dando ouvidos, ainda, aos ecos provindos da comunidade cearense, clamando pela expansão do ensino superior público, gratuito e de qualidade, para formar médicos competentes e comprometidos com as justas reivindicações populares, no tocante à saúde de nossa gente.

Nota-se, do exposto, que a criação do curso de Medicina, além de não ter trazido maior ônus extra ao erário cearense, porquanto os gastos incorridos foram diluídos na economia de escala institucional, gerou ganhos, em eficiência, para a UECE, além do que criou oportunidade para que muitos jovens, sequiosos por estudar medicina, permanecessem na própria cidade onde residem ao lado de seus familiares, sem violentar os

bolsos paternos, diante de um afastamento justificado, mas comprometedor do orçamento doméstico.

O que se aguarda, do próximo governador, é que empregue a sua conhecida sensibilidade política e o seu tino administrativo, para distinguir o joio do trigo, e, em um ato de profunda lucidez, venha a oferecer o suporte que a UECE requer, para fazer crescer e florescer a semente da planta, em boa hora lançada em solo fértil, fazendo-a frutificar, viçosa e pujante, em valores humanos, mercê da excelência de formação que já vem sendo propiciada pelo Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará.

6 REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Parecer CNE/CES 04/2001. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF, 03 nov. 2001. Seção 1E, p 131. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf Acesso em: 28/11/2006.
- 2. _____. *Resolução CNE/CES 4/2001*. Brasília, 2001. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf Acesso em: 28 nov. 2006.
- 3. SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. *Educação médica no Ceará*: crônicas e ensaios escolhidos. Fortaleza: Expressão, 2005.
- 4. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. *Normas acadêmicas do curso de medicina da UECE*. Fortaleza: Uece, 2006. 30p. (mimeo.).
- 5. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. *Projeto de curso de graduação em medicina*. Fortaleza: Uece, 2002. 410p. (mimeo.).

PROFISSÃO: CUIDADO

Nathan Mendes Souza



"O remédio mais usado em Medicina é o próprio médico, o qual como os demais medicamentos precisa ser conhecido em sua posologia, efeitos colaterais e toxicidade." (Balint, 1975, p.5)

1. INTRODUÇÃO

A classe médica constitui-se, em sua essência, de cuidadores. Somos a profissão historicamente relacionada ao saber cuidar. Nossa essência filosófico-existencial advém deste princípio maior, o amor ao próximo.

Essa mesma classe atuou socialmente quando a saúde da população estava exposta a riscos. No Brasil, tanto o movimento pela reforma sanitária, quanto o projeto de avaliação das faculdades de medicina constituem bons exemplos onde a liderança da classe médica fez-se imprescindível. Muitas foram as vezes em que os profissionais médicos, em suas mais variadas funções, seja na clínica, na pesquisa, na docência, na administração pública ou ainda em sua formação acadêmica, dedicaram suas forças a causas nobres em prol do bem do coletivo.

Nos últimos anos, a sociedade brasileira acompanha o aumento considerável do número de faculdades de medicina e, conseqüentemente, do número de profissionais médicos que ingressam, a cada graduação, à classe médica.

Entretanto, faz-se necessário entender o contexto propiciador dessa abertura sem precedentes na históra do ensino superior brasileiro. Analisar-se-á, ainda, a que conjunto de interesses a abertura de novas faculdades médicas serve. Uma visão preliminar da quantidade e da qualidade da formação dos novos médicos será acessada. Ademais, reflexões serão tecidas acerca da repercussão social advinda desse novo fenômeno sócio-econômico-cultural.

Por fim, a partir da análise realizada das discussões supracitadas, uma proposta suscinta de ação será apresentada. O autor admite ser imperativo ético e da responsabilidade da categoria médica analisar tal proposição. Os médicos conscientes e ativos na ação cuidadora animar-se-ão diante dessa iniciativa sócio-política por vir. Caberá às diferentes forças sociais conscientes e cidadãs do Brasil perceber a importância desse movimento e juntar-se, historicamente, ao que poderá ser mais tarde denominado: movimento pela boa formação e prática médica brasileira.

2. DISCUSSÃO

A classe médica goza de amplo respaldo e confiança junto à sociedade brasileira. Seja pela excelência no zelo pela vida humana, individualmente, no seio familiar ou em sua complexa rede social. Um breve histórico da força da categoria médica precederá as reflexões acerca da problemática das novas faculdades de medicina.

2.1. Liderança médica nas transformações sociais

Na história brasileira recente, individualmente ou em classe, a medicina tem deixado um importante legado nas lutas pela justiça social. A título de exemplificação analisaremos essa contribuição em dois movi-

mentos socias: o movimento da reforma sanitária nos anos 60 e 70 e o movimento pela avaliação das escolas médicas nos anos 90.

A ditadura brasileira marcou um período único de nossa história onde houve um levante organizado das mais diversas instituições nacionais culminando com o movimento pelas diretas e o repúdio ao autoritarismo. (Silva, 1986)

As universidades se esforçaram para desenvolver um conjunto de idéias e ações para reformar seus cursos de modo a aproximá-los das necessidades sociais, mas sofreu, no caso das ciências médicas, grande influência do corporativismo, do profissionalismo e da reforma do ensino médico flexneriano. (Kemp et. al., 2004)

Concomitantemente, o setor prestador de saúde também sofreu questionamento uma vez que se fora apontado suas limitações fruto de uma política de saúde excludente, baseada na lógica do capital e a favor do complexo médico-industrial o que beneficiou diretamente os prestadores privados de assistência médica.

É nesse cenário efervescente que surge o movimento da reforma sanitária brasileira. A ele se atribui a ampliação do conceito de saúde. Assim, falar de saúde, passou a implicar na indagação permanente dos seus determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais. De modo que a política de saúde, necessariamente, deverá perpassar por novos espaços sociais como os da educação, meio ambiente, previdência, emprego, habitação, alimentação e nutrição, lazer, esporte, terra e transporte. Saúde será a resultante da ação articulada desses diferentes setores e o eixo integrador dos setores sociais com as políticas econômicas.

Mendes (1986) postula ser essa a dimensão maior da Reforma Sanitária, a exigência do reconhecimento explícito da necessidade de mudanças nesses setores, para que se possa melhorar os níveis de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde reuniu, pela primeira vez, mais de quatro mil pessoas, das quais 50% eram usuários da saúde. A partir da conferência, saiu o movimento pela emenda popular, a primeira emenda

constitucional que nasceu do movimento social. Esse é considerado o maior sucesso da reforma sanitária.

"Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado." Sergio Arouca, 1998.

Tudo isso para afirmar a liderança do médico sanitarista, Sérgio Arouca, e de toda a classe médica incluindo desde estudantes, sindicatos, associações até políticos médicos. As diversas facetas do médico sanitarista Sergio Arouca, do professor, do pesquisador, do parlamentar, do ocupante de cargos no Executivo ou apenas do cidadão comprometido com a vontade de tornar o Brasil um país mais justo, nos indica o caminho a seguir diante da problemática em exposição.

O movimento de avaliação de recursos humanos para o SUS constitui outro exemplo onde a participação e liderança médica foi crucial, tanto na esfera pessoal, como em organizações com destaque para a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM, 1977), a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS, 1987) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1990). O movimento denominado CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) nasceu como um movimento de resistência e oposição de entidades sindicais, científicas e estudantis da área médica à política neoliberal de ranqueamento dos cursos de graduação do país, a partir da implementação impositiva do

provão. Esse movimento sócio-institucional desenvolveu seu trabalho no sentido de construir uma nova consciência do ato de avaliar por meio da ampliação da participação ativa de docentes e alunos no processo e da adesão das escolas médicas.

2.2. O contexto da proliferação das faculdades de medicina

A educação superior no Brasil iniciou-se pela criação da Faculdade de Medicina da Bahia, em 1808 com a vinda da Corte portuguesa para o Brasil. Desde então, questiona-se o esforço global desempenhado pelas faculdades médicas em realmente desenvolver em nosso país uma sólida formação médica voltada para a resolução das necessidades do povo brasileiro.

O adolescente Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro apresenta desafios em sua busca pela constante melhoria. Andrade et. al. (2000) identifica a grande extensão territorial e as diferenças entre os municípios e os estados bem como a inaceitável desigualdade social brasileira, que coloca milhões de brasileiros em miséria e pobreza, como desafios a serem superados.

O Brasil também deverá ajustar-se à rápida transição demográfica e epidemiológica, confrontando, simultaneamente, doenças infecto-contagiosas e afecções crônico-degenerativas característica da crescente população idosa.

Por fim, a extensão da cobertura de saúde, principalmente da atenção básica, ocorrida com o processo de municipalização, evidenciou um grave problema de ordem qualitativa e quantitativa relacionado com os recursos humanos do setor. A falta de sintonia dos cursos de formação dos profissionais de saúde com a realidade social e dos serviços onde os mesmos atuarão é extensivamente documentada na literatura. (Andrade et. al., 2000)

Em consequência do exposto, e em decorrência da falha do estado brasileiro em ofertar número suficiente de vagas nas universidades, assiste-se a consolidação do ensino superior privado como setor econômico de enorme valorização e expansão no país. (*Gráfico 1*)

Ademais, recentemente, nota-se o uso social das instituições privadas de ensino superior, na política de formação de recursos humanos financiado pelo poder público, como é o caso de vários programas do governo federal como o crédito educativo, dentre outros outros.

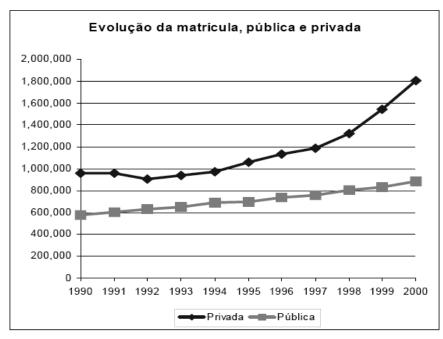


Gráfico 1. Evolução da matrícula do ensino superio público e privado no Brasil, 1990-2000.

Vários países apresentam dificuldades em elaborar e adotar modelos regulatórios da quantidade e qualidade na formação de seus recursos humanos desde o nível técnico até os de alto nível educacional (Christofaro, 2005). Não existe, no Brasil, objetivamente, um consenso legal que regulamenta o ensino superior.

Além dos principais instrumentos regulatórios que são a Constituição Federal de 1988 (artigos 207, 208, 213 e 218) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9394/1996), existe um grande número de Medidas Provisórias, Decretos, Resoluções e Pareceres do Conselho Nacional de Educação, Conselhos Profissionais e outros órgãos e Portarias Ministeriais (*Tabela 1*) que são promulgadas com grande freqüência, visando regulamentar e implementar as normas constitucionais e da LDB. Schwartzman (2002) comenta que o excesso de normas torna impossível qualquer tentativa de sistematizar o marco normativo relativo ao ensino superior privado, exceto em suas linhas mais gerais, ou em relação a questões muito específicas.

Tabela 1. Atos Normativos sobre o ensino Superior brasileiro, 2001.

Atos normativos sobre o Ensino Superior Brasileiro, 2001

Emenda Constitucional	1
Leis	10
Medidas Provisórias	22
Decretos	17
Resoluções	32
Portarias	94
Pareceres do Conselho	
Nacional de Educação	58
Total	234
Fonte: ABMES, 2001	

O conjunto de fatores supracitados, aliado a crescente demanda por vagas nos cursos de nível superior e aos interesses do setor privado nesse setor contribuem para o entendimento da escalada na abertura das novas faculdades de medicina no Brasil.

2. 3. Análise do número de faculdades de medicina no Brasil

"As IES passaram a bastar-se, pois nem mesmo livrarias existiam nas cidades que, festivamente, acolheram-nas. Lamentavelmente, a dimensão carnavalesca da cultura brasileira favorece o credenciamento da fantasia..." (Luiz Cunha, 2004)

Não há dúvida que o governo brasileiro deve apoiar a educação de nível superior, como fonte de conhecimento e competência para a sociedade como um todo. Entretanto, mesmo nas economias avançadas, somente um segmento do mercado de trabalho requer competências especializadas e a maior parte da educação de nível superior está relacionada ao desenvolvimento de atitudes, competências gerais e estilos de vida. Na lógica do mercado, quem tem mais educação tende a levar vantagem posicional. Por isto, as demandas de estudantes, educadores e acadêmicos por mais cursos, melhores salários e mais subsídios públicos em todos os níveis é crescente e aparentemente interminável, e é importante que os governantes possam conhecer os limites de seus recursos e decidir aonde estão as prioridades. (Schwartzman, 2005)

A velocidade de crescimento da oferta de vagas para o curso de medicina no Brasil é tamanha que torna-se difícil contabilizar o real número de faculdades tentando desempenhar essa função social. A *Tabela 2* mostra-nos que, atualmente, o Brasil possui 162 faculdades de medicina em atividade, sendo que aproximadamente 58% do total de vagas está sendo ofertado pelo setor privado. Das 162 escolas médicas, 62 iniciaram suas atividades nos últimos seis anos, destas apenas 14 são públicas.

Tabela 2. Total de Escolas Médicas em atividade no Brasil.

Total de Escolas Médicas em atividade no Brasil		162
Total de vagas oferecidas para o primeiro ano		14730
	Nº de escolas	%
Privada	93	57.41
Federal	40	24.69
Estadual	23	14.20
Municipal	6	3.70
	162	100

Fonte: http://www.escolasmedicas.com.br/novas.php

A maioria das novas faculdades de medicina localizam-se nas regiões Sudeste e Sul do país, regiões mais industrializadas, onde proliferam as empresas médicas e, conseqüentemente as oportunidades de emprego. Assim, conforme assinala documento aprovado no XXIII Congresso da ABEM, passou a ser lançado no mercado de trabalho uma quantidade crescente de médicos, distribuídos de forma desordenada pelo território nacional. (Silva, 1986)

O mesmo autor e o mesmo documento apontam que nessa conjuntura aprofundou-se o processo de assalariamento dos médicos, cuja força de trabalho vem sendo espoliada e intensivamente utilizada, obrigando ao estabelecimento de múltiplos vínculos empregatícios para fazer frente aos baixos salários.

O aumento desenfreado e sem planejamento do número de vagas para o curso de medicina no Brasil poderá, em breve, levar nossa sociedade a se deparar com a realidade em que Schwartzman (2005) descreveu para o ensino fundamental: "Enquanto ainda se falava em construir mais escolas, com a diminuição da expansão demográfica e da migração interna na década de 1980 o país começou a enfrentar pela primeira vez problemas de salas de aula vazias."

Será essa também a sina na área de formação médica brasileira? Permitir tanto quanto for possível a abertura de novas vagas para o curso médico ao ponto de encontrarmos salas vazias em determinadas regiões do país. Será que as "mãos invisíveis do mercado" bastarão para impor limites a gana de lucro dos novos empresários do ensino médico?

Para a elevação do Brasil a uma nação desenvolvida, urge sabermos cuidar da formação dos recursos humanos cruciais para um povo, como é o caso das novas faculdade de medicina.

2.4. Muito mais médicos... a que preço?

"Ao invés da expansão quantitativa, para cuidar, depois, da qualidade, o que precisamos é providenciar a multiplicação da qualidade..." (Cunha 2004)

Como poderá uma sociedade que não sabe precisar sequer o número de escolas médicas existentes garantir a qualidade da formação de seus alunos? Quais serão as conseqüências para a sociedade e para a medicina brasileira da precária formação dos seus novos médicos?

Como se já não fossem suficiente os problemas sócio-econômicosculturais da sociedade brasileira, a influência negativa do mercado sobre a prática médica e os desafios do setor saúde no exercício da medicina, presenciamos a decadência do ensino médico em grande parte das novas escolas médicas.

O agravante é que a maioria das novas faculdades não oferecem ao futuro médico um ensino adequado. Não obstante as exorbitantes mensalidades, faltam a muitos desses cursos instrumentais básicos e hospital-escola, a grade curricular nem sempre é adequada e existem graves problemas pedagógicos. A cada ano, parcela expressiva dos 15.000 novos profissionais colocados no mercado apresenta deficiente formação. (AMB, 2006).

O reduzido número de vagas nos programas de residência médica e a falta de um plano nacional de educação permanente e continuada dos médicos pioram, ainda mais, a problemática envolvendo a proliferação das faculdades de medicina.

Não se pode analisar a qualidade do ensino, em todos os seus níveis, sem avaliar a formação de professores. Schwartzman (2005) relata existir evidências de que muitos professores não adquirem a formação necessária para proporcionar uma educação de qualidade, e enfrentar os problemas que afetam as escolas médicas, sobretudo quando o docente possui dois ou mais vínculos empregatícios.

Não há um plano nacional de formação docente para atender o absurdo crescimento do número de alunos matriculados nas escolas médicas, sobretudo quando as mudanças no conhecimento têm sido rápidas e profundas. No Brasil, não há previsão legal de formação específica para o ensido superior, sendo suficiente a graduação, que, formalmente, pode ter sido feita em qualquer especialidade. Assim, Cunha (2004) alerta-nos para o fato de o desenvolvimento do ensino superior brasileiro está sendo feito graças a improvisação docente, tanto nas instituições públicas quanto nas privadas.

Diante do grave problema da deficiente formação docente, Cunha (2004) propõe a política de importação de professores, à exemplo da USP e da UNB na década de 40, ou ainda a formação docente junto ao corpo de alunos de mestrado e doutorado nos programas bem avaliados como já realizado pela UNB.

Há vinte anos, Silva (1986) previa que a falta de formação científica sólida, aliada a frutificação tecnológica e ao descompromisso social, transformaria os novos médicos num elo fundamental na cadeia do consumo de produtos (medicamentos) e equipamentos.

Nesse cenário, portanto, a desvalorização do diploma e da identidade médica será tamanha que o excessivo número de novos médicos cumprirão, apenas a função de perpetuar um modelo médico-assistencial único, determinado por interesses industriais e mercantilistas. Será fortalecida a ideologia da medicina liberal e individualista de perspectiva de baixíssimos salários.

Em relação à sociedade, o isolamento e distanciamento do produto das novas escolas médicas das necessidades do conjunto da sociedade brasileira e da organização dos serviços de saúde (Silva, 1986), trará, inexoravelmente, dentre outros problemas, o enfraquecimento do que é considerado o núcleo da prática médica há séculos: a relação médico paciente. A conseqüência advinda daí, todos sabemos, e é o que explica os dados oficiais sobre o crescimento de mais de 130% de denúncias de erros médicos. (AMB, 2006)

3. CONCLUSÃO: TRAGÉDIA OPORTUNÍSTICA

Essa monografia pretende contribuir para a intensificação do debate sobre a trágica proliferação das faculdades de medicina e também para a apresentação de uma proposta de defesa ao movimento pela boa formação e prática médica brasileira.

Tem se percebido a ineficácia das medidas adotadas pelas organizações médicas e por outras estruturas sociais, incluindo organizações partidárias em frear o inadmissível aumento da oferta de vagas para o curso médico. A tentativa de criminalizar a abertura desenfreada de novas faculdade de medicina (AMB, 2006), em particular, a longo prazo não tem se mostrado eficaz. Apesar de inúmeras tentativas de articulações políticas, ações na justiças e paralisação temporária da abertura de novas faculdade de medicina (Gazeta Mercantil, 2003), no cômputo geral, a classe médica e a sociedade vem perdendo a batalha para um seleto grupo de empresários do ensino médico.

Não há outra saída a não ser uma grande convocação das forças sociais e políticas para um debate sobre o tema em questão. Urge o investimento em debates participativos e que incluam o conjunto dos setores da formação de recursos para a saúde bem como os trabalhadores da saúde, desde sua base até suas representatividades, desde o âmbito local até o nacional, a exemplo do que ocorreu no movimento da reforma sanitária brasileira.

Esse novo movimento da saúde produzirá massa crítica e teórica, aflorarão novas lideranças estudantis e o meio médico e poderá culminar com uma mudança jurídica mais coesa e representativa dos genuínos anseios da população, qual seja o direito de ter um cuidado adequado de sua saúde.

A classe médica brasileira sente-se preocupada e profundamente desconfortável diante da perda do controle da quantidade e da qualidade na formação dos futuros colegas médicos. A medicina brasileira de excelência necessita de empatia, suporte, consideração e respeito tanto por parte da sociedade como do governo instituído. Não serão as forças do mercado e a desregulação governamental, em relação a abertura das novas faculdades de medicina, que destruirão a integridade, a autonomia e confiança conquistada pela classe médica brasileira.

Em decorrência do exposto, a classe médica requer, dos estados federativos e do governo federal, imediata suspensão, por tempo indeterminado, de concessão de abertura de novas faculdades de medicina em todo o território nacional. Além disso, requer vigorosa e imediata avaliação das 62 novas faculdades de medicina abertas nos últimos seis anos. Requesita ainda, por força de lei, fechamento daquelas que não apresentarem condições necessárias para oferecer formação adequada aos futuros médicos do Brasil.

Jamais nos esqueçamos da força da categoria médica, sobretudo de nossas lideranças, quando se fazem necessárias grandes mudanças e intervenções para a melhoria do cuidar social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de ; PONTES, Ricardo José Soares and MARTINS JUNIOR, Tomaz. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. [online]. 2000, vol. 8, no. 1-2 [cited 2006-12-05], pp. 85-91. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700026&lng=en&nrm=iso. ISSN 1020-4989.
- BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Ed Atheneu, 1975.
- Christofaro, M.A. A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área de saúde. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos-apoio/pub04U2T1.pdf Acessado em 02 Dez 2006.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8°. Brasília, 17-21 mar. 198. *Relatório final*. Brasília, Ministério da Saúde 1986. 21 p.
- CUNHA, Luiz Antônio. Unequal and combined development in higher education: State and market. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 88, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302004000300008&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 06 Dez 2006.
- Gazeta Mercantil [Gazeta Mercantil] Disponível em: http://www.universia.com.br/
 http://www.universia.com.br/
 http://www.universia.com.br/
 http://www.universia.com.br/
- http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html
- http://www.amb.org.br/inst_destaques_amb_template. php3?pagina=not_061027_01 Acessado em 01 Dez 2006.
- http://www.escolasmedicas.com.br/novas.php
- KEMP, Amy; EDLER, Flavio Coelho. Medical reform in Brazil and the US: a comparison of two rhetorics. **Hist. cienc. saude-Manguinhos.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000300003&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 06 Dez 2006.
- MENDES, Eugênio Vilaça. A reforma sanitária e a educação odontológica. *Cad. Saúde Pública*. [online]. 1986, vol. 2, no. 4 [cited 2006-12-05], pp. 533-552. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X.

- Schwartzman, J., Schwartzman, S., 2002. O ensino superior privado como setor econômico. Disponível em: http://www.schwartzman.org.br/simon/pdf/suppriv. pdf Acessado em: 02 Dez 2006.
- Schwartzman, S., C Brock. 2005. Os desafios da educação no Brasil Disponível em: http://www.schwartzman.org.br/simon/challenges/simon.pdf Acessado em 01 Dez 2006.
- SILVA, Luiz Antonio Santini R. da. A educação médica e a reforma sanitária. **Cad. Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, 1986. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400009 &lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 05 Dez 2006.



NOVAS ESCOLAS MÉDICAS: PERSPECTIVAS SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E O MERCADO DE TRABALHO



1. RESUMO

A crescente abertura de novas escolas médicas no país é uma realidade. No Ceará não é diferente e seu crescimento acompanha o comportamento recente de privatização do ensino médico no Nordeste. Esse trabalho foi realizado através de um estudo descritivo-analítico, desenvolvido através de pesquisas de dados do Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará e Ministério da Educação. Diante deste fato objetivamos avaliar o impacto do crescimento das escolas médicas na formação profissional e no mercado de trabalho. O Brasil apresenta um crescimento acentuado de escolas médicas desde a década de 60, contendo atualmente 171 faculdades médicas, com predomínio de entidades privadas. No nordeste, o Ceará é o estado que apresenta o maior número de escolas médicas. A residência médica tem aumentado discretamente seu número de vagas nos últimos anos, possuindo um total insatisfatório quando comparado com a quantidade de médicos colocados anualmente no mercado de trabalho. Um importante parâmetro utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar a situação da saúde em diferentes países é a relação de médico por habitantes. Nacionalmente, observa-se uma grande discrepância entre as regiões, já que regiões como o Nordeste apresenta uma relação de 1,11, ao passo que no Sudeste essa relação é de 2,55. O Ceará apresenta uma relação de 1,31 médicos para cada 1000 habitantes, possuindo 7780 médicos ativos no estado. Portanto, notamos que, além de problemas na formação médica desde a graduação até a residência médica, há um prognóstico preocupante relacionado à inserção dos futuros médicos em um sistema de saúde já em crise.

Palavras-chave: escolas médicas, residência médica, profissionais médicos.

2. INTRODUÇÃO

2.1 FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO

Escolas Médicas

O ensino médico brasileiro tem seu início em 1808, com a fundação do primeiro Curso Médico-Cirúrgico, na Bahia, logo após a chegada da família real portuguesa no Brasil. No ano seguinte, o príncipe-regente D. João VI cria a Escola de Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro. No ano de 1832, as respectivas escolas foram transformadas em Faculdades de Medicina. A partir deste momento, o surgimento de novas instituições brasileiras de ensino médico ocorre de forma lenta. Até 1935, funcionavam no Brasil apenas 12 escolas de Medicina, todas elas ligadas ao poder público. (Veras et al, 1983)

A Revolução de 1930 marca o início de grandes transformações no Brasil, com ampliação do poder do Estado, que repercutiram também na estrutura educacional brasileira. Neste ano, foi criado o Ministério de Educação e Saúde Pública e estabeleceram-se normas únicas, nacionais, para todo o ensino superior. Em 1956, segundo dados do Ministério da Educação, o Brasil possuía 24 escolas médicas, das quais 13 (54%) foram

criadas entre 1808 e 1948 (140 anos) e 11 (46%) entre 1948 e 1956 (8 anos). Nos 9 anos seguintes, surgem mais 4 instituições, totalizando 28 escolas de Medicina em 1965, das quais, 13 (46,4%) foram criadas no Sudeste, nove (32,1%) no Nordeste, cinco (17,8%) no Sul e uma (3,5%) no Norte.

De acordo com Veras et al (1983), tal expansão do número de escolas médicas reflete basicamente o crescimento de estruturas universitárias federais em praticamente todos os estados, e se caracteriza por um critério de distribuição regional bastante equilibrado. Todavia, é também nesse período que surge a iniciativa privada no campo da educação médica: 10 das 28 escolas criadas são particulares. Por outro lado, em 1965, o Brasil tinha um número insuficiente de médicos para atender toda a população, apesar do aumento crescente de escolas médicas. A política de corte nos gastos sociais, porém, fez com que os investimentos públicos no ensino superior fossem reduzidos. Neste contexto, o governo determinou o aumento de matrículas no ensino superior privado e público, o que contribuiu mais ainda para a expansão das faculdades de Medicina. (Bueno & Pieruccini, 2005)

No período de 1966 a 1970, ocorre uma verdadeira "explosão" do ensino médico no Brasil. No ano de 1971, estavam matriculados nos sextos anos de todas as escolas médicas brasileiras 3.928 estudantes; nesse mesmo ano, matricularam-se na série inicial 9.008 estudantes, o que corresponde a um aumento de 230% do número de médicos a serem formados(Veras et al, 1983) — Assim, a expansão dos cursos de medicina ocorrida nos anos 60 baseou-se em um crescimento de instituições privadas da ordem de 400% (de 4 a 20) e no desenvolvimento inusitado da prática médica que revela também uma tendência a concentração nas regiões mais ricas e populosas, principalmente no Sudeste. O Brasil inicia a década de 70, então, com 62 cursos de medicina em funcionamento, dos quais 35 (56,5%) foram autorizados na somente década de 60. (Bueno & Pieruccini, 2005)

Devido ao crescimento acelerado e descoordenado de Faculdades de Medicina, a Associação Médica Brasileira produziu o documento "Problemática do Ensino Médico no Brasil", cuja repercussão gerou a criação, pelo MEC, em 1971, da Comissão de Ensino Médico. Esta criou um documento que acabou por gerar uma portaria ministerial suspendendo a criação de novas escolas médicas. Somente aquelas que haviam requerido autorização de funcionamento antes da nova regra conseguiram implantar-se. Como conseqüência, de 1971 até 1983, foram fundadas apenas seis novas escolas, cinco das quais são privadas e localizadas na região Sudeste. Assim, durante 13 anos – de 1971 a 1976 e de 1979 a 1987– nenhum curso de medicina recebeu autorização de funcionamento no país. (Bueno & Pieruccini, 2005)

Nesse processo de surgimento e crescimento das instituições de ensino médico no Brasil são observadas, principalmente, duas importantes tendências, que tem seu início na década de 60 e que caracterizam seu desenvolvimento nas décadas mais recentes. A primeira é a privatização das escolas. Se, num primeiro período, a totalidade dos estabelecimentos criados é pública, já nos períodos subseqüentes começam a surgir escolas particulares, que vêm a afirmar-se com ampla maioria. Isto significa que a considerável expansão de cursos médicos, apesar da pressão pela democratização da universidade, não eliminou seu caráter seletivo. Ao contrário, "este pode mesmo ter se acentuado pela crescente participação da iniciativa privada nessa área do sistema escolar, uma vez que são bastante elevados os custos da formação, especialmente em sua fase técnico-profissional". (Veras et al, 1983)

Outra tendência iniciada nos anos 60 é da concentração regional, que se opõe distribuição regional relativamente equilibrado inicial. Este processo se firma na década de 80, quando 76,3% das escolas médicas se situavam nas regiões Sudeste e Sul.

A década de 90, com 17 novos cursos de medicina, manteve as características de regionalização e surgimento de escolas privadas das décadas

de 70 e 80, com Sudeste e Sul novamente totalizando 13 novas instituições de ensino médico (76,5%). Quanto à vinculação administrativa, os cursos privados criados neste período, prevalecem em 13 (76,4%), a maior concentração verificada em todos os períodos.

De 2000 a 2002, 28 novos cursos de medicina receberam do MEC autorização de funcionamento, embora o Conselho Nacional de Saúde (CNS) tenha dado parecer contrário à abertura de novas escolas médicas em praticamente todos os processos a ele encaminhados, por ausência de necessidade social no período de 1994 a 2002. Mesmo assim, o Conselho Nacional de Educação admitiu, no mesmo período, parecer favorável à abertura de 36 cursos, aumentando em quase 50%, em oito anos, o número de cursos de Medicina no país. Em 2002, a tendência de expansão se manteve, visto que, foram autorizados 16 novos cursos de medicina no país, totalizando 44 até fevereiro de 2005. (Araújo & Rodrigues, 2004).

Em 2003, mais quatro escolas médicas foram autorizadas com parecer contrário do CNS. Neste ano, havia 125 escolas médicas no país, 52% públicas e 48% privadas, que contrastava com o cenário encontrado em 1995, em que 61,2% eram públicas e 38,8% privadas.

Atualmente, o Brasil conta com 171 escolas médicas, sendo 101 faculdades privadas (60%). O Nordeste possui 36 faculdades de Medicina (21%), e o Sudeste, 79 (47%). Apesar da maioria das escolas médicas estarem localizadas no eixo Rio-São Paulo, o padrão do surgimento de novos cursos começou a mudar a partir de 2000. O Nordeste, durante o período de 2000 a 2007, chega a suplantar o Sudeste em números relativos de novas escolas de Medicina. Surgiram, ao longo de 7 anos, 21 novos centros, correspondendo a um aumento de 140%. Mantém-se, portanto, a tendência de surgimento de escolas privadas, havendo relativa diminuição de outra importante característica da história recente das escolas médicas brasileiras: a concentração regional.

O surgimento de instituições de ensino médico no Ceará ocorreu de forma muito semelhante aos outros estados do Nordeste e sempre houve

uma discrepância em relação ao Sudeste e Sul. A primeira faculdade de Medicina, que pertence a Universidade Federal do Ceará, foi criada em 1948. No primeiro momento, o treinamento prático dos alunos era feito na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Somente após a construção do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) em 1957, houve a transferência da faculdade para o hospital-escola. Segundo Martins (1998), no período de 1953 a 2007, esta escola capacitou e colocou à disposição da sociedade 6.574 profissionais da área médica. Durante 52 anos, era a única instituição formadora de médicos do Ceará, e, de acordo com Carneiro e Gouveia (2004), em 2000, já figurava entre as dez faculdades que mais haviam graduado médicos no país. Neste ano, surge a segunda escola médica do Ceará: Faculdade de Medicina do Juazeiro, que é privada e disponibiliza 100 vagas anualmente. No ano seguinte, são criados dois novos núcleos, vinculados à UFC, que têm sede em Sobral e Barbalha, juntos oferecendo 80 vagas anuais. Em 2003, mais uma faculdade de Medicina pública é aprovada, a da Universidade Estadual do Ceará, que aceita 40 estudantes anualmente. (Martins, 1998)

Em 2006, apesar de o Ceará já possuir 370 vagas disponíveis de estudantes de Medicina em 5 faculdades, foram criadas duas novas escolas médicas privadas, a da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e a da Faculdade CHRISTUS, que oferecem, cada ano, respectivamente, 60 e 112 vagas para estudantes. Hoje, o Ceará conta com um total de 542 vagas distribuídas em 7 faculdades de medicina, com quantidades iguais destinadas a escolas públicas e privadas.

RESIDÊNCIA MÉDICA

A Residência Médica é um curso no qual é dada ao médico a oportunidade de aprofundar conhecimentos e experiências em especialidades específicas. Considerada fundamental por complementar a formação do profissional de Medicina, aprimorando-a para o mercado de trabalho, cada vez mais exigente. Definida por Oliveira & Marroni (2002) como:

"modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional."

O programa de residência médica surgiu em 1889, nos Estados Unidos, dentro do Hospital John's Hopkins, através do cirurgião William Halsted, um ícone da cirurgia daquela época, e seu primeiro coordenador (Botega, 2001). Este fato mudou o rumo da formação profissional do médico.

A residência médica brasileira foi criada sob um contexto de influência dos programas de financiamento externos, como os da Fundação Rockefeller, e do ensino médico americano, baseado nas recomendações do Relatório Flexner, que no Brasil, tiveram importante papel na estruturação curricular do ensino médico. A partir dos anos 30, havia a introdução de disciplinas, estímulo à pesquisa, ampliação do uso de técnicas e prática baseada no hospital de ensino. Na década de 1940, foram iniciados os primeiros programas de residência médica brasileiros, no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro e no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1948 e 1944, respectivamente, seguindo modelos criados por Halsted e Osler. (Bueno & Pieruccini, 2005)

Gradativamente, foi aumentando o número de programas de Residência Médica, até que, na década de 1970, ocorreu um grande avanço, o surgimento da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR). Isto culminou com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em 1977, constituída de dez membros designados pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), cuja finalidade seria disciplinar essa forma de capacitação.

Segundo Feuerwerker (1998), a regulamentação da Residência Médica ocorreu através da Lei 6.932, promulgada em 07/06/1981. A partir desta, devido às exigências para credenciamento, diminuíram os programas e, conseqüentemente, foi reduzido o número de vagas ofertadas, causando descontentamento entre os estudantes de medicina e médicos residentes, visto que a demanda continuava alta. (Veras et al, 1983)

Embora seja subordinada burocraticamente ao Ministério de Educação (MEC), a Residência Médica não é parte da universidade, sendo da responsabilidade das instituições e dos serviços de saúde que oferecem o programa.

Atualmente, segundo Lopes (2007), o Brasil conta 3.704 programas de residência médica em 422 instituições em todo o país, que oferecem um total de 26.991 vagas, sendo 10.567 de R1. De acordo com CNRN-MEC (2007), o Nordeste disponibiliza de 1.418 vagas de R1, correspondendo a 13,4% do total ofertado no Brasil.

No estado do Ceará, a residência médica foi instituída em 1962, no então Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob a coordenação dos professores Haroldo Juaçaba e Murilo Martins. Contudo, foi só na segunda metade da década de 70 que apareceram os primeiros programas no âmbito público estadual cearense, com a iniciativa, em 1976, do antigo Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS) em oferecer vagas, em áreas cirúrgicas e clínicas, ao Hospital Geral de Fortaleza, Hospital de Messejana. (Silva & Filho, 2007)

A partir de 1978, os programas de RM tutelados pelo estado do Ceará ficaram sob a coordenação da então Fundação de Saúde do Estado do Ceará (FUSEC). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em

1991, houve a fusão dos programas de Residência da FUSEC com os do Inamps, e, desde então, toda a atividade relacionada com esta forma de pós-graduação médica, em nosso estado, ficou sob o domínio da Secretaria de Estado da Saúde (SESA).

Desde 1993, todos os programas de RM do SUS ficaram vinculados funcional e administrativamente à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), que organiza anualmente o processo seletivo para ingresso à RM, por meio de seu Centro de Coordenação de Residência Médica (CERME).

Atualmente no Estado do Ceará, conforme dados do Conselho Nacional de Residência Médica disponibilizados pelo MEC referentes ao ano de 2006, existem 321 vagas de residência, que representam 3% das vagas disponíveis no Brasil. Destas, 254 (79,1%) são por acesso direto, as quais podem ser ocupadas por recém egressos da faculdade e 67 (20,9%) são destinadas para profissionais que já passaram por outras residências como pré-requisito. A quase totalidade dos programas de residência são públicos e se distribuem entre unidades básicas de saúde e hospitais federais, estaduais e municipais.

Nas unidades básicas de saúde são desenvolvidas atividades de programas de residência de Medicina de Família e Comunidade criadas recentemente com intuito de atender às necessidades do Programa de Saúde da Família (PSF), correspondendo a 100 vagas, o que representa 31,1% do total ofertado no Ceará.

Os hospitais públicos detêm quase a totalidade das vagas de residência no Estado do Ceará. Destes, o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) juntamente com o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) concentram a maior número de programas de residência do estado, totalizando 137 e 203 vagas, respectivamente.

2.1 REALIDADE DA PROFISSÃO MÉDICA PROFISSIONAL MÉDICO

Decorreu quase uma década desde que, pela primeira vez, elaborouse um "retrato" dos médicos no Brasil - pesquisa pioneira, patrocinada pelo Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos, executada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com financiamento do Ministério da Saúde (Machado, 1996).

De acordo com os registros do Conselho Federal de Medicina, o Brasil contava em 2003 com 234.554 médicos - o que representa uma relação de 1,38 médicos/1.000 habitantes, ou seja, existia um médico para cada 725 habitantes.

No mesmo ano, o Ceará contava com 5906 médicos para uma população de 7.430.661 habitantes, 14,3% do total de médicos do NE e 2,5% do total de médicos do Brasil. A Região NE tinha uma relação de 0,86 médico / 1000 habitantes, ou seja, 1.159,1 habitantes para cada médico. Já o Ceará apresentava uma relação de 0,79 médico / 1000 habitantes, ou seja, 1 médico para cada 1258 habitantes. (Carneiro et al, 2005)

Em 2003, a profissão médica continuava sendo exercida predominantemente por médicos jovens, menores que 45 anos (64%). O Ceará apresenta 73% dos seus médicos nessa faixa etária, índice mais alto que o do NE e que o do Brasil (63,4%).

Foi demonstrado também, por Machado (1996) que a maioria dos profissionais da área médica eram do sexo masculino (69,8%). No NE, em 2003, 66,7% dos médicos eram do sexo masculino e 33,3% eram do sexo feminino, enquanto no Ceará, 70,6% dos médicos eram homens, e 29,4% mulheres.

Em recente publicação organizada pelo Conselho Federal de Medicina, Carneiro e Gouveia (2004) objetivaram traçar um perfil geral dos médicos de cada região e unidade da Federação, incluindo questões desde a formação profissional até o Mercosul.

Esta publicação considera diferentes aspectos relacionados à formação profissional do médico que exerce sua profissão no Brasil no ano de 2004. Observou-se que houve uma diminuição do número de médicos que participaram de um programa de residência médica na ultima década. Na pesquisa realizada em 1996, 74 % dos médicos afirmavam ter feito este curso de pós-graduação contra 60% em 2004. Isto provavelmente é conseqüência da tendência de surgimento de escolas privadas no Brasil, uma vez que 78,2% dos participantes que fizeram residência médica, a realizaram em instituições públicas, principalmente na região Sudeste (65,2%). Portanto, a abertura de novos cursos de Medicina neste último período, a maioria em IES privadas, não tem sido acompanhada de maior oferta de vagas para a residência médica.

No Nordeste, a maioria (58,8%) dos médicos em 2003 havia participado de um programa de residência médica. Já no estado do Ceará, no mesmo ano, 53,9% tinham realizado residência médica, das quais 89,5% foram realizadas em instituições públicas. (Carneiro et al, 2005).

Os cursos de especialização foram mais realizados por médicos que exercem sua profissão no Rio de Janeiro (53%) e em Alagoas (46,7%); menos predominantes em Roraima (25%) e Ceará (28,8%). No Nordeste, em 2003, apenas 35% tinham feito especialização, e no Ceará, somente 28,8%.

Quanto à migração dentro do Brasil, isto é, os médicos que deixaram seu estado de origem para ir viver e trabalhar em outro estado, atinge a cifra de 31,5% dos participantes da pesquisa.

MERCADO DE TRABALHO

O mercado de trabalho é um tema que interessa aos médicos em geral e, particularmente, às instituições de representação da categoria, cuja análise possibilita que se definam metas e/ou estabeleçam políticas classistas que visem assegurar melhores condições de vida e trabalho para todos. Nesse contexto, na pesquisa realizada por Carneiro e Gouveia (2004), destacava-se, nos diversos estados brasileiros, número pequeno quantitativo de médicos que não exerce sua profissão no Brasil (1,7%), e destes, uma menor porcentagem indicou estar desempregada (0,8%) e os demais, inativos (0,9%). No NE, 97,7% dos médicos estão ativos, 0,9% desempregados e 1,4% inativos. Já no CE, 96,4% dos médicos encontram-se ativos. (Carneiro et al, 2005)

Estes dados contrastam com a situação vigente em 1996 em que o número de médicos ativos era de 92,6% (Machado, 1996). Especificamente, os que indicaram realizar 4 ou mais atividades passaram de 24,4% para 28,5%. No NE, 17,1% exercem 1 atividade, 26% 2 atividades, 25,8% 3 atividades, 18% 4 atividades, 7,9% 5 atividades, 5,2% 6 ou mais atividades. Já no CE, 25,4% realizam uma única atividade médica, e 12,5% realizam 4 atividades ou mais.

.A maioria dos que afirmaram em 2004 possuir outras fontes de renda além da Medicina indicou, em geral, ganhos com estas atividades em até 30% do total dos seus rendimentos (63,4%), o que demonstra que a atividade médica ainda é a mais importante para o seu sustento.

Quanto à realidade laboral dos médicos no Brasil, modalidade de plantão presencial foi mais frequente entre os médicos de Pernambuco (83,1%) e Ceará (83,1%).

Quanto à satisfação em relação à especialidade escolhida, observou-se que, em 2003, a maioria dos médicos estava satisfeita (65,4%), embora a porcentagem a satisfeitos em 1996 fosse maior (86,6%). No Ceará, 59,4% dos médicos estão muito ou totalmente satisfeitos com sua especialidade.

Um dado importante que denota más condições de trabalho médi-

co e demonstrado através da porcentagem de indivíduos que consideravam a profissão desgastante nos respectivos anos de 1996 (78,9%) e 2004 (58,4%). Quanto ao desgaste da atividade profissional, no Nordeste, 55,9% a consideram muito desgastante ou totalmente desgastante, sendo esta taxa no Ceará 51,9%.(Carneiro et al, 2005)

Outro aspecto importante que demonstra a piora das condições laborais médicas ao longo do tempo, é a remuneração salarial. Em 1996, a renda mensal individual dos médicos foi predominantemente de até U\$ 2.000,00 (dois mil dólares) (44,5%), sendo minoria os que indicaram receber mais de U\$ 4.000,00 (quatro mil dólares) (18,6%). Já em 2004, as porcentagens para estas duas faixas salariais foram 51,5% e 8,5%, respectivamente.

No NE, quanto à renda mensal individual, 59,3% recebem até 2000 dólares. No Ceará, em termos proporcionais, é maior o número dos que indicam ganhar até 2000 dólares em comparação aos colegas do restante do NE (diferença de 3%) e, principalmente, do Brasil (diferença de 10,8%). (Carneiro et al, 2005)

3. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivos principais:

- Analisar as condições que envolvem a abertura das escolas médicas no estado do Ceara. Considerar o vínculo administrativo, o número de vagas ofertadas e a distribuição regional das escolas.
- Estudar a criação de vagas de residência médica no Brasil, com enfoque nas instituições que as ofertam, na distribuição regional, nos tipos programas criados, fazendo uma relação com o crescimento das instituições de ensino médico.
- Avaliar as características e as perspectivas da profissão médica e do mercado de trabalho, frente ao crescimento das escolas de medicina.

4. MÉTODOS

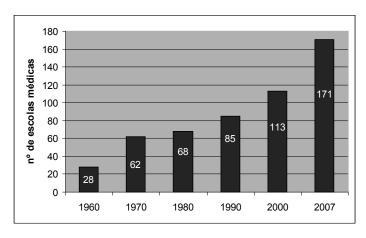
Os dados sobre as escolas médicas e sobre os programas de Residência Médica no Ceará foram obtidos mediante acesso eletrônico do site do Ministério da Educação (http://www.mec.gov.br/), que abriga a página do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira- Ministério da Educação, como também, a página da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) que retrata a situação dos programas cadastrados até 2007. Também utilizamos dados colhidos a partir de editais dos concursos já realizados em diferentes instituições.

Já os dados sobre a profissão médica foram obtidos junto ao Conselho Regional de Medicina mediante acesso eletrônico do site do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceara (http://www.cremec.com.br), como também, informações disponibilizadas pelo Conselho Federal de Medicina (www.portalmedico.org.br/cfm.asp).

Para cada instituição, foram colhidos informes sobre vínculo administrativo, município de localização e programas existentes. Os dados foram dispostos em planilhas eletrônicas *Microsoft Excel, software* que foi também utilizado para ordenamento e apuração das variáveis de interesse. Em obediência à Resolução CNRM 05/2002, os programas de RM foram analisados separadamente: os de acesso direto e aqueles que cobram pré-requisito.

5. RESULTADOS

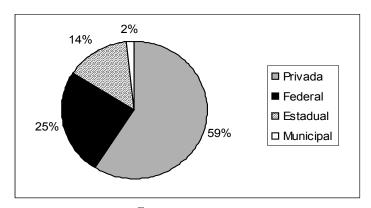
Em 1930, o Brasil apresentava 24 escolas médicas. O aumento, desde então, conforme pode-se observar no gráfico 1, foi progressivo, nos anos 70 passaram a somar 62 escolas, e na década de 90 já somavam 85 escolas. O novo século chegou já com 113 escolas, e atualmente já são totalizadas 171 faculdades de medicina em todo o país conforme o **Gráfico 01** abaixo.



Fonte: INEP/MEC

Gráfico 01. Número de escolas médicas no Brasil de 1960 a 2007.

Os dados referentes a 2007, do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP/MEC), mostram que há um total de 171 escolas médicas no país, das quais 101 faculdades são privadas e 70 são públicas. Juntas, oferecem anualmente 17714 vagas, sendo que 59% pertencem às escolas privadas, corroborando com a tendência do predomínio do setor privado. (**Gráfico 02**)



Fonte: INEP/MEC

Gráfico 02. Distribuição das escolas médicas no Brasil, segundo dependência administrativa, em 2007.

De acordo com a distribuição por regiões, o Sudeste, Nordeste e Sul são as regiões que mais concentram faculdades de medicina no país, totalizando 84,2%, em relação ao Norte e Centro-Oeste que contam com uma minoria de escolas. Nacionalmente, o Nordeste, figura em 2º lugar, apresentando 36 escolas, das quais 7 encontram-se no Ceará, que figura em 7º lugar nacional, e se apresenta como o estado do Nordeste com maior quantidade de escolas médicas, conforme se pode observar no **Gráfico 3**.

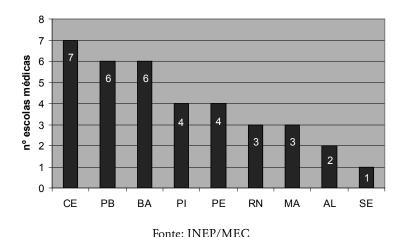
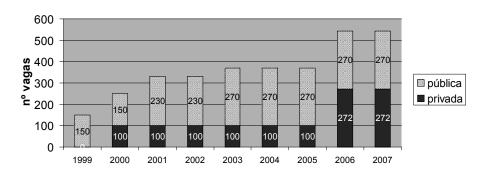


Gráfico 3. Distribuição das escolas médicas no Nordeste em 2007.

No Ceará, até 1999, só havia uma Faculdade de Medicina, totalizando 150 vagas anuais. Em outubro de 2000, surgiu a primeira Faculdade de Medicina particular neste estado – Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (FMJ) disponibilizando 100 vagas/ano. No ano seguinte, ocorreu uma ampliação da Faculdade de Medicina da UFC nas cidades de Sobral e Barbalha, dois grandes pólos regionais do estado, contando cada uma com mais 40 vagas/ano. Dois anos depois, foi inaugurada a primeira Faculdade de Medicina a nível estadual (UECE) também com 40 vagas/ano, e finalmente em meados de 2006 surgiram mais duas faculdades particulares, desta vez na capital, vinculadas à Faculdade Christus

e a UNIFOR contando com 112 e 60 vagas/ano respectivamente. Todas essas reformas fizeram com que, nos últimos sete anos, o número de escolas médicas aumentasse cinco vezes, o que acarretou num aumento de 392 vagas no curso de medicina no estado do Ceará. (**Gráfico 4**)



Fonte: INEP/MEC

Gráfico 4. Distribuição das vagas para medicina no Ceará, segundo dependência administrativa, de 1999 a 2007.

Em 2007, de acordo com a Comissão Nacional de Residência Médica/MEC, o Brasil conta com 10.321 vagas de residência; destas, o Nordeste disponibiliza de 1.367, enquanto o Ceará detêm 321.

Conforme dados disponibilizados pelo CNRM-MEC sobre as vagas de residência no Ceará, os recém-formados poderiam concorrer para um total de 121 vagas de acesso direto em 2002. Dois anos depois, surgiram os programas de residência em Saúde de Família e Comunidade, que a partir de 2006 já contavam com 100 vagas anuais em todo o estado.

Atualmente, conforme mostrado no **gráfico 5**, além dessas 100 vagas/ano da residência de Saúde de Família e Comunidade, o Ceará conta com mais 154 vagas de acesso direto para a residência, disponibilizadas agora por 16 instituições localizadas em Fortaleza, Sobral e Juazeiro do Norte. Totalizamos um aumento de 109,9% para vagas de acesso direto nos últimos 05 anos.

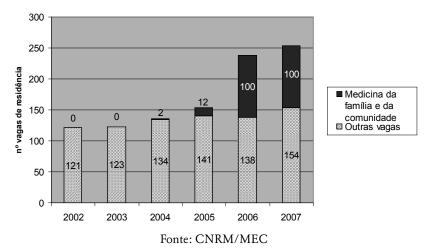


Gráfico 5. Distribuição das vagas de acesso direto a residência no Ceará de 2002 a 2007.

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, em novembro de 2007, o número total de médicos cadastrados é de 10726. Destes, 7780 corresponde a parcela de médicos ativos, e apenas 2280 (37%) dos médicos ativos inscritos no CREMEC possuem especialidade.

Em 1997, os inscritos no CREMEC foram 397, e em 2006, já passou a ser de 605, sendo que dentre estes há uma média de 211 inscritos/ano formados em outros estados.

Um importante parâmetro utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar a situação da saúde em diferentes países é a relação de médico por habitantes. A proporção ideal é de um médico para cada mil habitantes. O Ceará, em 1995, apresentava o valor de 0,56 médicos para cada 1000 habitantes, e em 2007 essa relação elevou-se para 1,31. (**Tabela 1**). Apesar desse aumento no Ceará, existe uma disparidade local importante, visto que 77,8% dos médicos ativos concentram-se na capital, conforme dados do CREMEC.

w	1995	2003	2007
Ceara	0,56/1000	0,79/1000	1,05/1000
Nordeste	0,66/1000	0,86/1000	1,12/1000
Brasil	1,19/1000	1,38/1000	1,72/1000
Fonte	Machado, 1997	Bueno, 2004	IBGE, 2006: CFM, 2007

Tabela 1 - Distribuição da relação de médico por habitantes no Ceará, no Nordeste e no Brasil em 2003 e 2007.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará na primeira década de sua fundação formou 145 médicos, enquanto nos primeiros anos deste século já colocou 1141 médicos no mercado de trabalho. Para fazer uma estimativa do número de médicos inscritos no CREMEC até 2017, somamos o número estimado de egressos das faculdades do estado à quantidade média anual de inscritos formados em outros estados desde 1998 até 2007 (211 inscritos/ano). Conforme estimamos, em 2017 haverá em torno de 17198 inscritos no CREMEC, dos quais de 14198 médicos ativos.

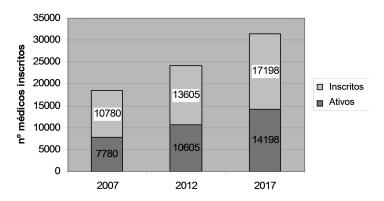


Gráfico 7 - Projeção do número de médicos inscritos no CREMEC em 2012 e 2017.

6. DISCUSSÃO

Desde o início desta década, verificamos no Ceará o maior crescimento em número de escolas médicas do nordeste, com abertura de 06 novas instituições divididas igualmente entre capital (03) e interior (03). Bueno & Pieruccini (2005) já constatavam esse importante aumento do número de escolas médicas, mas se apresentavam, naquele momento, 03 novos cursos localizados em cidades do interior. Então, parecia haver uma política de desconcentração das instituições de ensino médico, já mencionada como necessária por Ceccim (2005).

A criação destas escolas interioranas era fundamentada em novos modelos de ensino com enfoque na integralidade e na proposta de preencher o déficit de profissionais no interior do estado (Silva e Filho, 2007). Apesar disso, Bueno & Pieruccini (2005) questionam em seu livro sobre ter como elemento justificador da criação de novos cursos, a intenção de prover o SUS e o Programa Saúde da Família (PSF):

"É falso, pois, o argumento de que é preciso formar médicos generalistas para cobrir a carência de regiões interioranas, porque, a grande maioria destes formandos, não escolherá o interior pela simples razão de que não existe uma política pública efetiva de atração e manutenção destes profissionais, no que diz respeito à rede de serviços e honorários."

A partir de 2003, contraditoriamente, 03 instituições de ensino médico foram abertas na cidade de Fortaleza onde já havia uma relação de médicos por habitante de 2,2 médicos por 1000 habitantes, acima do dobro preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Bueno & Pieruccini, 2005).

O crescimento das escolas médicas no Ceará acompanha um comportamento recente de privatização do ensino médico no Nordeste, onde encontrávamos 02 (9,5%) escolas em um universo de 21 em 2003 (Filho et al., 2006), e apresentamos, conforme dados recentes, 13 (36%)

escolas num total de 36. (INEP-MEC, 2007). Enquanto no Brasil, Veras et al. (1983) já descreve uma tendência de privatização do ensino medico desde a década de 60, e que se comportou de forma semelhante nas décadas seguintes (Bueno & Pieruccini, 2005). Isso retrata uma tendência nacional de privatização do ensino médico apresentada por Veras et al. (1983) desde a década de 60 e que se comportou de forma semelhante nas décadas seguintes (Bueno & Pieruccini, 2005). Presenciamos um momento histórico de predomínio do número de instituições privadas de ensino médico, como também do número de vagas disponibilizadas por estas escolas no Brasil. A partir desta década no Ceará, temos importante registro do predomínio do número de vagas disponibilizadas por escolas privadas. (INEP-MEC, 2007)

Frente à criação de diversas instituições de ensino médico, se torna crescente a preocupação com a formação dos seus egressos, e têm acontecido vários debates envolvendo este tema. Em relatório recente, elaborado a partir da 12ª Conferência Nacional de Saúde, enfatiza-se a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e produção de conhecimento e a recomposição das práticas de atenção, gestão, ensino e controle social no setor saúde. Além disso, para formar recursos humanos em saúde, devemos firmar uma estreita relação entre as áreas da educação e da saúde, aliadas à de ciência, tecnologia. (Arouca, 2004)

A mobilização das diversas entidades médicas sobre essa ampliação da rede de ensino médico tem estimulado a realização de eventos em torno desse assunto. Dentre esses, o 6º Fórum Nacional sobre Ensino Médico em 2002, quando foram definidas várias propostas sobre a abertura de novas escolas: 1) Caracterizar a necessidade social, incluindo estudos que demonstrem aspectos socioeconômicos, demográficos (relação médico/habitantes), rede de serviços de saúde instalada na região e recursos humanos (perfil de profissionais) em saúde já disponíveis na região. 2) Detalhamento da infraestrutura, recursos físicos (laboratórios, centros, ambulatórios, biblioteca, hospital-escola) e financeiros da instituição que

pretende manter o curso. 3) Corpo docente qualificado, projeto pedagógico de qualidade, estrutura curricular, metodologia de ensino e de avaliação.

Essas discussões buscam aperfeiçoamento das dinâmicas de ensino e traçam um novo perfil para os egressos das instituições de ensino médico, diferente daquele anteriormente formado pelo modelo tradicional flexneriano. Tal perfil é descrito por Perche (2003) em publicação vinculada ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP).

"Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano."

Os hospitais de ensino, como unidades fundamentais na formação dos profissionais médicos, são motivos de crescente preocupação. As escolas médicas já perceberam que é exatamente no hospital que a construção das identidades profissionais acontece e que de pouco vale todo o esforço para mudar a graduação se não pudermos transformar internato e residência (Feuerwerker & Cecílio, 2007). Apesar disso, uma parcela das novas escolas é aberta apenas com projetos de implantação de novos hospitais de ensino ou de inserção do alunado em hospitais supostamente adequados para o desenvolvimento de práticas de ensino.

No Ceará, apesar da abertura de 06 novas escolas nesta década, não encontramos um aumento equivalente de novos hospitais de ensino. O que temos visto é a distribuição de estudantes das diferentes escolas em um número restrito de hospitais, ocasionando um excesso de alunos em determinados serviços com prejuízo para sua formação acadêmica.

É no hospital-escola que os alunos são inseridos nas atividades práticas, havendo um importante incremento no aprendizado principalmente durante o internato. Este proporciona programas de treinamento e um enfrentamento de situações cotidianas da profissão. (Paiva, 2005) No entanto, a desproporção entre vagas de residência e número de egressos determina que os alunos busquem cursos preparatórios para o exame de residência em detrimento de dedicação às atividades de internato conforme descrito por Paiva (2005):

"Ninguém quer mais fazer internato por que a preocupação é passar em uma prova de múltipla escolha, que não checa habilidades essenciais que o médico deve ter."

Ainda relacionado aos hospitais, uma reivindicação das entidades médicas é a criação de pós-graduações e programas de residência atrelados às novas escolas. No entanto, a quase inexistência de novas unidades hospitalares voltadas para o ensino e a difícil ampliação das atuais dificultam a criação de vagas para residência médica no Ceará.

Quanto à residência médica, a oferta de vagas mostra comportamento histórico de não corresponder às necessidades determinadas pelo número de recém-graduados. Isto já era verificado por Sousa (1985) quando a oferta de vagas no Brasil permitiu somente a entrada de 41% dos graduados naquele ano e, mais recentemente, por Perche (2003) que mostra um número de vagas de residência atendendo apenas a 70% dos formandos no país.

No Ceará, dados do INEP-MEC mostram que número de vagas de residência destinadas para recém-graduados da faculdade, ou por acesso direto, teve um comportamento discreto de crescimento quando não consideramos as recém instituídas 100 vagas para residência de medicina da família e comunidade. Excetuando tais vagas, podemos constatar uma desproporção entre a oferta de novas vagas para acesso direto a residência (33 vagas ou 27%) e das criadas com as novas escolas (212 vagas ou 64%) desde 2002 até 2007.

Ao analisarmos estudos vinculados ao Conselho Federal de Medicina (CFM), confrontamos resultados de Machado (1996) com os de Carneiro e Gouveia (2004), e verificamos no Ceará uma queda de 74.1% para 61,6% na proporção de profissionais médicos ativos que haviam cursado residência médica. Em 2007, conforme dados disponibilizados pelo Conselho Regional de Medicina do Ceará (CREMEC), verificamos uma proporção de 37% de profissionais médicos ativos com especialidade. Isto mostra uma preocupante tendência à não qualificação do profissional médico cearense, que reflete na qualidade do atendimento à população e na desvalorização do médico no mercado de trabalho.

Acrescido a essa insuficiência na quantidade de vagas destinadas para residência, existe um questionamento sobre a qualidade dos programas de residência já existentes, que determinou mobilizações das associações de médicos residentes, e culminou com duas paralisações nacionais nesta década. (Feuerwerker, 1998: ANMR, 2006) Conforme Mesquita (1999), descrito por Mariano (2001),

"... as queixas dos residentes não param por ai; incluem-se ainda a falta de *staff*, o desrespeito ao direito dos residentes, o atraso no pagamento de bolsas e o grande número de plantões."

Afora a questão econômica e de ganhos monetários, apontados por Rosko & Broyles (1998) como fatores importantes na fixação do profissional médico, estudos de Pinto & Machado (2000) e Povoa e Andrade (2006) mostram evidências de que os médicos tendem a permanecer no local onde realizaram sua residência médica, independentemente de serem ou não naturais do local.

A concentração de vagas de residência na região sudeste determina um êxodo de recém-formados de todo Brasil em busca de melhor qualificação. Aproximadamente a metade de todos os recém formados do país (cerca de 4.500) também se dirige a São Paulo, em busca de uma vaga de residência (Perche, 2003). Publicação recente vinculada ao Conselho

Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) mostra que dos 29.075 médicos brasileiros que têm Residência, 11.899 (41%) fizeram Residência em São Paulo e 10.539 estão inscritos no Cremesp, ou seja, trabalhando nesse estado.

No Ceará, o déficit de vagas de residência frente os recém-graduados traz uma expectativa de aumentar esse êxodo de profissionais para outros estados em busca de aperfeiçoamento. Além disso, a concentração quase absoluta dos programas de Residência Médica na capital cearense prejudica a tentativa de fixação dos egressos em cidades interioranas e determina a necessidade de implementação de programas de residência nestas cidades, conforme descrito por Silva e Filho (2007):

"Tal situação traz à pauta de discussão a preocupação com a implantação de centros formadores de médicos nas duas macrorregiões de saúde de Sobral e do Cariri (...), Isto porque, certamente, a RM tem maior potencial de fixar o médico onde ele cumpre o programa, por conta da tendência de a inserção profissional ocorrer mais comumente na vigência desse treinamento ou logo que termine."

Em se tratando de mercado de trabalho, podemos notar que o Ceará possui uma relação de médico por habitante acima do preconizado pela OMS, assim como o Nordeste e o Brasil. Todavia, como em todo país, existe uma disparidade na distribuição dos profissionais, com concentração dos médicos em centros urbanos (CFM, 2007). Essa realidade retratada por Menezes (1998), é conseqüência de uma medicina praticada em consultórios particulares, cada vez mais especializada, com incorporação de tecnologias e comprometida com fatores econômicos.

Como esta má distribuição dos profissionais está relacionada ao setor primário de atenção, houve um movimento de abertura de vagas para residências destinadas a preencher esta lacuna no mercado de trabalho. Considera-se de fundamental importância formar profissionais para preenchimento das unidades de atenção primária, todavia os estudantes

cearenses continuam se voltando para o modelo de formação hospitalocêntrico. (Silva & Filho, 2007) Isso pode ser verificado por Silva & Filho (2007) que mostram programas residência como de clinica médica apresentarem uma significativa concorrência enquanto, sabidamente, existem vagas ociosas para residência de medicina da família e comunidade.

Segundo recente publicação de Carneiro e Gouveia (2004) do Conselho Federal de Medicina, no meio médico, praticamente inexiste desemprego (0,8%), a medicina é fonte de renda única em 88,9% dos profissionais, e há acúmulo de postos de trabalho (55,4% exercem três ou mais atividades) supostamente como compensação das modestas remunerações (51,5% têm renda mensal de até US\$ 2,000). Devido a incessantes horas de trabalho, fica prejudicada na grande maioria das vezes a saúde e a qualidade de vida dos médicos. Como também, mediante expansão cada vez maior do número de profissionais no Ceará, questionamos se poderemos nos deparar com uma nova preocupação: o desemprego na classe médica.

Atualmente, como resultado do descaso público, das difíceis condições de trabalho, dos baixos salários oferecidos no mercado, e dos problemas de infra-estrutura, os médicos brasileiros experimentam diariamente a sensação de frustração e falta de estímulo para trabalhar. O abandono do emprego, especialmente nos hospitais públicos brasileiros, é uma manifestação contundente dessa crise institucional por que passa a profissão médica. (AMC, 2007: CFM, 2007)

Ao fazermos uma estimativa do número de profissionais inseridos no mercado de trabalho cearense, constatamos que alcançaremos em dez anos um número de inscritos no CREMEC próximo à quantidade de médicos ativos inscritos na época do cinqüentenário da primeira escola médica do Ceará. Portanto, notamos que, além de problemas na formação médica desde a graduação até a residência médica, há um prognóstico preocupante relacionado à inserção dos futuros médicos em um sistema de saúde já em crise.

7. CONCLUSÕES

Devido ao exposto, concluímos haver perspectivas inquietantes relacionadas à expansão das escolas medicas no Ceará e no Brasil. São discutidas 03 questões fundamentais: a primeira diz respeito ao impacto do crescimento das escolas na graduação médica por deficiência nos recursos humanos e na estrutura física, principalmente, quantos aos hospitais de ensino; a segunda, refere-se às conseqüências da insuficiente criação de vagas de residência e da qualidade dos programas já existentes diante do numero de egressos dessas novas escolas médicas; a terceira, e não menos importante, relaciona-se com a inserção dos futuros profissionais em um sistema de saúde já em crise, como resultado do descaso público, das difíceis condições de trabalho, dos baixos salários oferecidos no mercado, e dos problemas de infra-estrutura.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Almeida, MJ. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XX Interface Comunic, Saúde, Educ2(4) 123-132, 1999.
- Araújo, JGC & Rodrigues, ET. Carta conjunta ABEM-DENEM ao ministro da educação. Boletim ABEM abr de 2004.
- 3. Associação Medica Brasileira. Escolas Médicas: novas propostas JAMB p. 6 JUNHO/JULHO, 2002.
- 4. BOTEGA, N.J. Residência médica: como melhorar sem três anos? Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 23, n. 3, p. 124-125, 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 12º Conferência Nacional de Saúde. Sergio Arouca. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; p. 116, 2004.
- 6. Bueno RRL & Pieruccini MC. Abertura de escolas de medicina no Brasil: Relatório de um cenário sombrio. 2ª Ed. março, 2005.
- 7. Carneiro MB, Gouveia VV, coordenadores. O médico e o seu trabalho. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004.
- 8. Ceccim, RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Rev C S Col 10(4): 975-986, 2005.

- 9. Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM); Ministério da Educação. Disponível em: http://www.mec.gov.br/sesu/CNRM/consultaCNRM.asp.
- 10. Conselho Nacional de Saúde. Santana, MN; REZENDE, CA.. A abertura de novos cursos na área de saúde e o controle social do SUS. Brasília, 2003.
- 11. Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. Disponível em: http://www.cremec.com.br
- 12. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Perfil do Médico. p.1-16, 2007.
- 13. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica. São Paulo: Hucitec: Rede Unida, 1998.
- 14. Feuerwerker, LCM; Cecílio, LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais Ciência & Saúde Coletiva, 12(4): 965-97, 2007.
- Filho, AA; Vieira ALS; Garcia ACP. Oferta das Graduações em Medicina e em Enfermagem no Brasil. Rev. Brasileira de Educação Médica. 30(3):161–70, 2006.
- 16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional: Estimativa Populacional no período 1992/2010. Disponível em: www.ibge.gov.br
- 17. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira- Ministério da Educação (Inep-MEC). In: www.educacaosuperior.inep.gov.br
- 18. Lopes, ACL. Entrevista. Jornal da Associação Medica Brasileira. Setembro/ Outubro, p. 2-3, 2007.
- 19. Machado MH, coordenador. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
- Mariano, REM; Silva, MGC. Educação médica: modelo de saúde x formação profissional. In: Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará (CRE-MEC). (Org.). Concurso de monografias / Prof. Dalgimar Beserra de Menezes. 1 ed. Fortaleza: Expressão, p. 75-103, 2006.
- 21. Martins, JM. Faculdade de Medicina da UFC Professores e Médicos Graduados, Imprensa Universitária, UFC, 2003.
- 22. Oliveira, R. A. De, Marroni, C. A. Residência médica: 25 anos no Brasil. Revista Diagnóstico e Tratamento, v. 8, n. 1, p. 31-34, 2002.
- 23. Perche, ME (coordenador). Conselho Federal de Medicina do Estado de São Paulo, Associação Paulista de Medicina. Porque somos contra a abertura de novos cursos de medicina? São Paulo, 2003.

- 24. Pinto LF, Machado MH. Médicos migrantes e a formação profissional: um retrato brasileiro. Rev Bras Educ Méd 24:53-64, 2000.
- Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8):1555-1564, ago, 2006.
- 26. Rosko MD, Broyles RW. The economics of health care: a reference handbook. New York/London: Greenwood; 1988.
- 27. Silva, MGC; Arregi, MMU. Residência médica na área de cancerologia no Brasil: distribuição dos programas e da oferta de vagas por região em 2003. Revista Brasileira de Cancerologia 51(1): 5-13, 2005.
- Silva, MGC; Filho, FSR. Residência Médica em Clínica Médica no Ceará em 2003: Oferta de Vagas e Perfil da Concorrência. Revista Brasileira de Educação Médica 31 (2): 127 – 136; 2007.
- 29. Veras, PR; Ribeiro, LS; Lima, JCS. Notas sobre a evolução da escola médica no Brasil. EducMédSalud, Vol. 17, No. 4, 1983.



A MERCANTILIZAÇÃO DA MEDICINA E O PAPEL SOCIAL DO MÉDICO



PREFÁCIO

Este estudo se propõe a analisar o processo histórico que culminou na ampliação da quantidade de cursos de Medicina existentes no Brasil, assim como a correlação entre essa expansão e os fluxos econômicos do mercado. Propõe-se também à elaboração de estratégias que possam evitar a desvalorização do papel social do médico e da qualidade de atendimento à saúde da população.

MUNDO NOVO ADMIRÁVEL

"O que chamamos de nossa civilização é em grande parte responsável por nosso declínio e (...) seríamos muito mais felizes se a abandonássemos e retornássemos às condições primitivas." – Sigmund Freud

Hipermodernidade.² Conceito utilizado por Gilles Lipovetsky para caracterizar a época vivenciada atualmente pela sociedade. A hipermodernidade poderia ser caracterizada como uma reafirmação dos valores modernos, elevados de forma exponencial, caracterizando o que se pode descrever como uma cultura do excesso ou do intenso.² Juntamente a ela,

pôde-se observar a grande capacidade do homem em criar e desenvolver os raciocínios tecnocientífico e econômico, atingindo objetivos anteriormente impensáveis. Computadores, internet e celulares são objetos sem os quais o homem contemporâneo não teria condições de exercer atividades corriqueiras. Ele os usa continuamente para trabalhar, divertir-se e cumprir outras atividades cotidianas, tendo em vista sempre a necessidade de elevação de seu poder aquisitivo e sua evolução social.

A visão de hipermodernidade faz-se praticamente indissociável à de capitalismo neoliberal contemporâneo, visto que esta doutrina sóciopolítico-econômica firmou-se como base das relações humanas. Promovendo aspectos como propriedade privada, globalização, livre-mercado, intensificação do fluxo de informações, além do intenso individualismo e da luta pelo próprio estabelecimento social, o capitalismo neoliberal propiciou revoluções científicas associadas à supervalorização dos fluxos econômicos. A tecnologia, a mídia e a facilidade com que se pode obter informações são exemplos dessas transformações sociais.

As revoluções nos campos técnico, econômico, político e científico, ao mesmo tempo em que se mostraram facilitadoras das atividades, também promoveram a perda da identidade do homem contemporâneo e a submissão a padrões pré-estabelecidos de ações e pensamentos. Essa maior definição de modelos de comportamento conseqüente às exigências sociais culminou no estabelecimento da subjetividade humana em um patamar inferior ao do sistema em que ela está inserida. Segundo Lipovetsky:

"Como o espaço público se esvazia emocionalmente por excesso de informações, de solicitações e de estímulos, o Eu perde suas referências e sua unidade por excesso de atenção: o Eu se tornou um conjunto impreciso (...) A erosão das referências do Eu é a réplica exata da dissolução hoje em dia sofrida pelas identidades e pelos papéis sociais."

Heiner Müller, poeta e dramaturgo alemão, afirmou que o campo de concentração de Auschwitz poderia ser considerado o "altar do capi-

talismo" e modelo da sociedade tecnológica.⁴ Em Auschwitz, o homem era sacrificado em nome do progresso tecnológico, pois o critério da máxima racionalidade o reduzia a matéria-prima.⁴ Além disso, seu extermínio, em escala industrial, consagraria, até mesmo na morte, a busca de funcionalidade e eficiência; princípios fundamentais do sistema técnico moderno.⁴

Esse processo de desenvolvimento hiper-econômico e hipercientificista também foi responsável por grandes repercussões na Medicina e no ensino médico. Em um mundo em que o homem fora reduzido a objeto e matéria-prima dos meios de produção, por que não seria também a profissão anteriormente considerada sacerdócio?

AS RELAÇÕES DE PODER E O SISTEMA CAPITALISTA

As mudanças no ensino médico e na opressão do profissional podem ser denominadas repercussões do sistema capitalista, e o sistema capitalista uma conseqüência do poder.

O poder faz parte de qualquer relação humana e não existe de maneira unilateral. Pode ser considerado um eterno fluxo entre pressão e resistência ou embate entre vontades e/ou interesses opostos, caracterizandose como relação e não determinação de forças.

O poder não funciona apenas de forma coerciva e punitiva. Ele também cria, molda opiniões, determina as verdades mais convenientes para determinadas situações. Segundo Michel Foucault, o poder produz o saber. E, ao contrário do censo mais comumente enfatizado de que as mudanças das verdades sociais surgem a partir das mudanças do poderes centralizados (como as reformas estatais), afirma o filósofo:

"(...) em vez de formular o problema da alma central, creio que seria preciso procurar estudar os corpos periféricos e múltiplos, os corpos constituídos como sujeitos pelos efeitos de poder (...)"⁵

A maior importância atribuída à análise da periferia das relações de poder, torna os corpos que são submetidos às determinações sociais, responsáveis diretos pela formação moral do meio em que estão inseridos. A periferia das relações de poder poderia ser caracterizada como o local em que o poder atinge diretamente os indivíduos e se torna prático. É nessa instância em que ele interfere diretamente na vida das pessoas e onde estas podem se voltar ou não contra ele.

Sendo o poder um eterno fluxo; onde há poder, há também resistência por menor que esta seja. Segundo Foucault:

"(...) Mas se é contra o poder que se luta, então todos aqueles sobre quem o poder se exerce como abuso, todos aqueles que o reconhecem como intolerável, podem começar a luta onde se encontram e a partir de sua atividade (ou passividade) própria. E iniciando esta luta — que é a luta deles — de que conhecem perfeitamente o alvo e de que podem determinar o método, eles entram no processo revolucionário. Evidentemente como aliado do proletariado, pois se o poder se exerce como ele se exerce, é para manter a exploração capitalista. Eles servem realmente à causa da revolução proletária lutando precisamente onde a opressão se exerce sobre eles (...)*5

A criação de estratégias específicas para cada setor da sociedade é que validará as reformas sociais. Para cada meio, haverá diferentes relações de poder e diferentes ambientes onde poderá ser travado o embate entre vontades de grupos opostos. O grupo que mais tensionar essas relações de forças é que determinará quais verdades e quais atitudes serão tomadas por regras.

A soma das reformas periféricas ocorridas em cada setor social é que poderá caracterizar uma ampla modificação da sociedade. Dessa forma, o papel social do médico adquire grande relevância, pois este passa a ser diretamente responsável pela continuidade das políticas de saúde de sua região e pelos problemas sociais que sua categoria enfrenta.

O RELATÓRIO FLEXNER E AS REPERCUSSÕES NO ENSINO MÉDICO

Para analisar as opressões sofridas atualmente pela categoria médica, faz-se necessária a observação do processo histórico que culminou na modificação dos sistemas de saúde e no aumento da quantidade de cursos de Medicina.

A abertura de cursos de Medicina deveria estar atrelada à necessidade social de boa qualidade de suporte médico à população. No momento em que isso não ocorre, as repercussões sociais tornam-se evidentes e geram consequências sócio-políticas mundiais.

Provavelmente o início das reformulações modernas do ensino médico aconteceu nos Estados Unidos e no Canadá. A partir da análise do ensino médico desses países, ocorreu, em 1910, a publicação do documento intitulado "Medical Education in the United States and Canada", ou simplesmente, "Relatório Flexner" escrito pelo educador norte-americano Abraham Flexner.⁶ Nesse relatório, Flexner mostrou a intensa proliferação de cursos de Medicina e como isto estava deteriorando o ensino médico em ambos os países, com a existência, por exemplo, de cursos de 1 ano de duração e sem equipamentos e laboratórios adequados.⁶ Chegou a citar que o ensino médico havia se tornado uma "... aventura privada, mercantilizada no espírito e no objeto".⁷

As repercussões do Relatório Flexner na sociedade norte-americana foram evidentes. Houve discriminação dos profissionais formados em escolas consideradas irregulares, fechamento e fusão de faculdades e reserva de cursos para indivíduos de classes sociais mais altas.⁶ Conseqüentemente, o número de alunos negros matriculados em Medicina foi reduzido⁶ e evidenciou-se o determinismo existente na sociedade capitalista norte-americana.

O Relatório Flexner não levou a consequências sociais restritas aos Estados Unidos e ao Canadá. A leitura desse documento proporcionou a formulação do modelo flexneriano de ensino através da criação de paradigmas para a formação médica.⁶ O estabelecimento de características como mecanicismo, biologismo, individualismo e especialização da medicina, com ênfase na Medicina curativa e exclusão de práticas alternativas, passou a ser o modelo utilizado para a criação de cursos em vários países do mundo, inclusive no Brasil.⁶ A formação dos médicos foi associada a um modelo biomédico, e o ser humano foi reduzido ao seu organismo biológico.⁶ Isto levou a várias repercussões nas relações médico-paciente e na forma como o médico passou a ser observado pela sociedade.

O médico passou a ser considerado um prestador de serviços,⁶ distanciando do paciente o seu conhecimento técnico e descaracterizando o enfermo como agente da sua saúde. O modelo flexneriano proporcionou a supervalorização da especialização, levando a uma ênfase maior da doença do que do próprio indivíduo.

Os altos custos das novas tecnologias e a multiplicidade de especializações levaram ao descontentamento de setores sociais, proporcionando o surgimento de diversas críticas ao modelo flexneriano. Tais acontecimentos acarretaram o surgimento do movimento de Medicina Comunitária nos EUA visando a atender os setores sociais de baixa renda, excluídos do modelo biomédico.

O modelo de Medicina Comunitária poderia ser embasado na simplificação tecnológica da atenção à saúde e na maior valorização das evidências epidemiológicas, que mostram uma grande prevalência de doenças mais simples na população.⁶

No Brasil, a crise fiscal do Estado ocorrida no final da década de 70 culminou na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).⁸ Baseado no modelo da Medicina Comunitária, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), visando à melhoria do atendimento primário à população.⁹ Em parte, os objetivos do PSF foram descritos como:

"A reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas". 10

O modelo de Medicina Comunitária surgiu, então, como uma tentativa de resolução dos impactos sociais promovidos pelo modelo flexneriano. A nova visão de abordagem da saúde propiciada pelo modelo de Medicina Comunitária acarretou na reformulação dos currículos de Medicina no Brasil, enfatizando a formação generalista.

No novo currículo, o estudante de Medicina passou a ter uma educação voltada a tratar as doenças mais simples e com maior prevalência na região em que está inserido, sendo direcionado a trabalhar nos Programas de Saúde da Família. Os casos clínicos mais complexos observados nos PSFs seriam enviados para hospitais especializados situados, principalmente, nos grandes centros urbanos. A nova formação médica promoveu a diferenciação do médico generalista como ser atuante no campo da vigilância à saúde coletiva, e do médico especialista como atuante no campo da saúde individual.

Observa-se, então, que a crítica feita por Flexner à exploração econômica dos cursos de Medicina serviu como base para o estabelecimento de um modelo de assistência à saúde pautado na redução de custos e no aumento da quantidade de médicos como vigilantes à saúde coletiva. A quantidade de médicos formados passou a ser prioridade, pois o subdesenvolvimento de muitas cidades interioranas e as escassas políticas de atração e manutenção de profissionais pouco incentivariam o trabalho nos PSFs dessas regiões (relatório CFM). O aumento da quantidade de médicos no mercado surgiu, então, como uma forma de estimular a interiorização desses profissionais.

Para Dupret (2000), é necessário ter cuidado para não "romper com aspectos da formação humanística, reduzindo a Educação Profissional ao atendimento às necessidades emergenciais do mercado, e não à formação do cidadão". A formação adequada do profissional poderia ser considerada não só uma maneira de reduzir a freqüência de erros médicos, mas também um compromisso social.

Segundo Feuerwerker, "a doença como fenômeno social possibilita ações sobre o coletivo, mas atender a um doente também exige ações individuais. Como abordar o doente e qual o papel do médico no domínio do combate social à doença não são tampouco questões esgotadas." A formação médica de qualidade exige muito mais do que o total direcionamento para campos de vigilância à saúde coletiva ou ao atendimento unicamente individualizado e meramente curativo do paciente.

Entretanto, a necessidade de redução de custos e a implantação do Programa de Saúde da Família promoveram uma maior dissociação entre a Medicina Comunitária e a Medicina Clínica individualizada. Agora o papel social do médico havia mudado, tendo seu campo de atuação mais direcionado à vigilância à saúde coletiva.

A maior valorização do generalista criou o mito de que esse profissional atenderia a população de forma mais abrangente, mas não avaliou que o isolamento em seu próprio campo de conhecimento terminaria por torná-lo limitado. E isso ocorreria conseqüentemente a um currículo escolar pouco estruturado e desvinculado de programas de pós-graduação e residência médica, além da pequena disponibilidade de recursos terapêuticos e técnicos existentes em cidades com reduzido desenvolvimento social.

O médico, devido à elevada concorrência proporcionada pela maior quantidade de profissionais no mercado de trabalho, seria condicionado a se estabelecer nos PSFs das cidades do interior e atender à reforma da saúde ocorrida no Brasil. O aumento na quantidade de cursos de Medicina favoreceria tanto as exigências do Governo Federal quanto os interes-

ses dos grupos particulares responsáveis pela maior parte das faculdades de Medicina recém-criadas.

A ainda alta demanda de estudantes de 2º grau por cursos de Medicina, mostrou ser uma boa forma de se ter um alto retorno financeiro, favorecendo o investimento de instituições privadas nesse setor da educação e levando à mercantilização do ensino médico. Dessa forma, ao se analisar as mudanças político-econômicas contemporâneas, houve o favorecimento do mercado em detrimento ao profissional.

Retorna-se, assim, ao período anterior ao Relatório Flexner, possibilitando repercussões sociais futuras semelhantes.

SITUAÇÃO ATUAL DOS CURSOS DE MEDICINA E DA QUANTIDADE DE MÉDICOS NO BRASIL E NO CEARÁ

O número de médicos cresce em uma razão duas vezes maior que o crescimento populacional brasileiro.¹³ Atualmente, existem 172 cursos de Medicina no Brasil.¹⁴ Isso lhe confere o posto de segundo país com maior quantidade de cursos de Medicina do mundo, perdendo apenas para a Índia.¹⁵ Dessas faculdades, 59% são particulares, 25% federais, 14% estaduais e 2% municipais.¹⁴ O estado de São Paulo é o que possui a maior quantidade de cursos do país com 31 faculdades, totalizando 3.433 vagas por ano.¹⁴

No estado do Ceará, há 7 cursos de Medicina, sendo 3 federais, 1 estadual e 3 particulares.¹⁴ Essa quantidade caracteriza um total de 642 vagas por ano e põe o estado como o possuidor da maior quantidade de cursos e vagas em Medicina da região norte-nordeste.¹⁴ Dessas escolas, 5 estão aguardando aprovação pelo MEC.¹⁴

Os valores das mensalidades das escolas particulares no Brasil situamse entre R\$ 1.424 e R\$ 3.966. No Ceará, custam entre R\$ 2.436 e R\$ 3.140. 14

Para a avaliação da necessidade social de médicos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou como parâmetro ideal de atenção

à saúde da população a relação de 1 médico para cada 1000 habitantes.¹³

Até janeiro de 2004, no Brasil, a relação média estava em 1/622 hab, mostrando-se como bastante acima do parâmetro ideal determinado pela OMS.¹³ As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste são aquelas com maior concentração de médicos, com relações médias de 1/455 hab, 1/615 hab e 1/640 hab respectivamente.¹³ Nas regiões Nordeste e Norte, as proporções situam-se em torno de 1/1.063 hab e 1/1.345 hab.¹³

No estado do Ceará, a relação média no mesmo período ficava em torno de 1/1.161 hab.¹³ Na capital, essa relação estava em 1/448, enquanto que, no interior, situava-se em 1/3.296 hab.¹³

Os números no estado do Ceará refletem o restante da situação existente no Brasil. Apesar da baixa relação média de médicos por habitantes existente no país, a maioria desses profissionais encontra-se nas capitais. O estado do Pará é o que apresenta a maior diferença entre capital e interior (1/419 hab na capital e 1/4.466 hab no interior).¹³

A maioria das escolas médicas é privada, mas a formação especializada, especialmente a residência médica, é predominantemente pública. ¹³ Das 362 instituições que mantêm programas de Residência Médica, 69% são públicas e 31% são particulares. ¹³ Até o período de janeiro de 2004, 40% dos profissionais formados em Medicina não ingressariam em programas de residência médica. ¹³

REPERCUSSÕES SOCIAIS DA EXPANSÃO DO ENSINO MÉDICO

O Conselho Federal de Medicina (CFM) juntamente com a Associação Médica Brasileira (AMB) e todos os conselhos regionais da categoria, pronunciaram-se terminantemente contra a criação e/ou expansão de cursos de Medicina, dada a situação de grande quantidade e má distribuição desses profissionais existente atualmente no país.

Segundo o CFM e a AMB, a expansão dos cursos de Medicina no Brasil deve ser restringida, assim como a entrada de médicos formados

no exterior, pois as carências que existiam nas regiões Norte e Nordeste já foram sanadas com a criação de 59 novos cursos nos últimos dez anos.¹³ Esses dados indicam um crescimento de 42% das escolas médicas do país.¹³ Segundo as mesmas entidades, caso o governo não intervenha imediatamente, a qualidade do ensino será comprometida, caracterizando um problema de grande repercussão social.¹³

Os efeitos da superpopulação de médicos podem ser bastante preocupantes:

"O excedente de mão-de-obra, ao fazer prevalecer a lei da oferta e da procura, traz reflexos danosos à política salarial aplicada à classe médica, bem como aos honorários médicos de maneira geral. Esta baixa renda imposta a um expressivo contingente de profissionais compromete a sua atualização profissional, forçando-os a se submeterem a condições de trabalho inadequadas, o que os expões aos riscos de cometimento de infrações éticas(...) A medicina, de profissão-sacerdócio, transformou-se em mera prestação de serviço, virou mercadoria(...) Diante da capacidade limitada de investimentos do poder público, a educação passa a ser encarada como uma excelente fronteira de oportunidade de negócios, inclusive para capitais transnacionais.¹³

A grande quantidade de médicos no mercado também promoverá a redução da qualidade de vida desses profissionais, visto que estes terão que aumentar a jornada de trabalho conseqüente à elevada concorrência e redução de honorários. A unidade da categoria médica será bastante enfraquecida, pois a luta pelo mercado exigirá o direcionamento desses profissionais quase que exclusivamente para o cumprimento de suas cargas horárias. O trabalho extenuante resultante do aumento da jornada também promoverá o aumento da alienação médica e reduzirá a mobilização da categoria para a realização de reivindicações. E todos esses fatores somados terminarão por acarretar um atendimento de pior qualidade à população, desvirtuando o principal papel social do médico que é a promoção da saúde.

O deslocamento de médicos para os PSFs sem infra-estruturas adequadas pode cindir a categoria médica. O profissional desses postos pode passar a ser visto como alguém limitado na sua atuação, e que só exerce a Medicina de forma a filtrar os pacientes que vão se submeter ao atendimento médico individualizado.

A mercantilização do ensino médico também proporcionará a criação de cursos particulares irregulares, carentes de hospitais próprios e infraestrutura bem estabelecida, causando reflexos até mesmo nas escolas médicas públicas já renomadas. O estabelecimento de contratos ou acordos políticos exercidos entre cursos particulares e hospitais públicos poderá levar à ocupação das vagas existentes nesses serviços por estudantes de escolas particulares, em detrimento àqueles oriundos de instituições públicas já reconhecidas pela sociedade.

Dadas essas conseqüências, o médico passará a ser visto não mais como aquele que promoverá a saúde e o bem-estar do paciente, e sim como um profissional sujeito diariamente a reprovação social e acusações de negligência, imperícia ou imprudência. A relação médico-paciente será enfraquecida, dificultando ainda mais a realização plena do papel social do médico. Não haverá mais uma mútua cooperação entre paciente e médico, existindo a promoção de uma disputa constante entre esses indivíduos.

Ao invés de o governo federal procurar restringir a expansão de cursos de Medicina, está estimulando o processo inverso. Com o decreto-lei 6.096/07, ocorreu a criação do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI). Esse projeto visa à expansão das Universidades Federais sem analisar os contextos sociais em que está inserido cada curso individualmente. Com o REUNI-UFC, por exemplo, foi proposta a ampliação de 90 vagas anuais nos cursos de Medicina de Fortaleza, Sobral e Cariri somados. Essa situação agravaria ainda mais o estabelecimento profissional dos médicos do Ce-

ará, visto que este estado já apresenta a maior quantidade de vagas para Medicina da região norte-nordeste.

A Medicina, antes vista como profissão sacerdotal, poderá se tornar engrenagem do sistema capitalista. E a perda da análise subjetiva da qualidade de atendimento médico à saúde promoverá o descontrole desse sistema, até o ponto em que provavelmente entrará em colapso.

POSICIONAMENTOS DO PODER LEGISLATIVO E DOS MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO

Tramitou na Câmara desde fevereiro de 2003, o projeto de lei 65/2003 de autoria do deputado Arlindo Chinaglia (PT-SP). ¹³ Esse projeto proibia a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes nos próximos 10 anos. ¹⁸

No dia 28 de novembro de 2007, foi aprovado o substitutivo ao referido projeto, que determinou várias restrições a expansão de cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia. Entre essas restrições podem ser citadas a instituição de critérios de qualidade para abertura das faculdades; a importância da necessidade social do curso; o pronunciamento, em caráter consultivo, do respectivo conselho federal de fiscalização do exercício profissional; além de, para cursos de Medicina, haver a necessidade de hospital de ensino público ou privado, próprio ou conveniado, que tenha assistência terciária e destine, no mínimo, 50% de seus leitos para o ensino.

Ainda sobre a restrição à expansão de cursos de Medicina, a sessão da Revista Veja, RADAR on-line, na coluna de Lauro Jardim, expôs a notícia de que uma comissão criada pelos ministros José Gomes Temporão, da Saúde e Fernando Haddad, da Educação, havia finalizado uma estudo sobre a qualidade dos cursos de Medicina no país. Segundo a comissão, os cursos que estiverem abaixo de um padrão de qualidade mínimo terão que fechar as portas. O relatório das escolas deficitárias estaria previsto para ser divulgado em novembro de 2007.¹⁹

FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS CONTRA A PROLIFERAÇÃO DE CURSOS DE MEDICINA E A DESVALORIZAÇÃO MÉDICA

A categoria médica poderá promover mudanças em seu setor caso venha a traçar estratégias práticas de tensionamento das forças de opressão existentes atualmente contra seu grupo. E isso se faz com uma análise profunda de sua situação e com o estabelecimento de estratégias para a atuação na realidade exposta.

Segundo o CFM e a AMB, a concentração de médicos nas capitais é conseqüência das distorções existentes entre o aumento de vagas/ano em Medicina e os recursos direcionados à atenção da saúde da população. Não há uma política pública efetiva de atração e manutenção de profissionais recém-formados no interior e as carências das regiões interioranas não serão sanadas com a formação de médicos generalistas. 13

Uma política de promoção de saúde de qualidade deve ser muito mais complexa do que a simples instituição de um Programa de Saúde da Família em cada cidade interiorana. Devem existir reestruturações sociais dessas regiões. Não é possível se promover saúde adequadamente se uma população não possui mínimas condições sanitárias ou disponibilidade de atendimento médico especializado.

O argumento que justifica o aumento da quantidade de médicos com o propósito de trabalhar em PSFs é falso, pois a quantidade de médicos no Brasil já é suficiente. As poucas políticas de atração para as cidades do interior e a forma com que são estruturados os sistemas de saúde são os responsáveis por impedir o estabelecimento dos profissionais nessas regiões.

A maior dificuldade de reciclagem científica e o isolamento do médico do PSF em seu próprio campo de conhecimento e atuação podem levar esse profissional a se tornar um "especialista da generalidade". E isso impedirá um melhor atendimento à comunidade.

Com o intuito de evitar as repercussões negativas para a sociedade e a Medicina, deve haver uma maior unidade da categoria médica em reivindicar qualidade de atendimento à população e maior proteção a sua profissão. E esse processo se inicia com a manifestação contrária à proliferação indiscriminada de cursos de Medicina.

A oposição à abertura e expansão de cursos deve ser exercida não só pela categoria médica, como também pelos próprios estudantes de Medicina. Faz-se necessária uma maior mobilização de sindicatos, conselhos de ética médica, centros e departamentos acadêmicos, contribuindo para a unificação das formas de agir e pensar dos grupos e determinando os principais objetivos e estratégias a serem utilizadas.

A institucionalização do projeto de lei que restringe a expansão de escolas médicas representa um grande avanço social oriundo das pressões exercidas pelos conselhos de Medicina. Esse processo de tensionamento deve ser continuado e procurar fiscalizar a necessidade social de cada região em que se pretende expandir o ensino médico.

É preciso que escolas de Medicina irregulares sejam fechadas, tendo em vista a preservação do atendimento médico de qualidade. Faz-se necessário que a sociedade também seja informada do posicionamento dos conselhos de Medicina e das entidades estudantis para que não haja interpretações errôneas.

Mudanças nos currículos escolares também são fundamentais. A atual dicotomia existente entre a Medicina Comunitária e a Clínica prejudica a aprendizagem e estimula ainda mais o distanciamento entre as duas áreas. É preciso que mobilizações estudantis sejam feitas para a realização de reformas curriculares, com o intuito de se fazer uma melhor integração dessas disciplinas.

As tensões não devem restringir-se ao campo dos cursos de Medicina. Tendo em vista a grande relação existente entre os programas de atendimento à saúde e a qualidade do ensino médico, devem ser implementadas políticas de reestruturação dos sistemas de saúde, principalmente do Programa de Saúde da Família. Segundo Héder Murari Borba, os principais problemas dos PSFs são:²⁰

- 1. Vínculo empregatício precário ou ausente;
- 2. Baixa remuneração e freqüente atraso no pagamento dos salários;
- 3. Condições de trabalho inadequadas e excessivas;
- 4. Falta de política de recursos humanos;
- 5. Falta de medicamentos e outros materiais essenciais (pode por equipamentos ou utensílios médicos);
- 6. Dificuldade de acesso à área de trabalho;
- Precário sistema de referência e contra-referência para encaminhamento de pacientes

Surgem como propostas de alteração dessa realidade, as seguintes: 20

- 1. Elaboração de um projeto de lei estabelecendo as bases e as diretrizes para a gestão do pessoal dos Programas de Saúde da Família, contendo:
 - a. Obrigação da elaboração de concurso público para preenchimento dos cargos do PSF;
 - b. Criação de atividades de educação continuada para os integrantes do PSF;
 - c. Coordenação das equipes de PSF feita por médicos;
- 2. Criação de um conselho gestor com participação de entidades médicas e segmentos representativos da sociedade civil;
- 3. Promoção de concursos públicos federais para médicos do PSF, com validade nacional, definição prévia de PCCS garantido por lei e dedicação exclusiva à jornada de trabalho;
- 4. Estabelecimento do programa de Residência Médica na especialidade de Medicina da Família e da Comunidade;
- Criação, com a participação das entidades médicas, de uma Comissão junto ao Ministério da Saúde para fiscalizar e avaliar os resultados e indicadores do PSF;
- 6. Exigência de identificação clara da rede de referência e contrareferência para o PSF por parte dos gestores;
- 7. Organização do 2º Seminário Nacional de Avaliação do PSF;

- 8. Encaminhamento ao Ministério da Saúde da carta da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre a inclusão do pediatra na equipe do PSF;
- 9. Mobilização da categoria médica nas questões do PSF;
- 10. Exigência ao Ministério da Saúde do cumprimento das metas estabelecidas no PDR (Plano Diretor de Regionalização),

Além dessas medidas, deve-se procurar descentralizar os serviços de atendimento secundário e terciário das grandes capitais. A criação de mais hospitais nas cidades do interior do país precisa ser incentivada, assim como a elaboração de novos programas de residência médica. Tais mudanças contribuiriam com um maior estabelecimento de profissionais nessas regiões e melhor socialização da Medicina.

O médico também deve ter o papel de avaliar a realidade social da região em que trabalha e procurar elaborar propostas de melhorias. Dessa forma, seu papel não se restringe somente ao atendimento primário, secundário ou terciário da saúde, mas a uma análise da sociedade em que estão inseridos seus pacientes. O profissional deve também procurar promover o tensionamento social para a elaboração de políticas que forneçam condições básicas de subsistência (como saneamento e moradias adequadas), contribuindo para a promoção do bem-estar pleno da população.

CONCLUSÕES

A implementação do Programa de Saúde da Família surgiu como justificativa à maior formação de médicos. Dessa forma, a proliferação descontrolada de escolas médicas foi estimulada pelo processo histórico e pelo amplo investimento do setor privado, visto que é uma área do ensino superior de alta demanda. Caracterizaram-se, então, vários problemas de grande repercussão social, como a deterioração do atendimento à saúde e a desvalorização do profissional.

O papel social do médico e do estudante de Medicina surge, então, como modificador direto dos métodos de ensino e da estruturação do sistema de saúde, fazendo-se necessária a mobilização de ambas as categorias para a reformulação das políticas de saúde e restrição da expansão de cursos. O médico com ampla visão analítica social mostra-se imprescindível ao atendimento de boa qualidade à população, ressaltando seu comprometimento na formulação de estratégias de tensionamento social para a modificação do ambiente em que atua.

BIBLIOGRAFIA

- 1. Freud, Sigmund: O Mal-estar na Civilização. Editora Imago, 1995;
- 2. Lipovetsky, Gilles; Charles, Sébastien: Os Tempos Hipermodernos. Editora Barcarolla, 2004;
- 3. Lipovetsky, Pilles: A Era do Vazio. Editora Manole, 2005;
- 4. dos Santos, Laymert Garcia: A Solução Final Capitalista. Jornal Folha de São Paulo, 24 de setembro de 2000;
- 5. Foucault, Michel: Microfísica do Poder. Editora Graal, 22ª edição, 2006:
- 6. Perez, Emília Pessoa: A Propósito da Educação Médica. Rev. Brás. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (1): 9-13, jan./mar., 2004;
- 7. Flexner, Abraham: Medical Education in the United States and Canada. Carnegie Foundation, 1910;
- 8. Marsiglia, R.G.: Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995;
- 9. Franco, Túlio. PSF: Contradições e Novos Desafios. Tribuna Livre. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Belo Horizonte, Campinas, março de 1999;
- 10. Ministério da Saúde. Saúde Dentro de Casa. Programa Saúde da Família. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, 1994;
- 11. Dupret, L. M.: A LDB e a Práxis Ensino Médico e Educação Profissional, Vox poli, editorial, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, n. 9, jul/ago/set/2000;

- 12. Feuerwerker, L.C.M.: Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil. Comunic, Saúde, Educ, agosto 1998;
- Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira: Abertura de Escolas Médicas no Brasil Relatório de um Cenário Sombrio. 2ª edição, junho de 2005;
- 14. Escolas Médicas do Brasil, disponível em: http://www.escolasmedicas.com.br/
- 15. Só a Índia ultrapassa o Brasil em número de faculdades de medicina. Acontece Comunicação e Notícia. 05/06/2007. Disponível em: http://www.amb.org.br/mc_noticias1_abre.php3?w_id=2768;
- 16. Presidência da República: Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007;
- 17. Universidade Federal do Ceará: Formulário de Apresentação de Proposta do REUNI-UFC ao MEC;
- 18. Chinaglia, Arlindo: Projeto de Lei no. 65 de 2003, 18 de fevereiro de 2003;
- 19. Revista Veja, edição 2031, 24 de outubro de 2007;
- 20. Jornal do Conselho Federal de Medicina: Condições de Trabalho no Programa de Saúde da Família, maio/junho de 2003.



NOVAS FACULDADES DE MEDICINA



"Da queda, um passo de dança; do medo, uma escada; do sonho, uma ponte; e da procura, um encontro." Fernando Pessoa

1. Introdução

O primeiro Curso de Medicina do Brasil foi aberto em 18 de fevereiro de 1808, no Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia (atual Universidade Federal da Bahia), com a chegada da Família Real Portuguesa. Em 5 de novembro desse mesmo ano, fundou-se a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Ambas tiveram a primazia de formarem os médicos brasileiros, durante quase um século, quando começaram a abrir novas Escolas Médicas no país (3, 6).

Desde a década de sessenta do século XX, já havia grande preocupação da **Associação Médica Brasileira (AMB)**, quanto à abertura de **Novas Faculdades de Medicina** e com a qualidade do ensino médico no Brasil, incluindo o treinamento por meio de Residência Médica. Surgiu assim, o documento

intitulado **Problemática do Ensino Médico no Brasil**, o qual foi enviado ao **Ministério da Educação e Cultura (MEC)**, no final daquela década, ensejando a criação da **Comissão de Ensino Médico** do **MEC**, em 1971(3).

Após analisar e investigar as legítimas e fundamentadas proposições da **AMB**, aquela importante Comissão emitiu um abalizado relatório, corroborando a posição dessa instituição, acerca da não-abertura de novos cursos de Medicina e a necessidade de melhoria do ensino médico no país. Em conseqüência o Brasil permaneceu por um longo período de treze anos (entre 1971 a 1976 e de 1979 a 1987) sem autorizar a abertura de novos cursos médicos, graças a uma Portaria Ministerial do MEC(3).

Posteriormente, a problemática veio à tona com a proliferação indiscriminada de Faculdades de Medicina nas capitais dos estados e nas cidades interioranas de médio e grande porte, que possuem o maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita. Esse fato que ainda perdura até os dias atuais, vem preocupando novamente a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos Regionais de Medicina dos Estados e do Distrito Federal, quanto à quantidade de médicos formados, à qualidade da formação do médico, distribuição geográfica dos profissionais, bem como ao mercado de trabalho do médico e remuneração da classe, que se avilta a cada momento. Por esse motivo o CFM, a AMB e os CRMs vêm promovendo fóruns, debates e produção de documentos sobre o assunto. Em 2004, houve a edição conjunta da AMB com CFM, de um excelente relatório que dissecou a situação das Escolas de Medicina do Brasil(3).

A carência de médicos em diversas comunidades interioranas não está relacionada à inexistência de médicos formados e sim, à falta de infra-estrutura de muitas cidades para abrigar o médico e sua família, sobretudo na Região Norte e Nordeste; à questão da usurpação dos direitos trabalhistas, à embromação e atrasos contumazes do pagamento da remuneração do médico, bem como ao achatamento salarial e à falta de boas condições de trabalho, sem se falar na ingerência de Gestor Público, autoridades do Legislativo Municipal e de altos funcionários públicos, no trabalho do médico interiorano(8).

A distribuição geográfica e proporcional do número de médicos em relação à população, no Brasil, é fenomenal e já supera as necessidades do País, segundo recomendações da **Organização Mundial de Saúde (OMS)**. O País já possui quantidade suficiente de médicos. O que se observa é a distribuição inadequada, porquanto é feita à escolha do profissional, resultando na concentração de médicos nas áreas de maior (PIB) *per capita* e na relação médico/habitante socialmente indesejada(7, 8).

A abertura de Novas Faculdades de Medicina no Brasil deve ser, atualmente, a grande preocupação da Associação Médica Brasileira (AMB), do Conselho Federal de Medicina (CFM), dos Conselhos Regionais de Medicina dos Estados e do Distrito Federal, dos órgãos de representação da classe (Federação, Sindicatos e Associações Médicas), da própria categoria e de toda a sociedade organizada, haja vista que, a formação indiscriminada de médicos não solucionará a problemática da carência desses profissionais no interior do Brasil, causada por má distribuição geográfica e servirá para agravar o aviltamento salarial e aprofundar a péssima relação médico/habitante, além de intimidar a categoria a não aderir a greves e a outros movimentos reivindicatórios. Deve-se priorizar a aprovação do Projeto de Lei 65/03 de autoria do Deputado (médico) Arlindo Chinaglia que propõe a suspensão da abertura de Novos Cursos de Medicina por dez anos, enquanto os atuais seriam avaliados; bem como a aprovação de outro Projeto de Lei, de n.º 6.240, de 2002, cujo Artigo 5.º propõe alterar o Artigo 53, da Lei n.º 9.384, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), estabelecendo que a criação de vagas nos cursos da área de saúde, em qualquer caso, deverá ser submetida, em caráter decisivo, à manifestação do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito à necessidade social de abertura de Novos Cursos de Medicina(3).

A formação indiscriminada e numerosa de médicos interessa, portanto a grupos que desejam ganhar dinheiro com a formação de médicos (não importando a qualidade do ensino), aqueles que desejam vender mais equipamentos de diagnósticos e a todos os interessados no aviltamento salarial do médico.

Na presente pesquisa o Autor demonstra os fatores contrários à abertura de Novas Faculdades de Medicina no Brasil, descrevendo fatos da profissão médica e alguns aspectos da vida política, social e econômica do médico brasileiro, por meio de revisão bibliográfica e acessos na *internet*.

2. Aspectos atuais da Medicina Brasileira

2.1 Tecnologia atual

É inegável o extraordinário desenvolvimento tecnológico atual da **Medicina**. Os avançadíssimos métodos de diagnósticos e terapêuticos admitem rapidez e segurança aos atos médicos. Hoje, as cirurgias cardíacas são realizadas sem a necessidade de circulação extracorpórea, que paralisava o coração e os pulmões durante a intervenção cirúrgica. A existência da tomografia computadorizada helicoidal, da tomografia angiográfica computadorizada (substituta segura e não invasiva do cateterismo cardíaco); o holograma que permite a visualização e intervenção no organismo em quatro dimensões; o emprego do eletroencefalograma digital, da ressonância nuclear magnética aberta (sem a necessidade de enclausurar o paciente na ampola magnética), ressonância nuclear magnética ocular (com riqueza de detalhes diagnósticos) da angiografia, da angioplastia, da ultrassonografia colorida e tridimensional; as videocirurgias e as novas técnicas cirúrgicas em geral; cirurgias a laser, os avanços da neurocirurgia e a avançadíssima cirurgia plástica (considerada a melhor do mundo) a novidade dos grandes avanços da oftalmologia (uma das melhores do mundo, perdendo apenas para a dos Estados Unidos da América) e da oncologia; a radiografia digital, a avançada endoscopia; o uso dos modernos equipamentos de monitoração de pacientes graves ou em situação de observação especial; a inoculação de células-tronco (primordiais) com o objetivo de regenerar tecidos; os marcadores imunológicos tumorais e das doenças infecto-contagiosas virais (hepatites virais e outras doenças infecto-contagiosas); as técnicas laboratoriais (rápidas, modernas e eficazes); a disponibilização de medicamentos da mais alta qualidade e excelente eficácia,

de hospitais de excelente padrão, do indispensável apoio da Enfermagem, da Psicologia, do Serviço Social, da Fonoaudiologia, da Fisioterapia, da Nutrição e de grande grupo de Auxiliares, tudo isso (além de outros recursos) permite a prática de uma **Medicina** eficaz e de vanguarda (graças ao empenho dos médicos e das médicas) considerando a situação socioeconômica do Brasil, onde existe abundância de recursos, porém mal aplicados (8). Em conseqüência, observase a melhoria da qualidade de vida, do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e aumento da longevidade dos brasileiros, cuja expectativa de vida já atinge os 75 anos(2).

2.2 Contraste Hospitalar

Apesar de todos esses recursos disponíveis, ainda há hospitais do sistema público e privado cujos equipamentos não funcionam plenamente, porque alguns estão alquebrados pelo tempo e pelo uso intenso; outros, paralisados pela falta de manutenção ou de reposição de suprimentos.

Na maioria das grandes cidades brasileiras encontram-se Hospitais e Clínicas de elevado padrão funcional, levando-se em consideração o seu corpo clínico, o pessoal auxiliar, o pessoal de apoio, os seus modernos equipamentos, o controle eficaz da infecção hospitalar, a manutenção daqueles equipamentos e, a excelência dos serviços prestados à sua clientela. Aliado a tudo isso (em apoio ao funcionamento da **Medicina** particular e dos planos de saúde) vai-se dispor de uma rede de clínicas de diagnósticos por imagem e som, laboratórios de análises clínicas e de anatomopatologia, de excelência de Primeiro Mundo.

Além dos excelentes serviços prestados, essas instituições particulares são (na quase totalidade) certificadas pelas normas de qualidade ISO(8).

No serviço público, a população encontrará ambientes sujos, cheirando mal, equipamentos deteriorados e a maioria sem funcionar por falta de manutenção, faltando medicamentos e até material para um simples curativo. Lá também se encontrarão os(as) médicos(as) e o pessoal auxiliar (enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos e pessoal de apoio) mal remunerados e a maioria revoltada, contra a indiferença do Poder Público. Esse pessoal, ainda

é obrigado a trabalhar, com raríssimas exceções, sem o mínimo apoio das chefias das unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Há casos de ameaças de agressões e, casos concretos de agressões físicas aos médicos e ao pessoal auxiliar, por ocasião dos plantões hospitalares do **SUS**. Na Perícia Médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) já foram registrados diversos casos de agressões físicas e alguns assassinatos de Médicos Peritos, motivados possivelmente pelo péssimo atendimento e negações injustas de benefícios. Segundo o médico e Deputado Fernando Hugo Colares (PSDB), em pronunciamento na Assembléia Legislativa do Ceará, a Perícia Médica do INSS transformou-se no maior inimigo e terror do trabalhador brasileiro, por negar aos segurados benefícios sem critérios convincentes. De modo particular o Autor no exercício da função de médico do trabalho também tem observado a suspensão ou negação da prorrogação de benefícios previdenciários e acidentários, aos segurados de forma injustificada, quando ainda não ocorreu a cessação da incapacidade para o trabalho. Há casos em que o segurado foi obrigado a recorrer à Justiça para obter a prorrogação do seu benefício por tumor compressivo da medula espinhal, com sintomas dolorosos, transtornos osteomusculares e incapacidade laboral.

2.3 Sistema Único de Saúde (SUS)

Sem recurso para arcar com as despesas de saúde, a maioria da população brasileira é obrigada a buscar assistência médica no desassistido setor público de saúde, a provê-la pelo **Sistema Único de Saúde (SUS)** — o seu principal gestor.

O **SUS** foi criado pela Constituição Federal de 1988. É um conjunto único de serviços e ações integrados para o mesmo fim: **a manutenção da saúde do povo brasileiro**. Antes do **SUS**, coexistiam no mesmo bairro das cidades do Brasil, uma unidade de saúde do Município, outra do Estado e outra do Governo Federal, executando o mesmo programa, que além de incoordenados desperdiçavam os recursos públicos. A sua política além de propor a universalidade da assistência à saúde do povo brasileiro, encampou

a idéia simultânea das atividades de **promoção, proteção e recuperação da saúde**, com o maior e melhor aproveitamento dos recursos humanos, materiais e financeiros. A exemplo de todos os planos de saúde estatais anteriores, o **SUS** cometeu o mesmo erro (de não contemplar os Recursos Humanos, com melhores salários e reciclagens profissionais) residindo aí, provavelmente, um dos principais fatores que contribuíram sobremaneira para o fracasso de todos os planos de saúde já concebidos no País(8).

Os princípios que instituíram o **SUS**, também foram adotados pelo Programa de Saúde da Família (**PSF**), são muito eloqüentes na teoria, porém, muito difíceis de serem postos em prática. São eles:

Universalidade: a garantia de atenção à saúde pelo sistema a todo e qualquer cidadão brasileiro por determinação constitucional.

Esse princípio ainda não atingiu os seus objetivos, pois nem todos têm acesso ao **SUS**, havendo indícios de discriminação às pessoas que, aparentemente, possuem recursos e a inexistência de unidades de saúde suficientes ao atendimento; daí, as longas e intermináveis filas e listas de esperas para a realização de procedimentos diagnósticos e cirurgias, além da necessidade da associação aos planos de saúde privados de uma boa faixa populacional (detentora de recursos financeiros);

Equidade: todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

Há indícios de deturpação, pois os mais influentes (politicamente) têm amplo acesso a tudo aquilo que o **SUS** pode oferecer e vão além disso, não enfrentam filas nem as limitações do sistema, enquanto muitos morrem na fila de espera ou não obtêm alguns tratamentos, considerados onerosos.

Integralidade: é o reconhecimento dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de um ser biopsicossocial.

Este princípio não corresponde à realidade, pois há muitas limitações da

assistência integral à saúde da população (pelo **SUS**). É freqüente na mídia, pedir-se que se façam depósitos bancários (a título de doação) destinados a custear tratamento de portadores de doenças graves (até no exterior) e a determinação judicial para o SUS custear determinados tratamentos ou fornecer medicamentos de alto custo aos usuários. Esses fatos corroboram o descumprimento deste princípio pelo **SUS**.

As unidades prestadoras de serviços (públicas ou privadas) foram indistintamente reunidas em um sistema único de prestação de serviços; e as ações de **prevenção**, **proteção e recuperação da saúde** formam um todo indivisível em benefício do povo brasileiro. É raro encontrarem-se hospitais militares e hospitais particulares de bom porte de recursos terapêuticos, prestando serviços à população assistida pelo Sistema de Saúde Pública Brasileiro.

O **SUS** é um dos mais bem intencionados de todos os sistemas públicos de saúde que já existiram no Brasil, apesar das distorções que aniquilam as suas propostas, dentre elas: a corrupção, a fraude, o corte de verbas, a falta de coordenação e controle; a manipulação política, a redução substancial da assistência médica, redução de vagas para internamento (descredenciamento irracional de diversos hospitais) redução de leitos de **UTI** e a existência de postos de saúde insuficientes para o atendimento à população. Atualmente, se um doente muito grave procurar assistência médica pelo **SUS**, certamente, irá ao óbito, pois ao pagar tabelas irrisórias e atrasadas aos procedimentos médicos e hospitalares, determina o desinteresse dos médicos e da rede hospitalar privada, em operar com ele e, assim, não permite que o mesmo funcione plenamente, pela escassez de prestadores de serviços, resultando nas filas intermináveis e longos aprazamentos para o atendimento à população(8).

O **SUS** necessita ser reestruturado, com a garantia de recursos necessários (para ampliar o número de prestadores de serviços) com novas tabelas de pagamentos dos serviços e prestígio aos recursos humanos, controle eficaz (para evitar a fraude) com remuneração digna e treinamento de pessoal.

O **SUS** é administrado pelo Ministério da Saúde no nível nacional e, pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios, nas suas respectivas jurisdições. É detentor da maior participação financeira e maior cobertura populacional na área de saúde, em torno de 86% da população brasileira. Por indícios de deficiências do seu controle, o **SUS** é a presa mais fácil e, preferida pelos espertalhões (médicos e hospitais) para aplicaremlhe o golpe do superfaturamento. Em conseqüência, faltam recursos para diversos projetos e o pagamento digno aos profissionais que trabalham e prestam seus serviços com seriedade e honestidade ao sistema.

2.4 Programa de Saúde da Família (PSF)

O Programa de Saúde da Família (PSF) — uma nova modalidade de emprego para o médico — teve na sua implantação, a intenção de levar o médico para o Interior do Brasil e reduzir-se a superlotação dos hospitais e centros de saúde das áreas urbanas, a baixíssimo custo, enquanto o Governo Federal faria vista grossa, em relação aos seus direitos trabalhistas. O PSF teve uma grande aprovação pelos médicos (cerca de 68% dos médicos brasileiros, segundo o **CFM**) provavelmente, porque não ficaram atentos ao engodo representado pelo **PSF**, na maioria dos Municípios Brasileiros, tais como: baixa remuneração, usurpação dos direitos trabalhistas, péssimas condições de trabalho, ingerência da administração municipal no trabalho médico (vedada pelo artigo 8.º do Código de Etica Médica) e falta de estrutura para o médico fixar residência no Interior, mormente, nos Estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste (falta de bons colégios e universidade para os filhos dos médicos, falta de lazer, inexistência de moradia adequada, etc.). As vagas são repletas de inúmeras exigências: formação profissional, experiência, residência local, disponibilidade de horários e, praticamente, carga horária integral. Em geral, os salários oferecidos pelo PSF aos médicos são muito baixos, face à carga horária exigida (praticamente, dedicação exclusiva) cujos valores variam de **R\$3.000,00** a **R\$10.000,00** brutos. Além disso, as Prefeituras do Interior patrocinam a alimentação e hospedagem (a maioria de péssima qualidade) para o pessoal do **PSF**(8).

As restrições ao **PSF** estão na insegurança trabalhista e baixa remuneração, no atraso contumaz do pagamento por algumas Prefeituras, embora outras já paguem até o 13.º salário e férias (com acréscimo de 1/3).

A grande maioria dos médicos classifica-se como trabalhador e não pode conviver com os baixos salários, atrasos contumazes nos pagamentos e o não reconhecimento dos seus direitos trabalhistas.

A Constituição Federal de 1988 ampliou a distribuição dos recursos destinados aos Municípios Brasileiros; entretanto, faltam recursos e outras condições para fixar-se o médico, o odontólogo e o enfermeiro no interior do País.

Há notícias de que um médico do **PSF** da Prefeitura de Iguatu (Estado do Ceará) e outro que trabalhava para o Governo do Estado do Acre, que faleceram em serviço (acidente do trabalho, cuja pensão é integral e dispensa carência de contribuição previdenciária) deixaram as famílias desamparadas. Ambas lutam na Justiça em busca dos seus direitos (o primeiro caso conta com o apoio do **Sindicato dos Médicos do Estado do Ceará**). Em outro município do Estado do Ceará uma médica foi demitida do **PSF** porque engravidou, em uma afronta a dispositivo constitucional que proíbe a demissão de mulher grávida, até quatro meses após o parto (**Constituição Federal**, de 5 de outubro de 1988, Art. 10, Item II, alínea "b" Atos das Disposições Constitucionais Transitórias).

2.5 Planos de Saúde Privados

Nos **Planos de Saúde Privados**, por não tomarem conhecimento da cobertura do seu plano ou por não terem sido informados por ocasião da sua contratação, os usuários só vão descobrir as limitações (variáveis com a modalidade da assistência médica negociada ou estabelecida) no momento da sua utilização. No entanto, alguns usuários escolhem o seu plano de saúde pelo custo (geralmente os mais baratos) e mesmo conhecendo as suas limitações, passam a exigir assistência médico-hospitalar integral, reservada aos planos mais caros(8).

Há fortes indícios da existência de pequenos planos de saúde que não satisfazem as necessidades dos usuários e nem remuneram o(a) médico(a) dignamente (alguns deles deveriam ser chamados de planos privados de saúde). Outrora, a assistência médica prestada pelo então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) superava ou equiparava-se à assistência médica prestada por alguns dos atuais Planos de Saúde ou por alguma modalidade de nível de assistência de alguns Planos de Saúde. Pela remuneração (relativamente atraente) todos os profissionais da saúde desejavam trabalhar no citado órgão previdenciário.

Os **Planos de Saúde Privados** são responsáveis pela assistência médica à cerca de 12% da população brasileira. Há indícios de ser muito comum o comportamento de alguns médicos, que dificultam a marcação de consultas pelos usuários dos planos de saúde, protelando o seu atendimento.

Na sua composição estão os planos privados de empresas estatais, planos de saúde de empresas privadas (autogestão), planos das Cooperativas **Unimed** e outros. Entre os **Planos de Saúde Privados**, o maior destaque é para o sistema **Unimed**, pois, quando bem administrado, oferece excelente assistência médica aos usuários (inclusive com hospitais próprios bem equipados e de excelente performance) e grandes oportunidades aos cooperados para o seu crescimento profissional e econômico, sendo essa administração realizada de modo eficaz pelos próprios médicos.

2.6 Medicina Particular

Apenas 2% dos médicos atua como médico particular em seus consultórios, portanto remunerado diretamente pelos clientes(8). Alguns desses clientes realizam tratamento médico no exterior, apesar de se praticar Medicina de excelência no País.

2.7 Cooperativas, organizações sociais e conseqüências da terceirização

Os governos de alguns Estados e de grandes Municípios brasileiros, já utilizam os serviços de cooperativas de médicos especialistas, que, apesar das melhores intenções das suas diretorias, são utilizadas pelo governo como um engodo para burlar as leis trabalhistas e causando inúmeros prejuízos aos médicos. Algumas dessas cooperativas levam de quatro a cinco meses para repassarem a remuneração aos seus cooperados. Por outro lado, alguns governos estaduais e municipais já privatizaram parcialmente os seus serviços médicos, entregando-os a empresas privadas (travestidas com o nome de Organizações Sociais) que exploram o trabalho médico. Essas empresas são geralmente da propriedade de empresário de grande influência ou ligado ao grupo político dominante, que recebe esses serviços médicos como uma benesse, sem a respectiva licitação pública, constituindo vergonhosa terceirização e mercantilização da medicina, prática vedada pela Constituição Federal, pelas Constituições Estaduais, pelas Leis Orgânicas dos Municípios e pelo Código de Ética Médica. Provendo a admissão de pessoal dessa forma anômala, o Poder Público evita a realização de concurso público(8).

Enfatizando citação anterior, só existe uma cooperativa médica verdadeira: é a do sistema **Unimed,** instituição muito bem administrada pelos próprios médicos. Em todo o Brasil, a **Unimed** oferece oportunidade de crescimento econômico aos profissionais da Medicina, sendo os serviços prestados pelos(as) médicos(as) em local e horário por eles mesmos estabelecidos; portanto, sem característica de vínculo empregatício e sem burla às leis trabalhistas, além de remunerar razoavelmente bem os procedimentos médico-hospitalares.

Aos(às) médicos(as) que trabalham em cooperativas que prestam serviços aos Estados e Municípios restam-lhes, para o futuro, uma ação trabalhista regressiva contra as respectivas Pessoas Jurídicas de Direito Público (União, Estado ou Município) em busca dos direitos trabalhistas que lhes foram usurpados, pois já existe jurisprudência, que não reconhece essas falsas cooperativas ou empresas de prestação de serviços médicos terceirizados (nos hospitais públicos e privados) imputando aos mesmos, o vínculo empregatício dos médicos e dos demais profissionais que neles prestam os seus serviços(8).

O grande desemprego nacional também já começa a atingir a categoria médica, recebendo a ajuda do individualismo dos(as) médicos(as), pela

insensibilidade da maioria dos nossos governantes, gestores, gerentes e pela desorganização (desunião) da classe. Com o fato, há um estímulo à adesão a essas terceirizações, quer seja por empresas denominadas de Organizações Sociais, quer seja por Cooperativas. Tais terceirizações ferem, como já nos referimos anteriormente, a mesma Constituição Federal e às Constituições Estaduais, invocadas pelo sectarismo dos nossos governantes, quando desejam justificar (ainda que não corresponda à realidade) a impossibilidade do aumento de salários, por já terem comprometido mais de 60% da arrecadação pública, com despesas de pessoal. Como agravantes da situação, as constantes renúncias fiscais em benefício de algumas empresas (cujas instalações em áreas carentes são extremamente importantes para o desenvolvimento regional) não permitem o crescimento da arrecadação governamental. Seria interessante a adoção de outra modalidade de incentivo fiscal, que não traga prejuízos para o funcionário público em geral e permita a fixação dessas imprescindíveis empresas nas áreas pouco desenvolvidas. No Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil já se evidencia a mudança do perfil socioeconômico da população, em conseqüência da implantação desses empreendimentos(8).

Legalmente, só é permitida a terceirização de serviços públicos temporários: substituições e picos de trabalho. A legislação não permite a terceirização de atividades fins dos estabelecimentos, tais como: médicos nos hospitais e Centros de Saúde.

A terceirização dos serviços médicos públicos e a sua adesão pelos profissionais de saúde, contribuirão para a proletarização do(a) médico(a), em virtude da sua exploração com pagamentos irrisórios e da mercantilização da Medicina (vedada pelo artigo 9.º do **Código de Ética Médica**) e pela incerteza da perenidade do vínculo empregatício, ao exemplo do que provavelmente acontece em algumas empresas privadas — que demitem os empregados mais idosos, cansados ou que adoecem com mais freqüência(8).

3. Condições Socioeconômica e Política do Médico Brasileiro

3.1 Situação socioeconômica

Em estudos específicos a **Associação Médica Brasileira (AMB)** realizou recentemente um perfil socioeconômico do(a) médico(a) brasileiro(a). Essa pesquisa (certamente do conhecimento da categoria) revelou que apenas uma pequena percentagem dos(as) médicos(as) brasileiros(as) (aproximadamente 2%) vive da clínica particular, problema esse causado pela proletarização da população. Na busca da sobrevivência, os 98% restantes dos(as) médicos(as) trabalham em diversos subempregos públicos e privados e para os convênios com planos de saúde, cuja remuneração em geral é muito baixa, em relação à qualidade dos serviços prestados e à grande responsabilidade profissional(8).

Poucos médicos ficaram ricos na profissão, destacando-se aqueles que tiveram o apoio financeiro da família, ou foram apadrinhados (por políticos, parentes ligados ao sistema público de saúde, ou por outros médicos, etc.); alguns pelo seu próprio talento, trabalho e sacrifício.

Como a maioria dos recursos da área de saúde destina-se ao pagamento de despesas hospitalares e aos métodos de diagnósticos, vamos encontrar o principal elemento operacional desse processo (o médico) mal remunerado, atarefado com inúmeros encargos, elevadíssimo nível de responsabilidade, além de crescentes cobranças da sociedade, cuja situação socioeconômica, em geral não é a das melhores.

Como conseqüência dos parcos recursos financeiros da maioria dos médicos faltam-lhes condições para: a manutenção de sua família, pagamento de um plano de aposentadoria privada; participação em congressos, seminários, cursos de aperfeiçoamento, aquisição de livros e revistas médicas (para a sua permanente atualização científica e profissional). Ainda, por esse motivo, a participação dos médicos em alguns importantes congressos realizados no País é pouco expressiva, em relação ao número de especialistas da categoria profissional em atividade. Contra toda essa

situação, há exigências excessivas da sociedade, quanto ao preparo e atuação do médico. Exige-se hoje que o(a) médico(a) possua residência médica, seja especialista, possua cursos de aperfeiçoamento, experiência profissional e outras habilidades. Em troca, oferece-se uma remuneração, senão aviltante, muito baixa e desalentadora. A maioria dos médicos exerce as suas atividades, no mínimo, em três a quatro ocupações e empregos(8).

Os médicos brasileiros situam-se próximos ao topo da pirâmide social, pois, estão entre os 12% da população que paga imposto de rendas, entre os 10% que possuem automóvel, casa própria e renda razoável; estão ainda entre os 15% da população que têm acesso aos recursos da informática e da minoria que viaja ao Exterior(8).

3.2 Situação sociopolítica

Nenhuma profissão é mais política do que a **Medicina**. Ao lidar no cotidiano com a intimidade das pessoas, o médico é quem ausculta em profundidade e em primeira mão, o **lamento social** do sofrido povo brasileiro. Por esse motivo, desde a velha República os médicos têm ocupado diversos cargos, inclusive o de Presidente da República. O melhor Presidente da República Brasileira (e estadista) foi o médico **Juscelino Kubitschek**, que quebrou as amarras das oligarquias, que mantinha a política *café com leite*, caracterizada pela alternância do poder, entre políticos de Minas Gerais e São Paulo. Além disso, intensificou a industrialização, rompeu com o **Fundo Monetário Internacional (FMI)** e construiu a majestosa Brasília (patrimônio cultural da Humanidade). Não raro, alguns médicos deixam-se servir de trampolim para políticos alheios à Ética e à Moral(8).

3.3 Formação Profisional

A formação profissional do médico brasileiro é feita por faculdades públicas e privadas. Contrariando a orientação dos órgãos de fiscalização da profissão médica, o **Ministério da Educação e Cultura (MEC)** passou a autorizar novos cursos de Medicina pelo Brasil afora (foram autorizados

26 novos cursos no período de 1995 — 2002) com o objetivo de suprir a carência de médicos no Brasil.

Distribuição dos Cursos de Medicina no Brasil, por Região, Unidade da Federação e natureza da sua administração, existentes de 18 fev. 1808 a 8 nov. 2007.

	UF	Privada	Federal	Estadual	Municipal	Totais
	AC	-	1	-	-	1
	AM	1	1	1	-	3
	PA	1	1	2	-	4
	RO	3	1	-	-	4
	RR	-	1	-	-	1
	TO	3	-	-	-	3
Região Norte		8	5	3	-	16
Região Nordeste	MA	1	1	1	-	3
	PI	2	1	1	-	4
	CE	3	3	1	-	7
	RN	1	1	1	-	3
	PB	3	3	-	-	6
	PE	1	2	1	-	4
	AL	-	1	1	-	2
	SE	-	1	-	-	1
	BA	2	1	3	-	6
		13	14	9	-	36
	DF	2	1	1	-	4
	GO	1	1	-	-	2
	MS	1	2	-	-	3
Região Centro-Oeste	MT	1	1	-	-	2
		5	5	1	-	11
	ES	4	1	-	-	5
	MG	20	6	1	0	27
Região Sudeste	RJ	13	3	1	-	17
	SP	21	2	6	2	31
		58	12	8	2	80
Região Sul	PR	4	1	3	-	8
	SC	8	1	-	1	10
	RS	6	5	-	-	11
		18	7	3	1	29
BRASIL		102	43	24	3	172

Fonte: CFM, AMB, IBGE e Escolas Médicas do Brasil(1, 2, 3, 4 e 6)

Conforme o quadro anterior estavam funcionando no Brasil, até 8 de novembro de 2007, 172 Cursos de Medicina, sendo 102 privados (59,30%), 43 federais (25,00%), 24 estaduais (13,95%) e 3 (1,74%) municipais. Cerca de 37 Cursos de Medicina foram criados somente nos dois períodos de governo do Sr. Fernando Henrique Cardoso (**FHC**). Nada menos de 80 (46,51%) do total das Faculdades de Medicina do Brasil está situado na Região Sudeste. No Estado de São Paulo existem 31 Faculdades de Medicina, das quais 21 são particulares, 2 federais, 6 estaduais, 2 municipais. No mesmo quadro observa-se a desproporção da distribuição dos Cursos de Medicina no Brasil e a participação oportunista do poder econômico na formação dos médicos(2, 3, 6, 8).

Esse fato ocorreu de tal forma que existe uma Faculdade de Medicina em toda esquina das grandes cidades e nas de médio porte do Sul e Sudeste, bem como, em algumas cidades de grande e médio porte, do Nordeste, Norte e Centro-Oeste. No Estado do Ceará, já estão em funcionamento sete cursos de Medicina: quatro em Fortaleza (na Universidade Federal do Ceará, na Universidade Estadual do Ceará, na Universidade de Fortaleza e na Faculdade Christus); um em Sobral e um em Barbalha (Extensões da Universidade Federal do Ceará) e mais um em Juazeiro do Norte (vizinha a Barbalha)(8).

O grande questionamento quanto à formação de médicos em massa é a qualidade do ensino, haja vista que um grande número de faculdades já existentes e as recém-criadas, não possuem hospital universitário, imprescindível à essa formação.

3.4 Especialização Médica

O médico mais preparado para a abordagem inicial do paciente é o médico clínico. Entenda-se como tal, o profissional com boa formação médica, possuidor de título de Residência Médica em Clínica Médica (mínimo de dois anos) obtido em instituição idônea (que prepare o médico para o atendimento geral do paciente) incluindo clínica médica e o essencial das demais especialidades, inclusive psiquiatria, geriatria, emergência, urgência, pequena cirurgia (suturas, drenagens de abscessos, pequenas cirurgias de superfície) e assistência ao parto normal. Um médico, portanto, bem preparado, que além de conduzir com eficiência a maioria dos casos médicos, esteja habilitado a

resolver os problemas de saúde dos pacientes, realizando, inclusive, a triagem dos casos destinados aos especialistas, para evitar-se a maratona do paciente (de um especialista a outro) na busca da sua saúde, com grande ônus para o sistema público e privado de saúde(8).

Alguns países do Primeiro Mundo (onde a especialização atingiu o absurdo de existir especialista em **cirurgia plástica da mão direita**) já estão colocando na linha de frente, para a primeira abordagem ao paciente, o médico clínico com boa formação profissional, objetivando um atendimento eficaz e encaminhamento ao especialista, apenas os casos de maior complexidade e, com essa providência, reduzir os custos com a atenção à saúde. No Brasil, há uma tendência para a adoção dessa sistemática, com projeção de bons resultados (redução dos custos) para o sistema de saúde.

A especialização médica é extremamente importante para a saúde da população. Há a necessidade de eliminarem-se os exageros, para evitar onerar o sistema de saúde, sem beneficiar o paciente. Às vezes, uma simples cefaléia mal conduzida (a partir do clínico e encaminhamentos aos especialistas) pode onerar muito o paciente ou o sistema de saúde, desencadeando a realização de procedimentos de alto custo, tais como: Eletroencefalograma, Tomografia Computadorizada, Ressonância Nuclear Magnética, Esofagogastroduodenoscopia e outros exames desnecessários(8).

Os especialistas deveriam ser em número limitado pelas respectivas sociedades ou **CFM** e **CRM**, para evitar-se a especialização precoce que permite ao médico, entender profundamente da sua especialidade e, muito pouco, de medicina geral. É muito comum encontrarem-se médicos jovens e veteranos especializados, que dominam em profundidade apenas as suas especialidades (em um perigoso flagrante que ignora a pessoa como unidade orgânica, cuja sobrevida e o sucesso do tratamento dependem do funcionamento harmônico dos seus órgãos). Também encontramos grandes médicos clínicos (generalistas) que possuem profundos conhecimentos na maioria das especialidades médicas.

O **Sistema Único de Saúde** (**SUS**) e os planos de saúde só deveriam permitir a marcação de consultas para os especialistas, quando os pacientes fossem encaminhados pelos clínicos (após cuidadosa triagem). Assim, poderiam reduzir os seus altos custos operacionais e realizar melhor remuneração para os médicos.

Outrora, toda a assistência médica era prestada pelos heróicos médicos clínicos antigos, que não dispunham do moderno arsenal diagnóstico e terapêutico, ainda assim, obravam verdadeiros milagres na condução dos casos clínicos dos seus pacientes.

3.5 Distribuição demográfica

A distribuição geográfica dos médicos influencia o bem-estar social da população, uma vez que esses são os principais provedores dos serviços de saúde. Já a sua distribuição resultante do processo individual de escolha locacional nem sempre coincide com a distribuição considerada adequada, resultando na concentração desses profissionais em certas regiões e na relação médico/habitante socialmente indesejada(7).

Segundo a **Organização Mundial de Saúde (OMS)** para a atenção à saúde da população dos países, o recomendável é **um médico para cada mil habitantes(3, 4, 6, 7, 8).**

No Brasil, há uma péssima distribuição demográfica do médico; em algumas cidades, existe um médico para cada duzentos e quarenta e nove habitantes (Curitiba-PR, a maior concentração de médicos do Brasil); e, em outras, um médico para cerca de cinco mil habitantes. No Estado do Pará a relação médico/habitante é 1/4.466, a menor concentração brasileira de médicos. Em média, há no País um médico para cada seiscentos e setenta e três habitantes, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM). No Estado de São Paulo, essa proporção é de um médico para cada quatrocentos e quarenta e três habitantes(3, 8). Em Fortaleza onde bastariam 2.430 médicos há 5.889 profissionais em atividade, segundo o Cremec, na proporção de 1/413(4) — dados de novembro de 2007.

A <u>tabela-1</u> apresenta o número de médicos por mil habitantes, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* (referente ao ano de 2000) e a participação de cada região e de cada Estado no total da população e no total de médicos em 2001. Ao se comparar a participação de cada região no total da população brasileira e a sua participação no total de médicos, nota-se que as regiões Sudeste e Nordeste são as que possuem o maior descompasso entre esses percentuais. Enquanto o Nordeste possui 28% da população do Brasil e conta com apenas 16,2% do total de médicos, o Sudeste apresenta a maior concentração desses profissionais, possuindo aproximadamente 42% da população brasileira e

quase 60% dos médicos. Essa desigualdade também se evidencia entre os Estados. Os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro concentram 46,16% dos médicos do Brasil, sendo que esse último conta com 8,45% da população brasileira e possui quase 20% do total de médicos^{3,6}. Coincidentemente, a maior concentração de médicos em todo o País está nas grandes cidades ou naquelas que possuem mais agências bancárias(8).

Em um País de dimensões continentais, como o Brasil, faltam médicos nas áreas mais carentes, enquanto, nas grandes cidades, já existem médicos em abundância, cujo mercado não consegue absorvê-los. A distribuição do médico brasileiro é, portanto, irracional, conforme mostra a tabela a seguir.

Tabela 1

Distribuição dos médicos por regiões e Estados. Brasil, 2001.

Região/Unidade da Federação	Percentual da população do Brasil	Percentual dos médicos	Médicos por 1.000 habitantes	PIB per capita (2000)
Norte	7,70	4,10	1,12	3.926
Rondônia	0,82	0,50	1,28	4.077
Acre	0,33	0,15	0,92	3.055
Amazonas	1,68	0,98	1,20	6.710
Roraima	0,20	0,14	1,49	3.443
Pará	3,68	1,90	1,07	3.054
Amapá	0,29	0,14	0,99	4.126
Tocantins	0,69	0,33	0,99	2.117
Nordeste	28,00	16,20	1,20	3.019
Maranhão	3,32	1,04	0,65	1.629
Piauí	1,67	0,71	0,88	1.875
Ceará	4,38	2,29	1,08	2.799
Rio Grande do Norte	1,63	1,20	1,53	3.347
Paraíba	2,01	1,48	1,53	2.682
Pernambuco	4,65	3,75	1,67	3.678
Alagoas	1,66	1,18	1,47	2.488
Sergipe	1,05	0,58	1,15	3.318
Bahia	7,67	3,98	1,08	3.688
Sudeste	42,60	57,70	2,81	8.788
Minas Gerais	10,52	9,75	1,92	5.934
Espírito Santo	1,83	1,80	2,04	6.951
Rio de Janeiro	8,45	19,59	4,82	9.581
São Paulo	21,83	26,57	2,53	10.013
Sul	14,80	14,20	1,99	7.708
Paraná	5,62	5,24	1,93	6.898
Santa Catarina	3,16	2,30	1,51	7.921
Rio Grande do Sul	5,98	6,62	2,30	8.357
Centro-oeste	6,90	7,80	2,34	6.576
Mato Grosso do Sul	1,22	1,09	1,84	5.708
Mato Grosso	1,49	0,88	1,23	5.362
Goiás	2,97	2,57	1,80	4.330
Distrito Federal	1,22	3,25	5,54	14.425

Fonte: IBGE (Censo Demográfico 2000); Ministério da Saúde (DATASUS – IDB 2002).

Devido a essa distribuição fenomenal, os hospitais e centros de saúde das capitais e das principais cidades do interior são repletos de pessoas em busca de assistência médica, embora impere a escassez de profissionais no interior, principalmente pela remuneração aviltante, falta de infra-estrutura social nas pequenas cidades para acolher o médico e seus familiares, mormente no Norte, Nordeste e Centro-Oeste(8).

Na maioria das vezes, há um subdimensionamento proposital da quantidade de médicos necessária para atender à demanda de pacientes, sendo o médico responsabilizado injustamente pela sociedade, quanto ao déficit na área de saúde.

3.6 Mercado de trabalho8

Diante de inúmeras dificuldades para o exercício da sua profissão, o(a) médico(a) brasileiro(a) ainda obriga-se a enfrentar um cruel mercado de trabalho. No Brasil, a população proletariza-se a cada governo (com a freqüente investida de nivelar-se a população por baixo, em relação à questão salarial) em conseqüência das políticas econômicas governamentais desastrosas (reajustam-se os salários em 1 a 5% e as tarifas de energia elétrica em 32%; telefones, em 28%; remuneram a poupança popular em 0,65% ao mês, enquanto os bancos cobram até 15% ao mês sobre o cheque especial e a Constituição Federal limitava os juros de qualquer natureza em 12% ao ano). Assim, firma-se a marcante incoerência dos governos, que, após o médico **Juscelino Kubitschek**, só têm infelicitado o sofrido povo brasileiro. Com esse fato, associe-se a falta de ofertas de empregos e a péssima distribuição de rendas.

O desemprego já alcançou a categoria médica. Cerca de 2.500 médicos no País (em torno de 0,9% do total de 283.000 médicos registrados nos CRMs) estão desempregados e 98,3% estão em atividade (em uma situação privilegiada comparada às demais categorias trabalhadoras, que amargam grande desemprego) percentuais apurados em pesquisa do **Conselho Federal de Medicina** — **CFM** (JAMB n.º 1.327 Especial — Maio e Junho/2003; e

CFM n.º 143 Especial — Maio e Junho/2003). Segundo a mesma pesquisa a renda média do médico brasileiro é de US\$ 1.667 (o ideal seriam US\$ 3.333).

O subemprego, a má distribuição de rendas e a usurpação dos direitos trabalhistas do(a) médico(a), há muito tempo, faz parte da vida desse(a) profissional. Tal fenômeno tem origem, possivelmente, nos fatos de a maioria das instituições brasileiras não possuir condições de contratar um médico por quarenta horas de trabalho semanais, pagando-lhe remuneração justa, face aos elevados encargos sociais e pela formação proposital de um grande contingente de médicos (para suprir o mercado de trabalho) com o objetivo de aviltar-lhe a remuneração. Por outro lado, falta determinação ao Poder Público para remunerar dignamente o pessoal da área da saúde, inclusive o(a) médico(a), não promovendo uma distribuição demográfica racional desse profissional no nosso País. Em consequência, a maioria dos(as) médicos(as) concentra-se nas grandes cidades do País. Há fortes indícios de que são obrigados a enfrentar inúmeras ocupações (objetivando complementar o seu orçamento e diversificar os seus investimentos) tais como: consultório próprio; médico servidor público, inclusive militar; médico de associações e de sindicato; docência de ensino médio, prévestibular e universitária; plantões hospitalares sem regularização trabalhista, às vezes, através de cooperativas de especialistas, que ajudam a burlar essa regularização; médico do trabalho de empresas celetistas; proprietário de hospital, injustamente vedado pelo Código de Ética Médica; proprietário de clínicas; dono de laboratório de análises clínicas e de anatomopatologia; cantor; escritor; músico; jogador de futebol; sócio de supermercado; sócio de organizadora de eventos; sócio de agência de viagem; dono de posto de gasolina; proprietário de colégio; dono de chácaras e pequenos sítios produtores; dono de padaria; proprietário de oficina mecânica e de lava a jato; dono de farmácia, vedado pelo Código de Ética Médica; sócio de distribuidora de automóveis; fazendeiro; proprietário de bar e de restaurante; exercício de atividades industriais e outras atividades comerciais extramedicina.

Em que pesem as inúmeras ofertas de emprego para os profissionais, em diversas especialidades e regiões do País, o maior problema para o médico trabalhador é a baixa remuneração e a usurpação dos seus direitos trabalhistas. Se tomarmos como exemplo um médico que trabalha em um hospital ou em qualquer outra instituição, sem a Carteira de Trabalho (CT) assinada e recebe a importância de **R\$2.500,00** a título de remuneração mensal, perde por ano cerca de **R\$12.941,41** correspondentes ao seguinte: R\$2.988,41 de FGTS; R\$1.800,00 de Gratificação de Titulação (Residência Médica, Mestrado, Especialização, etc.) R\$2.500,00 do 13.º Salário; R\$3.325,00 de férias com acréscimo de 1/3; R\$1.728,00 de Adicional de Insalubridade e R\$600,00 do PIS. Se ele for demitido (ao final de um ano de trabalho) deverá receber mais o seguinte: R\$1.176,56 de multa de 40% do FGTS e R\$2.500,00 de Aviso Prévio. Caso esse mesmo médico trabalhe vinte anos nesse hospital sem a CT regularizada e resolva cobrar os seus direitos na Justiça do Trabalho, só deverá ter direito a R\$74.208,61 (inclusive férias e 13.º salários retidos e dobrados, acrescido de correções e outras verbas indenizatórias) que correspondem aos últimos cinco anos, perdendo o direito a R\$217.625,83 (importância referente aos quinze anos anteriores) pois o direito trabalhista prescreve em cinco anos. Havendo demissão, o ex-empregado terá um prazo de dois anos, para ajuizar a reclamação na Justiça do Trabalho, referente aos últimos cinco anos de atividades (perdendo os direitos aos primeiros dois anos desses cinco, por prescrição, se demorar dois anos para ajuizar a questão). Cabe ao médico prejudicado, o quanto antes, o direito de pleitear na Justiça o reconhecimento do vínculo empregatício com o tomador dos seus serviços.

Vale ressaltar que, em qualquer lugar, no qual o(a) esculápio(a) exerça a sua nobre profissão (seja em uma empresa, no sindicato, em um abrigo de pobres, na Santa Casa, em um hospital milionário, seja no consultório próprio, etc.) será digno(a) do respeito e da admiração da sociedade, desde que a sua importante missão de prevenir, aliviar, tratar e curar os males dos seus pacientes seja exercida dentro dos mais elevados princípios éticos e morais, associados a amplos conhecimentos técnico-científicos e sob a importante tutela da sua perícia profissional.

Diante de todas as adversidades do Mercado de Trabalho do Médico, o profissional esforçado ainda é capaz de superar todos esses obstáculos para conseguir, facilmente, diversas ocupações, que o ajudarão na composição do seu orçamento, cujos valores estão bem acima da maioria das demais profissões.

Esses aspectos da situação socioeconômica do(a) médico(a) brasileiro(a), relativos ao mercado de trabalho, convergem, possivelmente, das seguintes vertentes:

- a) desorganização da Medicina como profissão mobilizável, capaz de ser utilizada como instrumento de pressão social, sobre os órgãos governamentais e instituições privadas, com objetivos reivindicatórios (paralisações, operação padrão, greve, etc.) e assim, impor-se remuneração mínima, justa e razoável, além de boas condições de trabalho;
- b) não valorização dos órgãos de representação da categoria profissional (Sindicato e Federação Nacional dos Médicos) desprezando-se a oportunidade de fortificá-los para pressionar as negociações de acordos e convenções coletivas de trabalho, que incluam boa remuneração para o médico e obrigue o reconhecimento patronal dos seus direitos trabalhistas;
- c) formação a granel de médicos para o mercado de trabalho (em quase toda esquina das grandes cidades brasileiras, há uma Faculdade de Medicina) formando cerca de dez mil médicos por ano, com o objetivo de suprir o mercado de profissionais, mantendo-se a remuneração em baixa;
- d) falta de vontade Governamental em levar a sério a Política de Saúde no nível Federal, Estadual e Municipal (sendo o governo o primeiro a dar o mau exemplo) não destinando ao médico (e aos demais profissionais da área da saúde) uma remuneração digna e o reconhecimento dos seus direitos trabalhistas, situação agravada pela terceirização do setor de saúde;

- e) falta de união dos profissionais que aceitam remuneração aviltante: quando um médico rejeita uma proposta indecorosa e sem regularização trabalhista (ao exemplo de outras profissões) há um enorme contingente na fila de espera, permitindo-se ao detentor da oferta empregatícia a promoção de um verdadeiro leilão (para ver quem aceita menos, a título de remuneração pelo cargo);
- f) proletarização da população brasileira, determinando que cerca de 86% do seu total dependa do provimento assistencial do capenga Sistema Único de Saúde (SUS) pois necessita ser reformulado, conhecido popularmente como Saúde Zero em uma alusão ao governo do Sr. Luís Inácio Lula da Silva, que, até o momento, ainda não teve condições de melhorá-lo; 12% sejam assistido pelos planos de saúde; restringindo-se a melhor fatia do mercado de trabalho do médico (particular) para apenas 2% da população, enfatizando-se que, muitas vezes, realiza tratamentos médicos no exterior. Com esses fatos, a maioria dos profissionais médicos (em torno de 98%) vive dos convênios com planos de saúde privados e em diversos subempregos públicos e privados (além de outras ocupações extramedicina) na busca da sua sobrevivência.

Na Internet (sites de JOBS), nos jornais e nos **Conselhos Regionais de Medicina**, há milhares de vagas para os médicos, no Brasil afora, inclusive para o **PSF**.

A maioria dos hospitais sobrevive, embromando o seu corpo clínico composto, principalmente, por médicos recém-formados e sem pós-graduação. Outros vivem fazendo rodízio de jovens profissionais e médicos veteranos pós-graduados, que ficam pulando de um hospital para outro, porque a maioria deles, além de pagar mal, é inadimplente, chegando a atrasar os pagamentos entre dois a quatro meses, pois não há qualquer compromisso sério das suas diretorias, sobretudo, por falta de pressão dos médicos e dos órgãos de

representação da classe (mormente o **Sindicato e a Federação Nacional dos Médicos**, por falta de prestígio dos médicos a essas instituições). Alguns hospitais públicos agonizam com os seus serviços, atrasando o pagamento dos médicos pela falta de repasse de verbas governamentais e do desastroso sistema de pagamento do **Sistema Único de Saúde (SUS)** contumaz em atrasar as verbas para a rede hospitalar e demais serviços de saúde do País, com reflexos negativos na remuneração médica. Em alguns hospitais e clínicas privadas, a situação é semelhante, pois a sua direção utiliza-se de todas as artimanhas para justificar o atraso da remuneração dos médicos. Em outros hospitais a situação é bem distinta, porque a sistemática de pagamento diferencia-se e é feita diretamente pelo paciente ou pelos planos de saúde.

Há indícios de casos em que o médico obriga-se a parcelar os seus serviços e outros que recebem até objetos e animais como forma de pagamento (aparelhos de TV, microcomputadores, automóveis, gado e outros semoventes) além de notas promissórias. Para piorar a situação do médico ele é vítima de uma das maiores cargas tributária do mundo e, geralmente, por estar na classe média, inclui-se na faixa populacional brasileira que paga imposto (IRPF) no País. Além de ser injustiçado pelo governo e pela sociedade em geral, há indícios de ser vigiado, permanentemente, pelo fisco (um dos mais injustos do mundo, pois tributa essencialmente os trabalhadores com as maiores alíquotas e os bancos e financeiras, com alíquotas irrisórias). O sistema tributário brasileiro é simbolizado pela figura de um leão. Dizem que é manso, mas a sua mordida é extremamente dolorosa. Recomenda-se que o médico jovem procure investir no seu futuro, complementando a sua performance profissional (estudando e atualizando-se frequentemente) e realizando um bom plano de aposentadoria complementar, mantendo um consultório próprio (como pessoa jurídica, para pagar menos impostos) e diversificando as suas atividades entre pública, privada (emprego em empresas) e convênios com planos de saúde. Dentro do possível, deve diversificar os seus investimentos financeiros, pois, em um país como o Brasil (de poucas perspectivas socioeconômicas) o amanhã (exceto para os banqueiros) é muito incerto.

3.7 Salário mínimo do médico8

O salário mínimo do médico, proposto pela Federação Nacional dos Médicos (Fenam) para o ano de 2007 corresponde a R\$3.353,33 (três mil trezentos e cinqüenta e três reais e trinta e três centavos e encontra-se em tramitação no Congresso Nacional, há mais de dez anos. O referido salário mínimo já foi aprovado e vetado por duas vezes pelo então Presidente Fernando Henrique Cardoso. Bastaria que os médicos parlamentares fechassem questão diante da matéria e pedissem regime de urgência para a sua aprovação, que ocorreria com a mesma rapidez da aprovação das matérias do interesse do governo e de certos grupos econômicos, como ocorreu com a autorização para as privatizações (doações vergonhosas das nossas melhores empresas) da liberação dos recursos para o Programa de Estímulo à Reestruturação e Fortalecimento do Sistema Financeiro (Proer). O Proer é uma espécie de lesa pátria que consistiu na doação de bilhões de reais feitas pelo governo FHC aos banqueiros, alguns com indícios de terem falidos fraudulentamente.

Prevalecem na medicina privada os planos de saúde, que, à exceção do sistema **Unimed**, impõem-se com suas atitudes irredutíveis, pagando valores irrisórios para os procedimentos, dos quais, retiradas as despesas e os tributos, restarão em média para o(a) médico(a) o valor aproximado inferior a US\$3,00 (três dólares) por consulta. A Revista **ECONOMIA E MAIS** (Fortaleza-CE — abril de 2001 — ano IV — n.º 50 — págs. 10 e 11) publicou uma interessante matéria do renomado oftalmologista cearense Dr. Valter Justa (que entre tantas outras qualificações é membro da Comissão de Ética do Conselho Brasileiro de Oftalmologia). Nesse artigo, intitulado **A Conta do Médico,** o eminente médico demonstra matematicamente que o(a) médico(a), no seu consultório particular, tem despesas em torno de 73% do total da receita corrente bruta (pagamento de aluguel, condomínio do consultório, pagamento de pessoal e encargos sociais, telefone, energia, impostos, INSS de autônomo, amortização de compra e depreciação de equipamentos, despesas com o CRM, Sindicato e associações médicas, materiais de consumo médico e de limpeza, serviço de contabilidade e despesas de locomoção) restando,

portanto, cerca de 27% como ganho real; o referido lucro (em uma conclusão exagerada do nobre colega) **representa menos do que ganha uma manicure**. Adiante, o **Dr. Valter Justa** disse em relação à falta de reajuste dos serviços prestados pelo(a) médico(a) aos planos de saúde, que, esses planos reajustaram (no mesmo período) as mensalidades dos seus usuários (no período 1996 — 2000, segundo o DIEESE) em 93,4%. Concluiu que, **o trabalho médico vem sendo, cada vez mais, utilizado por terceiros como mercadoria e fonte de lucro.**

Há indícios de que alguns médicos utilizam-se de vários artifícios para melhorarem o seu faturamento, não recomendáveis por não serem éticos nem morais. O correto seria a união de todos os prestadores de serviços e a conseqüente solicitação de melhoria dos valores pagos, ou pedirem o descredenciamento em massa. Agindo de forma individualista, o(a) médico(a) expõe-se e, aparentemente, resolve apenas o seu problema e não, o da sua categoria.

4. Discussão

Na atualidade não há necessidade de abertura de Novos Cursos de Medicina no país. A insistência de formar profissionais indiscriminadamente está relacionada à questão de ser um grande negócio para alguns empresários do ramo educacional, tendo em vista o alto custo das mensalidades de um Curso de Medicina; na grande oferta de mão-de-obra e conseqüente aviltamento salarial, imposição de péssimas condições de trabalho, com a submissão do médico a baixíssima remuneração, não-reivindicação de melhorias trabalhistas e não-adesão ao direito de greve, conseqüências extremamente danosas às condições socioeconômica e reivindicatória da categoria. Além disso, questiona-se a qualidade da formação de médicos por algumas instituições, que por serem desprovidas de Hospital Universitário e visarem o lucro fácil, delegam a complementação dessa formação a terceiros, que não possuem experiência em ensino de tal magnitude. Em favor de alguns Cursos de Medicina Privado há o fato da existência de equipamentos modernos de alta tecnologia e valorização

do seu corpo docente; enquanto no setor público observa-se o sucateamento das Universidades Públicas, com falta de equipamentos, cortes de verbas para manutenção e reequipamento, e desvalorização do seu corpo docente, tudo por falta de investimentos governamentais, principalmente nos governos da Nova República.

Há uma previsão de que a população brasileira atinja duzentos milhões de habitantes em 2010. Pela recomendação da ONU (um médico para cada mil habitantes) não há necessidade de formação de mais médicos, porque há no Brasil acima de trezentos mil médicos em atividade. Deve haver uma distribuição racional dos profissionais e a formação de alguns, deverá ter o objetivo de regularizar a substituição gradual daqueles médicos que se aposentarem ou falecerem precocemente. Há no país número suficiente de profissionais, capazes de suprir a demanda de mercado e atender à população brasileira, nas suas necessidades de manutenção e recuperação da saúde. Também existe no país concentração de médicos nas cidades de maior Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, de acordo com o IBGE e o Ministério da Saúde.

A fixação do médico no interior do Brasil está na dependência de administrações sérias que ofereçam boas condições de trabalho, boa remuneração e condições para abrigar o médico e familiares, não só para esse profissional, bem como para os demais da equipe de saúde, porquanto na atualidade alguns Gestores Municipais, mormente no Interior do Nordeste, limitam-se a adquirir ambulâncias para a remoção de pacientes (para centros mais avançados em assistência médica) ou não cumprem com as suas obrigações financeiras para com os médicos, chegando a atrasar o pagamento em até seis meses, além da falta crônica de condições técnicas para o pleno exercício profissional.

Diante desses fatos contra-indica-se a abertura de **Novas Faculdades de Medicina no Brasil.**

5. Conclusão

Em face de tudo que foi exposto conclui-se que **não há necessidade da abertura de Novas Faculdades de Medicina no Brasil**, porquanto existe número suficiente de profissionais para suprir o mercado de trabalho, de acordo com a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), havendo necessidade de melhorar as condições de trabalho, prover de condições que favoreçam a distribuição racional dos profissionais em todo o País e melhorar a qualidade da formação dos novos profissionais reguladores de mercado, inclusive treinamento posterior através de Residência Médica e outros.

A existência de 172 Cursos de Medicina no Brasil, com a oferta anual de 17.315 vagas(6), determinará no futuro a evasão de médicos para funções inferiores ao seu preparo, tendo em vista a saturação de mercado de trabalho, tal como já ocorreu com outras profissões.

Enfim, é necessário a união dos seguidores da arte de Hipócrates no Brasil, prestigiando os órgãos e associações de representação de classe, para lutarem por uma profissão quase em queda, senão a Medicina no País poderá ser brevemente uma profissão de desencontro, com mais exigências da sociedade, quebra do decoro profissional (por infrações ao Código de Ética Médica), devido à oferta indiscriminada de profissionais formados pelos inúmeros Cursos de Medicina; e, o futuro do médico brasileiro venha a ser sombrio, senão proletário.

6. Referências

- 1) Associação Médica Brasileira (AMB). JAMB n.º 1.327 Especial, Brasília, maio e junho de 2003.
- 2) BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (Links)
- 3) BUENO, Ronaldo da Rocha Loures e PIERUCCINI, Maria Cristina. Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: Relatório de um cenário sombrio. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, Brasília, 2004.
- **4) Conselho Federal de Medicina (CFM)**. CFM n.º 143 Especial, Brasília, maio e junho de 2003.
- 5) Conselho Regional de Medicina do Estado Ceará. www.cremec.gov.br
- 6) Escolas Médicas do Brasil. www.escolasmedicas.com.br.
- 7) PÓVOA, L. e MÔNICA VIEGAS ANDRADE. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.
- **8) PRESTES, Jorge.** Companheiro do Médico, Registrado no Departamento de Direitos Autorais da Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro, 2003.



Das vagas de Internato no estado do Ceará: Um estudo situacional.



1. INTRODUÇÃO

1.1 Diretrizes Curriculares

De acordo com BRASIL (2001), o perfil do formando egresso do curso de graduação em Medicina abrange uma formação generalista, baseada no humanismo, com habilidade crítica e reflexiva. Almeja-se a capacidade de atuação, dentro da Ética, no processo saúde/doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da atenção integral, socialmente responsável e compromissada com a cidadania.

O labor dos profissionais de saúde deve fundamentar-se na capacidade de tomar decisões apropriadas no tocante à terapêutica; no domínio da habilidade comunicacional; na capacidade de liderança; na aptidão de gerenciamento e administração e na responsabilidade da educação continuada, afirma BRASIL (2001). Segundo BRASIL (2001), os conteúdos curriculares para o curso de graduação em Medicina devem relacionar-se ao processo saúde doença, em sua universalidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional.

Conforme refere BRASIL (2001), além dos conteúdos curriculares, a formação médica também prevê estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, dentro das grandes áreas da Medicina, em regime de internato. As atividades devem abranger os níveis de atenção de maneira integral, sendo eminentemente práticas.

1.2 O Internato no Ceará

No Ceará, três instituições ligadas à esfera estadual possibilitam o estágio curricular obrigatório da graduação em Medicina às escolas médicas existentes: Hospital Geral César Cals (HGCC), Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). Vale-se ressaltar o papel de outras instituições da esfera estadual, como o Hospital de Messejana, o Hospital São José e o Hospital de Saúde Mental de Messejana, que contribuem com o ensino através dos eletivos e dos estágios extracurriculares.

O Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) contempla os alunos da Universidade Federal do Ceará de Fortaleza e de seus campi no interior do estado.

A Prefeitura Municipal de Fortaleza, através do Sistema Municipal de Saúde Escola, disponibilizou às Instituições de Ensino Superior da cidade as unidades de saúde de suas regionais, visando à constituição de serviços de saúde cujas práticas são vinculadas ao ensino.

Com a crescente demanda de vagas no internato, devido à abertura de novas escolas médicas, faz-se necessário o aumento da oferta atual de vagas, visando à adequação ao crescente número de acadêmicos de Medicina.

Após a coleta de dados junto a chefes de serviço e a interno das instituições estaduais supracitadas, elaborou-se um quadro diagnóstico da

atual situação do Internato no estado do Ceará, revelando a disparidade entre a demanda de acadêmicos e a oferta de vagas.

O estudo visa a constituir o momento presente dentro do internato, no estado do Ceará, também estimando a situação a curto prazo, com o estabelecimento completo das escolas médicas existentes.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Diretrizes curriculares e oferta de vagas

De acordo com BRASIL (2001), o estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço na graduação em Medicina, denominado Internato, ocorrerá em serviços próprios ou conveniados, sob a supervisão direta de docentes da Escola ou Faculdade. A carga horária mínima deverá alcançar 35% da carga horária total da graduação.

O Internato deve incluir aspectos essenciais em Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, contemplando atividades nos três níveis de atenção, em cada área. O estágio, de atividades majoritariamente práticas, não pode apresentar carga teórica superior a 20% do total do estágio, conforme afirma BRASIL (2001).

Em 2004, em Fortaleza, havia apenas o Internato do Curso de Medicina da UFC de Fortaleza, ministrado em três semestres, perfazendo, à época, cerca de 225 internos a serem distribuídos no complexo hospitalar da universidade e em outros serviços públicos.

Deu-se então a expansão do ensino médico local, com a abertura da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, em 2000, com ingresso semestral de 50 alunos; dos campi da Universidade Federal do Ceará, em 2000, em Sobral e Barbalha, com ingresso anual de 40 alunos cada; da Universidade Estadual do Ceará, em 2003, com ingresso anual de 40 alunos; da Universidade de Fortaleza, em 2006, com ingresso semestral de 60 alunos e da Faculdade Christus, com ingresso semestral de 56 alunos.

Em 2007, com a paulatina chegada ao Internato dos alunos das escolas supracitadas, o total de acadêmicos habilitados para o estágio é de 700 alunos, em todo o estado do Ceará. As cursos implicados nessa expansão buscaram o credenciamento e habilitação de serviços para sua utilização, a exemplo da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, dos campi de Barbalha e Sobral da Universidade Federal do Ceará e da Universidade Estadual do Ceará.

Em 2013, com a total implantação das escolas médicas em funcionamento, haverá 1204 internos, provenientes da esfera pública e privada, que deverão ser alocados em hospitais de ensino. Vale ressaltar que esse número pode ser maior, com a vinda de estudantes de outros estados.

Nos idos de 2005, aproveitando-se da fragilidade da legislação vigente, que permitia a realização integral do Internato fora da sede do curso, parte do alunado encaminhou-se a Fortaleza, ocasionando transtorno nos serviços, demandando a adequação de um maior número estudantes em uma quantidade limitada de vagas.

A despeito da modernização de alguns hospitais de ensino e do estabelecimento do Sistema Municipal de Saúde Escola, o número de vagas de Internato, na cidade de Fortaleza não foi elevado, esbarrando no aumento da quantidade de pretensos internos, porquanto limitado pela disponibilidade de leitos.

2.2 Os Hospitais Estaduais em Fortaleza

O Hospital Geral César Cals, unidade hospitalar de atenção terciária do Estado, atua como Centro Formador de Recursos Humanos na Área da Saúde, integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, com atendimento Ambulatorial e Hospitalar, possui 323 leitos distribuídos em Unidade de Tratamento de Urgência – UTU, Unidade de Tratamento Intensivo – UTI, Clínica Médica, Clínica de Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Pediatria, Proctologia, Ginecologia, Obstetrícia, Ortopedia, Urologia, Neurologia, Cirurgia Neurológica, Of-

talmologia, Otorrinolaringologia, Neonatologia, Anestesiologia, Gasoterapia, Hemodiálise; assistência especializada pelo Programa de Atendimento Domiciliar – PAD, atenção à gestante de risco e realiza triagem neonatal. Faz cirurgias de pequena, média e de grande complexidade, entre as quais transplantes renais.

Conta com serviços auxiliar de diagnóstico e tratamento, como eletrocardiograma ECG, eletroencefalograma EEG, eletromiografia, tococardiografia, audiometria, ergometria, mamografia, tomografia computadorizada, ultrasonografia, ecocardiografia, patologia clínica, radiografia convencional, ressonância magnética e outros exames complementares e tratamento multiprofissional interdisciplinar.

No HGCC, as estimativas demonstram uma média de 17 alunos da UFC por turma semestral do curso. Na graduação dessa instituição, o rodízio dentro das áreas básicas do internato é efetivado a cada quatro meses. Os alunos da UECE, cujo regime é anual, perfazem 3 meses de treinamento em cada serviço, mantendo uma média de 12 alunos durante o período. A instituição também recebeu 32 alunos provenientes da FMJ, cujo período de entrada e saída do treinamento não pôde ser precisado pela instituição.

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) é uma unidade hospitalar de atenção terciária do Estado, que atua como Centro Formador de Recursos Humanos na Área da Saúde. Integra o Sistema Estadual de Urgência e Emergência, com atendimento Ambulatorial e Hospitalar. Dispõe de 323 leitos distribuídos em Unidade de Tratamento de Urgência – UTU, Unidade de Tratamento Intensivo – UTI, Clínica Médica, Clínica de Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Pediatria, Proctologia, Ginecologia, Obstetrícia, Ortopedia, Urologia, Neurologia, Cirurgia Neurológica, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Neonatologia, Anestesiologia, Gasoterapia e Hemodiálise. Realiza assistência especializada através de Programa de Atendimento Domiciliar – PAD, atenção à gestante de risco e realiza triagem neonatal. Faz cirurgias de pequena, mé-

dia e de grande complexidades, entre as quais transplantes renais. Conta com serviços auxiliar de diagnóstico e tratamento, como eletrocardiograma, eletroencefalograma, eletromiografia, tococardiografia, audiometria, ergometria, mamografia, tomografia computadorizada, ultrasonografia, ecocardiografia, patologia clínica, radiografia convencional, ressonância magnética e outros exames complementares e tratamento multiprofissional interdisciplinar.

O HGF dispõe de informações mais detalhadas a respeito das vagas para internato em seus serviços, a saber: 32 vagas em Clínica Médica; 20, em Cirurgia; 20, em Pediatria e 14, em Ginecologia e Obstetrícia, totalizando 81 vagas. Ressalta-se a variabilidade desses dados, entre limites mínimo e máximo. Dispõe de 15 vagas semestrais para internos provenientes da UFC e 20 vagas anuais para a UECE. O restante das vagas é preenchido por alunos de outras universidades, após atendida a demanda das escolas públicas de Medicina.

O Hospital Infantil Albert Sabin configura-se como unidade hospitalar de atenção terciária para o Estado, dispondo de 280 leitos cadastrados e 290 operacionais. Atua como Centro Formador de Recursos Humanos na Área da Saúde, integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, Assistência a Queimados e de Triagem Neonatal. Hospital geral pediátrico, de referência nível terciário, com Unidade de Urgência/ Emergência, dispõe de atendimento ambulatorial e hospitalar em clínicas pediátricas e cirúrgicas de pequena, média e alta complexidade; exames complementares especializados, UTI pediátrica, CTI (Centro de Tratamento Intensivo) Neonatal e Atendimento ao Adolescente e PAD (Programa de Atendimento Domiciliar). Abrange as seguintes Clínicas: Cardiologia, Pneumologia, Alergologia, Endocrinologia, Neurologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Oftalmologia, Cirurgia Infantil, Traumatologia, Ortopedia, Oncologia e Hematologia. Possui Centro de Atendimento Oncológico, internação domiciliar, assistência ambulatorial especializada em Ginecologia e Obstétrica para adolescente e Pediatria Geral e Obstetrícia, assistência ambulatorial de alta complexidade em quimioterapia e terapia renal substitutiva, com apoio diagnóstico em Patologia Clínica, Radiodiagnóstico, Ultrassonografia, Anatomia Patológica, ECG, EEG, Endoscopia, Broncocospia e Tomografia Computadorizada.

O HIAS recebe internos provenientes do HGCC, estudantes da UFC e da UECE, em número de quinze e quatro por turma de graduação, respectivamente. Os alunos da UFC subdividem-se em turmas de quatro a cinco alunos, que permanecem quatro meses e quinze dias em cada serviço. Os estudantes da UECE despendem três meses nos mesmos departamentos. Os serviços ofertados são, a saber: Pediatria Geral, Emergências Pediátricas, Neonatologia, com opcional do quarto mês em Cirurgia.

O Hospital de Messejana (HM) constitui-se como serviço de atenção terciária do Estado, Centro Formador de Recursos Humanos na Área da Saúde, com 216 leitos cadastrados no SUS e 235 leitos operacionais, prestando assistência ambulatorial e hospitalar especializada, com urgência e emergência na área de Pneumologia e Cardiologia, com serviços de Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Torácica e Transplante Cardíaco, Cirurgia de médio e grande porte, UTI cardiológica e UTI – respiratória, com unidade de atendimento ambulatorial especializado em Cardiologia, Pneumologia, hipertensão arterial, tuberculose e nefropatia, com apoio diagnóstico de Endoscopia, Radiologia, Ultrassonografia, ECG, Mapa, Holter, Ecocardiograma, Ergometria, Espirometria, Hemodinâmica, Tomografia Computadorizada e Patologia Clínica, e exames complementares e terapêuticos especializados e PAD (Programa de Atendimento Domiciliar).

O HM, no tocante à função de hospital de ensino, disponibiliza-se para a realização de eletivos do internato, além de servir como campo de estágio extracurricular. O Curso de Medicina da UECE utiliza a instituição para aulas práticas clínicas de seu currículo.

O Hospital São José (HSJ) configura-se como unidade hospitalar de atenção terciária do Estado, dispondo de 111 leitos cadastrados no SUS e 128 operacionais, dos quais 20 são de Hospital-Dia para AIDS e 7 de

UTI. Atua como Centro Formador de Recursos Humanos na Área da Saúde em doenças infecciosas e AIDS. Integra o Sistema Estadual de Urgência e Emergência, especializado em doenças infecciosas, tropicais e DSTAIDS, com atendimento ambulatorial e hospitalar e hospital dia em AIDS, com o PAD (Programa de Atendimento Domiciliar); funcionando com as Clínicas: Tisiologia, Infectologia Geral e AIDS e Apoio Diagnóstico em ECG, Endoscopia digestiva alta, Radiologia, Ultrassonografia abdominal, pélvica, torácica e transfontanelar, Eletrocardiograma e Patologia Clínica.

O HSJ, como hospital de ensino, dispõe-se para a realização de eletivos do internato, servindo também como campo de estágio extracurricular. O Curso de Medicina da UECE utiliza a instituição para aulas práticas clínicas de seu currículo.

O Hospital Geral Waldemar de Alcântara, dispõe de 245 leitos, 8 UTIs pediátricas, 7 UTIs Neonatais com uma média mensal de 800 internações, é um Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), qualificado como uma Organização Social de Saúde. Tem a missão de prestar serviços de saúde em nível secundário aos usuários do SUS referenciados por hospitais públicos terciários do Ceará, via Central de Regulação de Leitos do Estado e Município, de acordo com CEARÁ(2007).

O HGWA, como hospital de ensino, oferece Internato em suas dependências, que após o estabelecimento de seus programas de Residência Médica cujas seleções estão em andamento, tende a consolidar-se, no cenário da Educação Médica local. Também disponibiliza-se para a realização de eletivos do internato, servindo também como campo de estágio extracurricular. O Curso de Medicina da UECE utiliza a instituição para aulas práticas semiológicas e clínicocirúrgicas de seu currículo.

O Hospital de Saúde Mental de Messejana dispõe de pronto atendimento 24 horas. Há, no hospital, uma unidade de desintoxicação, na qual os drogadictos recebem atendimento ambulatorial. Os 160 leitos da unidade de internamento são destinados a pacientes agudos. Na institui-

ção, também funciona o Núcleo de Atendimento Infanto-Juvenil, que atende crianças e adolescentes de todo o Estado.

O HSMM, como hospital de ensino, dispõe-se para a realização de eletivos do internato, servindo também como campo de estágio extracurricular.

2.3 O Sistema Municipal de Saúde Escola

Segundo BARRETO (2006), o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) tem por idéia principal a criação de uma Estratégia de Educação Permanente em parceria com as instituições de ensino, organizações não governamentais e movimentos populares, direcionando a rede municipal de serviços de saúde à educação contextualizada e ao desenvolvimento profissional. As instituições de ensino superior que compõem SMSE são a Universidade Federal do Ceará (UFC), a Universidade Estadual do Ceará (UECE), a Universidade de Fortaleza (UNIFOR), a Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESPCe) e a Faculdade Christus.

BARRETO (2006) afirma que o SMSE dividiu entre as Instituições de Ensino Superior (IES) as Unidades do Serviço de Saúde Municipal, dentro das regionais da cidade. Caberia às IES o papel de coordenar a formação de profissionais de saúde, vincular a educação aos serviços, adequando os curriculos da graduação às necessidades em saúde.

De acordo com dados de BARRETO (2006), cabe à UFC a utilização das estabelecimentos de saúde presentes nas Regionais I, III e IV, que perfazem, juntas um total de 41 unidades de saúde. À UECE coube a Regional IV, que dispõe de 12 unidades de saúde; à UNIFOR, a Regional VI, que possui 19 estabelecimentos e à Faculdade Christus, em parceria com a Escola de Saúde Pública (ESPCe), a regional II, com 16 unidades de saúde.

Com a implantação do programa Residência Médica em Medicina de Família e de Comunidade, provido pela Prefeitura Municipal,

agrega-se profissionalismo à formação de recursos humanos em saúde da capital cearense.

A iniciativa da Prefeitura de Fortaleza é louvável, por ser pioneira na implantação de uma rede de ensino em saúde, prevista para atender as demandas das IES, que poderão alocar a comunidade estudantil nos serviços.

2.4 As Novas Escolas Médicas

Com o advento das escolas médicas da FMJ, da UECE, da UNIFOR, da Faculdade Christus e dos campi interioranos da UFC, originou-se o déficit de vagas no treinamento em serviço. As instituições trataram de encontrar alternativas para alocar o alunado, credenciando e equipando hospitais, compondo uma rede de hospitais de ensino.

A UECE, instituição da esfera estadual, tem acesso às instituições de saúde vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde (SESA), estando, pois, em situação confortável quanto à demanda de acadêmicos versus a quantidade de vagas disponíveis. O Internato, realizado em três semestres, quando de sua completa implantação, apresentará quadro de oitenta discentes simultâneos, a serem alocados entre os hospitais estaduais.

A FMJ investiu em complexo hospitalar próprio, adequando infraestrutura e recursos humanos à necessidade de treinamento em serviço. Com isso, visou à fixação acadêmica na região, pretendendo a constituição do Internato em acordo com a realidade das terras caririenses. Já possui internato totalmente implantado, com 200 alunos em treinamento nos serviços credenciados.

A UFC, em seus campi de Sobral e Barbalha, realizou convênios com hospitais locais já estabelecidos na prestação local de serviços de saúde, agregando a qualidade de hospitais de ensino a serviços já renomados, dentro do universo interiorano da saúde cearense.

É válido fazer referência à Síntese de Proposta da UFC para o Programa REUNI, que prevê o regime semestral para os cursos de Sobral

e Barbalha, duplicando a quantidade de alunos e o acréscimo de cinco vagas por semestre, no curso da UFC de Fortaleza, de acordo com UNI-VERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (2007). A iniciativa contribuirá, sobremaneira, para a problemática da escassez de vagas no Internato do ensino médico local.

A UNIFOR e a Faculdade Christus ainda não explicitaram seus projetos no tocante ao estágio de treinamento em serviço. Há quem advogue a constituição de serviços próprios para o atendimento da demanda do alunado, da mesma forma que há quem defenda o aprendizado dentro de hospitais credenciados ao Sistema Único de Saúde. Permanece, assim, uma questão nebulosa, indefinido o posicionamento das graduações quanto ao caminho a ser seguido.

2.5 Vagas e Demanda

De acordo com estimativa dos chefes de serviço e de internos dos três hospitais consultados, a quantidade de vagas ofertadas nos três serviços públicos que oferecem treinamento em serviço, na cidade de Fortaleza, é de, aproximadamente, duzentas e dez vagas, que mesmo apesar do constante rodízio de estudantes, permanece bem distante da quantidade de acadêmicos estudando nas escolas de Medicina da capital.

A figura 1 reflete a evolução da quantidade de alunos no Internato, em escolas públicas e privadas, denotando o rápido crescimento do número de acadêmicos de Medicina sob treinamento em serviço.

No figura 2 vemos a distribuição de alunos por escolas médicas no ano de 2007 e 2013. Observa-se prevalência da comunidade acadêmica proveniente das escolas públicas em relação às escolas privadas. Na figura 3 observa-se a inversão da proporção entre escolas médicas públicas e privadas; essas passam a prevalecer.

2.6 Perspectivas e Soluções

Diante do atual sistema de Internato, desconexo e sub-aproveitado é desanimador o futuro do treinamento acadêmico em serviço no estado do Ceará. Os serviços desconhecem sua capacidade de suporte a internos, apenas a estimam, dentro de valores aproximados.

Muitas vezes, os serviços são abarrotados por estudantes encaminhados às custas de ordens judiciais, impetradas por escritórios "especializados", burlando, com artifícios, a legislação vigente, segundo afirma SILVA (2005).

Propõe-se a constituição de um sistema em rede, a exemplo do SMSE, da Prefeitura de Fortaleza, alocando os internos dentro dos serviços conveniados.

Admite-se como vantajosa a habilitação de outros hospitais conveniados ao SUS, a incorporação dos Frotinhas e o credenciamento dos demais hospitais da rede estadual.

Haja vista as entidades responsáveis não terem conseguido controlar a proliferação de escolas médicas, naturalmente, o mercado da profissão médica, no Ceará, estará saturado em alguns anos. O povoamento médico do interior cearense não se dará devido à oferta de remuneração adequada e de boas condições de trabalho; ocorrerá de acordo com as cruéis leis do mercado.

Visando a amenizar a produção quantitativa e não qualitativa de profissionais médicos, sugere-se, juntamente à fiscalização rigorosa das escolas médicas, o estabelecimento do Exame de Ordem, à exemplo do que é aplicado aos bacharéis em Direito.

3.CONCLUSÃO

É notável a disparidade entre o número de acadêmicos em vias de chegarem ao internato e o número de vagas disponíveis. A questão agravas-e com a projeção numérica de acadêmicos de Medicina, no Ceará, nos anos vindouros.

Os profissionais egressos de escolas médicas, sejam da esfera pública ou privada, devem ser formados de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, levantando a dúvida quanto ao estabelecimento em que devem realizar seu treinamento em serviço.

Questiona-se a capacidade dos serviços da esfera pública em absorver, sem prejuízo, os alunos da UFC, prioritários por tradição, e os alunos da UECE, prioritários por direito, os alunos provenientes das escolas particulares, em seu serviços de referência.

O Internato de Medicina, como treinamento ativo em serviço, deve ser admitido como política formadora de recursos humanos em saúde e tratada como tal. Admite-se como necessária a criação de comissões de planejamento e estudo dos serviços a serem utilizados, com o estabelecimento de critérios para sua ocupação.

Tem-se assim a organização da peça-chave na formação do profissional médico, contribuindo para a qualidade em atendimento e terapêutica da Medicina cearense.

4. ANEXOS

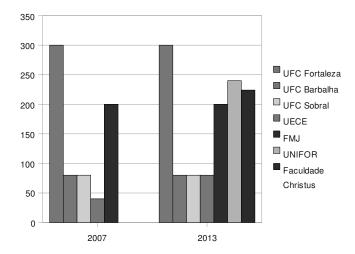


Figura 1: Quantidade de acadêmicos no Internato, por curso de graduação, nos anos de 2007 e 2013.

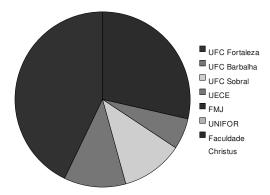


Figura 2: Distribuição dos internos por escola, no ano de 2007.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior.
 Resolução CNES/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.38;
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Conselho Universitário. Síntese da Proposta da UFC para o Programa REUNI. Disponível em:
- http://www.ufc.br/_files/reitoria/reuni_sintesepropostaUFC.pdf Acesso em: 5 dez. 2007;
- CEARÁ. Secretaria de Saúde. Unidades Estaduais de Saúde. Hospital Geral
 Waldemar de Alcântara. Disponível em: http://www.saude.ce.gov.br/internet/
 Acesso em: 5 dez. 2007;
- BARRETO, IVANA CRISTINA H. C; ANDRADE, LUIZ ODORICO MONTEIRO;

LOIOLA, FRANCISCO; PAULA, JULIANA BRAGA DE; MIRANDA, ALCIDES SILVA DE; GOYA, NEUSA. A educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de SaúdeEscola: o caso de Fortaleza (CE) / Permanent education and the construction of the municipal school health systems: the case of Fortaleza (CE). Divulg. saúde debate. (34):3146, maio 2006;

 SILVA, MARCELO GURGEL CARLOS DA. Transferências para o curso de Medicina. Educação Médica no Ceará: crônicas e ensaios escolhidos. Fortaleza, págs.61 e 62, set. 2005.

Abertura de Novas Escolas Médicas: Análise de Dados



PREÂMBULO

Às vésperas de se completarem 200 anos da fundação da primeira Faculdade de Medicina no Brasil, vivemos um período de vertiginoso aumento do número de novas faculdades e de ampliação das vagas nos cursos pré-existentes. Já decorrida mais de uma década desde quando se exacerbou esse crescimento, faz-se necessário avaliar as causas dessa expansão, os meios utilizados para tal e suas conseqüências, uma vez que a nova leva de Faculdades começa a formar suas primeiras turmas.

Este trabalho se propõe a analisar alguns argumentos usados para justificar a referida expansão, dentre eles a ampliação do acesso ao ensino superior brasileiro e a necessidade de interiorização da medicina, baseando-se em dados estatísticos.

ANÁLISE DE DADOS

I – A ampliação do acesso

Atualmente, embora haja regras definidas e pré-requisitos para se criar uma Faculdade de Medicina, esse procedimento parece ser cumprido com maior destreza e prontidão do que o foi a simples assinatura da Carta-Régia de Dom João VI para fazer nascer a então Escola de Cirurgia da Bahia. Senão, vejamos.

O Brasil possuía, até 1996, 84 escolas médicas, das quais 50 públicas (59,5%) e 34 privadas (40,5%). Hoje são 172 escolas. Em cerca de 10 anos, portanto, mais que dobramos esse número, abrindo mais instituições do que nos outros 190 anos posteriores ao Bloqueio Continental. Das 88 novas faculdades criadas neste último decênio, 68 são privadas (77,3%) e apenas 20 são públicas (22,7%).

Em números totais, atualmente são 102 escolas particulares (59,3%) e 70 públicas (40,7%), o que demonstra não só que se aumentou o número de faculdades, como também que esse aumento se deu às custas das instituições privadas, que hoje superam em número as faculdades públicas, invertendo-se, dessa forma, a proporção que havia em relação às públicas há cerca de dez anos.

Quadro 1: Faculdades de Medicina no Brasil até 1996

	Número Absoluto	Porcentagem
Públicas	50	59,5%
Particulares	34	40,5%
Total	84	100%

Quadro 2: Faculdades de Medicina no Brasil em 2007

	Número Absoluto	Porcentagem
Públicas	70	40,7%
Particulares	102	59,3%
Total	172	100%

Como se pode imaginar, é grande o interesse do setor privado em abrir e manter Faculdades de Medicina, o que casa com a postura do Estado brasileiro nos últimos anos: ao adotar o modelo neoliberal de gestão, ele exime-se da responsabilidade de oferecer educação à população, delegando essa prerrogativa ao setor privado. No entanto, os altíssimos custos para instalação e manutenção de um curso médico são repassados aos alunos na forma de altas mensalidades. O **Quadro 3** exemplifica esse fato com a descrição das mensalidades cobradas pelas faculdades de medicina particulares do Estado do Ceará. Embora se argumente que a expansão amplia o acesso ao ensino superior brasileiro, ao menos no caso da medicina, esse argumento é enviesado, já que o aumento no número de vagas não se traduz necessariamente na ampliação do acesso, devido ao baixo poder aquisitivo da população.

Quadro 3: Mensalidades das Faculdades de Medicina particulares no Ceará

Instituições	Mensalidades
Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte - FMJ	R\$ 2 436,63
Faculdade Christus	R\$ 3 030,00
Universidade de Fortaleza - Unifor	R\$ 3 140,00

Dessa forma, não é difícil que as regras do mercado acabem por interferir na composição do alunado dessas Faculdades e nos objetivos da formação por elas oferecida. E não nos parece ser intenção dos que estão à frente dessas instituições esconder tal fato. Em reportagem da Revista Fale! (*O boom da Medicina*, disponível em <www.revistafale.com.br>), ao responder sobre a qualidade do ensino privado de medicina, o Coordenador Pedagógico do Curso de Medicina da Unifor, Henrique Sá, afirma que a educação hoje é um negócio como outro qualquer:

"Henrique argumenta que a educação no Brasil é um espaço de negócios, mas que 'a questão é se esse negócio está sendo bem gerenciado ou não'. 'Não se pode julgar o negócio pelo negócio, mas sim pelo produto', diz. Para ele, o ensino privado de Medicina não é fator de má qualidade. 'Esse argumento é antiquado'. O professor também acredita que difundir essa idéia é uma estratégia de coorporativismo. [SIC] Ele diz que impedir a abertura de mais faculdades de Medicina e, assim, não ter novos profissionais no mercado é uma tentativa de 'segurar a concorrência'."

Sendo um 'negócio', e esse 'negócio' sendo julgado através da qualidade do seu 'produto', é natural que os proprietários e gerentes do 'negócio' se esforcem para que seu 'produto' agrade ao mercado consumidor. Na referida entrevista, pois, representantes das três faculdades particulares do Ceará admitem que suas instituições visam à formação de médicos para suprir as demandas do Programa de Saúde da Família (PSF).

"De acordo com o professor Henrique Sá, quase não há esse tipo de médico nas grandes cidades. Para exemplificar, ele contou que no último concurso do Programa Saúde da Família houve mais vagas que médicos para preenchê-las. Na Unifor, de acordo com o professor, há 90 horas de atividades de atenção primária em saúde. "A maioria das faculdades tem um ensino essencialmente hospitalar. Nós queremos introduzir um forte componente de medicina preventiva".

O professor Antônio Ribeiro da Silva Filho, Coordenador da Faculdade Christus, segue a mesma linha de raciocínio:

"Já Ribeiro fala da experiência das aulas práticas em postos de saúde, possibilitadas por um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde – SMS – e as faculdades de Medicina de Fortaleza e que acontecem já a partir do primeiro semestre".

No interior do Estado, não tem sido diferente, conforme relato do professor José Afonso Bruno, então diretor da FMJ:

"A FMJ, como conta José Afonso, tem um 'projeto inovador', pois teve a grade curricular construída para atender às demandas do Programa Saúde da Família — PSF. 'O Brasil está voltado para o PSF. A FMJ pretende atender a essa política'. Segundo ele, dos quarenta médicos formados recentemente pela faculdade, a maioria trabalha com saúde da família".

Parece-nos que o argumento de que a expansão das Faculdades de Medicina serve para atender a necessidade social do acesso ao ensino superior brasileiro não se sustenta diante das estatísticas e declarações supracitadas, uma vez que nem todos têm condições financeiras para conseguir esse acesso. Ademais, em muitas faculdades, as preocupações mercadológicas (por exemplo, com o número de vagas sobrando no mercado de trabalho) quando não são os principais alvos da formação por elas oferecida, estão dentre os principais aspectos a serem priorizados, fechando um ciclo que exclui a análise da verdadeira necessidade social, tanto para os ingressos como para os egressos dos cursos de medicina.

II - A concentração de médicos e a necessidade de interiorização.

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), são 322.774 médicos ativos no Brasil. Desses, 48.740 estão na Região Sul e 184.529 encontram-se na região Sudeste do país. Portanto, mais de 70% dos médicos do país encontram-se nessas duas regiões. Ainda segundo os dados do CFM (disponíveis em: http://www.portalmedico.org.br/), dos 322.774 médicos, 172.936 atuam nas capitais (53,6%).

Não obstante 70% dos médicos estarem atuando no Sul e no Sudeste do país, e mesmo com todos os Estados dessas regiões apresentando relação médico/habitantes superior a 1 para 600, das 88 novas Faculdades de Medicina (1997-2007), 48 delas foram instaladas nessas regiões (54,5%).

Ora, se é notório que se faz necessário diminuir a concentração de médicos nos grandes centros e interiorizar a profissão médica, não se pode justificar a atual expansão das faculdades sob a ótica desses argumentos, visto que, dessa forma, ela só tende a acentuar as disparidades encontradas na distribuição dos profissionais médicos pelo país. Só nos resta pensar, mais uma vez, que a aberturas dos novos cursos é regulada pelo mercado da procura do 'produto' medicina. Assim, onde há uma maior mercado para que as Faculdades se implantem, aí elas irão se fixar.

Para se comprovar como cursar ou ter os filhos cursando Medicina é hoje um grande objeto de consumo de muitos setores da nossa sociedade, especialmente nas capitais, basta ver os grandes jornais de circulação diária de Fortaleza. Constantemente eles são abarrotados por anúncios dos grandes colégios e cursinhos, que dão grandes destaques aos seus alunos aprovados para Medicina, relevando todos os demais cursos a um segundo plano. Assim, a Medicina, além de ser uma grande fonte de lucros para instituições de ensino superior, transforma-se no grande carro-chefe das propagandas e, conseqüentemente, dos lucros das instituições de ensino médio e cursinhos pré-vestibulares. Algumas dessas instituições até logram êxito em ter sob a sua tutela os três segmentos (ensino médio, cursinho e curso de Medicina). Lucram, pois, triplamente.

Além das interferências do mercado na aberturas de novas faculdades de medicina, outro fator que desvirtua a análise da necessidade social são as interferências de cunho político. Devido ao status que a Medicina representa, é de grande interesse para prefeitos, deputados, senadores, governadores e demais políticos conseguir a implantação de cursos médicos nas cidades que constituem suas bases eleitorais. Assim, muitas vezes a motivação eleitoreira torna-se mais importante que a análise das condições locais, da necessidade da região, etc. Dois exemplos podem ilustrar tais distorções.

Em abril de 2007, o ex-reitor da Universidade Federal do Ceará (UFC) e ex-presidente do Conselho Nacional de Educação (CNE), Roberto Cláudio

Frota Bezerra participou de um debate cujo tema era "Abertura de Novas Escolas Médicas", promovido no Curso de Medicina do Cariri (expansão da UFC situada no município de Barbalha) por ocasião do XIII Encontro Regional dos Estudantes de Medicina (EREM), da Regional Nordeste II da DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina). Ao ser questionado acerca da falta de critérios de necessidade social para abertura de novas faculdades, ele revelou que, à época da implantação do Curso de Medicina do Cariri, a Administração Superior da UFC fez um projeto para que o curso funcionasse em Barbalha, como é hoje. Porém, ao apresentar o projeto a um futuro parceiro na empreitada, recebeu fortes pressões de setores do alto escalão do Governo do Estado para que se mudasse a sede do Curso para Juazeiro do Norte. O motivo alegado abertamente: "Juazeiro tem três vezes mais eleitores que Barbalha". No final das contas, o Curso foi mesmo para Barbalha; mas as pressões para mudança existiram.

Outro episódio que se tornou público, aconteceu no estado vizinho da Paraíba, quando da implantação do campus avançado da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Duas cidades (e seus respectivos representantes) travaram luta feroz para conseguir trazer a nova Faculdade de Medicina, hoje já em funcionamento. Até mesmo dirigentes da direção da Universidade envolveram-se nessa disputa entre os municípios de Sousa e Cajazeiras. A contenda teve inclusive campanha popular, até mesmo com exposição de cartazes e adesivos em veículos defendendo que este ou aquele município deveria abrigar o novo curso. Após grande repercussão no Estado, Cajazeiras hoje sedia um dos 174 cursos de medicina do país.

Como se vê, são muitos os vieses na implantação dos novos cursos de medicina ao longo dos últimos anos no nosso país. Nem sempre os argumentos utilizados para justificar tal expansão correspondem a premissas válidas. Ao contrário, muitas vezes servem apenas de sofismas para encobrir os reais interesses. Faz-se necessário frear esse processo de expansão, avaliar a qualidade das escolas atuais – e melhorá-las, se for o caso – e planejar o futuro da educação médica brasileira daqui pra frente, livre de interesses escusos.

BIBLIOGRAFIA

- Bueno, RRL, Pierucinni, MC: Abertura de Escolas de Medicina no Brasil Retrato de um Cenário Sombrio. 2ª edição. Associação Médica Brasileira/ Conselho Federal de Medicina, 2005.
- Escolas Médicas do Brasil. Acesso em 05 Dez. 2007. Disponível em http://www.escolasmedicas.com.br/
- Estatísticas Conselho Federal de Medicina. Acesso em 05 Dez. 2007. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp
- Nogueira, E: O boom da Medicina. Edição Eletrônica da Revista Fale!. Acesso em 30 Nov. 2007. Disponível em

*FORMAÇÃO MÉDICA E DENGUE: AVALIAÇÃO DO NOVO CURRÍCULO FRENTE A PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

RAFAEL COSTA LIMA MAIA
PAULO RICARDO ÁVILA BEZERRA
BRUNO COSTA MONTEIRO
MARCELO SILVEIRA MATIAS
SILVIO MELO TORRES
BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA
CARLOS AUGUSTO B. DA SILVEIRA BARROS
ORIENTADOR: DALGIMAR BESERRA DE MENEZES

*Trabalho Extra: Novo Currículo e Novas Escolas Médicas



RESUMO

A reforma curricular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará prioriza a nosologia regional, quanto à incidência e prevalência de enfermidades, dando ênfase à relevância de tais agravos à saúde; visa também a interdisciplinaridade. Dengue tem apresentado repetidos surtos nas últimas décadas; presume-se, portanto, que a situação de acadêmicos em relação a tal infecção possa servir de parâmetro para avaliar o novo currículo. Aplicado um questionário a 286 estudantes dos oito primeiro semestres, com quesitos referentes à dengue, em seus aspectos epidemiológicos, profiláticos, propedêuticos, diagnósticos, terapêuticos e prognósticos, para aquilatar se estão sendo contempladas as perspectivas do novo currículo. As respostas dos participantes foram analisadas à luz das diretrizes curriculares. Os dados obtidos permitem presumir que as disciplinas ofertadas são determinantes para pleno entendimento dos alunos sobre dengue. Verifica-se, todavia, que o estímulo à inserção dos acadêmicos na comunidade, preconizado pelo novo currículo, não ocorre a contento.

Palavras-Chave: Reforma curricular. Formação médica. Dengue.

INTRODUÇÃO

A Reforma Curricular procura adequar a nosologia regional às expectativas do Sistema Único de Saúde quanto às condições de maior incidência e relevância. A elaboração do Novo Currículo na Universidade Federal do Ceará (UFC) foi iniciada em 1995, tendo sua implantação ocorrida em 2001, à procura de expor aos acadêmicos as reais necessidades de saúde da população. O perfil epidemiológico local passa a ser determinante na formação médica.

Dengue constitui importante causa de morbi-mortalidade no Estado, sendo, portanto, um dos agravos que merecem a atenção do aparelho formador. Nas últimas três décadas, essa doença vem protagonizando repetidos surtos no Ceará: em 2008, segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado (SESA-CE), foram confirmados 28.252 casos até 27 de Junho. A melhor alternativa para evitar esse quadro é impedir a proliferação do mosquito transmissor. Porém é inegável a necessidade de profissionais de saúde bem preparados para atender a população. Isso não ocorre sempre. São comuns os casos incorretamente abordados. Cena freqüente: após uma rápida consulta médica, o paciente recebe o simplório diagnóstico de "virose", sem a solicitação de exames que poderiam confirmar Dengue – que, se não for bem tratada, pode levar ao óbito.

Uma vez que a Dengue é uma doença emergente que deve ser contemplada de maneira incisiva na graduação da Faculdade de Medicina UFC, presume-se que seja possível avaliar o Novo Currículo frente a esse agravo. Para esse intento, estudantes do terceiro semestre aplicaram um questionário a acadêmicos dos oito primeiros semestres. A pesquisa foi realizada nos meses de maio e junho de 2008, como parte da disciplina de Epidemiologia e Bioestatística (Assistência Básica à Saúde 3 – ABS 3).

Segundo as diretrizes curriculares defendidas, o currículo é centrado nas necessidades da comunidade e o contato dos alunos com a população é estimulado desde o início do Curso. Sendo assim, os autores procuram avaliar não somente a assimilação, pelos estudantes, do conteúdo

teórico-prático ministrado, mas também a inserção destes na comunidade, orientando-a sobre como impedir a proliferação do vetor, e a interdisciplinaridade na grade curricular. A adoção do sistema modular supostamente permitiria aos alunos estudarem um assunto sob a perspectiva de diversas disciplinas simultaneamente. Logo, pelo exposto acima, Dengue deve ser uma doença abordada ao longo de todo o curso: mesmo nos semestres iniciais, quando não são ministradas matérias diretamente relacionadas com a prática clínica, é esperado que estas se relacionem com uma doença que seja priorizada na formação médica.

OBJETIVOS

De uma maneira geral, objetivou-se verificar como a comunidade acadêmica comportou-se diante do atual surto da doença, bem como avaliar a evolução do nível do conhecimento de acadêmicos de Medicina sobre a Dengue em diferentes semestres e em diferentes aspectos. Também foi estimado como os estudantes consideram a preparação da Faculdade de Medicina em relação à Dengue, pois se trata de uma doença que deve receber grande atenção no novo currículo: além de ter alta incidência e relevância, representa uma oportunidade de os alunos demonstrarem seu compromisso com a comunidade.

MÉTODO

Como parte da disciplina Epidemiologia e Bioestatística (ABS 3) da Faculdade de Medicina da UFC, os autores realizaram um estudo do tipo transversal (descritivo) no qual aplicaram um questionário a acadêmicos do 1º ao 8º semestre, ao longo do mês de Maio e primeira semana do mês de Junho de 2008, no campus do Porangabussu, na cidade de Fortaleza.

A amostragem foi de 286 acadêmicos (de um total estimado em 600, considerando-se 75 discentes por turma): 42 do 1º semestre (S1), 33 do 2º (S2), 43 do 3º (S3), 31 do 4º (S4), 35 do 5º (S5), 32 do 6º (S6), 40 do

7° (S7) e 30 do 8° (S8). Os autores abordavam os acadêmicos solicitando que respondessem a um questionário sobre Dengue para uma pesquisa da disciplina de ABS 3. A abordagem dava-se quando os participantes estavam aguardando o inicio de aulas teóricas. As participações ocorreram de maneira totalmente voluntária e anônima. Nem todos os questionários entregues foram respondidos e/ou devolvidos aos pesquisadores.

O questionário era composto por três perguntas relativas ao perfil do participante (semestre que está cursando atualmente, sexo, e idade em 31/Dez/08); duas questões nas quais se avaliava o comportamento do acadêmico frente à Dengue, uma sobre como ele considera a preparação da Faculdade com relação à referida doença; 34 itens do tipo "V ou F", em que uma sentença é assinalada como "verdadeira" ou "falsa". Estes itens cobravam conhecimentos sobre Dengue: sete itens sobre o vetor e a sua proliferação, oito sobre a patogenia e achados laboratoriais, seis sobre diagnóstico e manifestações clínicas, quatro sobre diagnostico diferencial, cinco sobre complicações, e quatro sobre o tratamento. Os itens sobre diagnóstico diferencial foram analisados separadamente, pois, como ilustrado na introdução deste trabalho, os casos de Dengue incorretamente diagnosticados representam uma preocupação dos autores.

Os dados obtidos foram entrecruzados e classificados utilizando os programas Excel versão 2003 e Epi Info versão 6.04. As respostas dos participantes foram analisadas à luz das diretrizes curriculares defendidas.

PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES

A participação dos acadêmicos na prevenção da proliferação do vetor.

Quando perguntados "No papel de acadêmico de Medicina, você orienta outras pessoas – amigos, vizinhos, parentes etc. – sobre como prevenir a proliferação do vetor?", todos os semestres analisados tiveram a resposta "Sim, raramente" como a mais freqüente (54,9%), contra 30,6% que assinalaram "Sim, freqüentemente" e 14,4% Nunca.

Porém, os 3 últimos semestres analisados (S6, S7, S8), quando comparados aos demais, tiveram uma maior quantidade de participantes que assinalaram "Sim, freqüentemente": 40,6%, 42,5% e 41.4% dos participantes desses semestres deram esta resposta, respectivamente. Isso pode ser atribuído ao fato de os acadêmicos desses semestres estarem temporalmente mais próximos da prática médica, e, como tal, assumem a responsabilidade de zelar pelo bem-estar das pessoas que estão próximas. Além disso, por já terem visto a maior parte da carga horária teórica do curso de Medicina, supostamente, sentem-se mais confiantes para repassarem os seus conhecimentos para população em geral.

S1, quando comparado a S2, S3, S4 e S5, também teve maior percentagem de participantes assinalando "Sim, freqüentemente" – 38,1%, contra uma percentagem que variou de 29,0% (S4) a 11,6% (S3) nos 4 semestres mencionados. Isso pode ser atribuído ao entusiasmo dos estudantes recém-ingressos na faculdade: é possível inferir que, com o novo status de acadêmicos de Medicina, os estudantes aconselham, dentro das suas limitações, mais ativamente familiares e amigos.

Na introdução deste artigo foi ressaltada a importância de ações de combate à proliferação do mosquito transmissor para evitar grandes surtos, como o vivido em 2008 por alguns estados. É tarefa de todos eliminarar focos de proliferação do mosquito transmissor - o papel do poder público é inegável nesse intento, ao ponto de a negligência dos gestores públicos nesse aspecto ser fortemente ligada ao surgimento de um grande número de casos. Acadêmicos de Medicina, comumente, são vistos como indivíduos detentores de conhecimentos que podem proporcionar um certo conforto e bem estar às pessoas próximas, pois recebem a atenção de amigos, vizinhos e familiares quando falam de assuntos relacionados à promoção da saúde. Portanto, é possível supor que teriam papel fundamental para sedimentar na população a importância de atitudes simples para evitar a proliferação do vetor. Ações por parte da coordenação do curso de Medicina, no sentido de conscientizar os estu-

dantes deste papel, poderiam ser de grande valia, pois o novo currículo tem a proposta de estimular nos alunos o compromisso com a sociedade e favorecer o fortalecimento das relações interpessoais.

Como os participantes consideram que a Faculdade de Medicina prepara o corpo discente em relação à Dengue.

Quando perguntados "Considerando o semestre que está cursando atualmente, como você considera que a Faculdade de Medicina prepara os seus alunos com relação à Dengue (etiologia, patogenia, diagnóstico, tratamento etc.) até então?", houve uma variação das respostas mais freqüentes nos semestre examinados.

Entre S1 e S6, a percentagem de participantes que assinalou "Satisfatoriamente" variou de zero (S6) a 9,5% (S1). Porém, há um considerável aumento dos que assinalaram essa opção em S7 e S8 – 71,8% e 50,0%, respectivamente. Isso pode refletir a satisfação dos participantes com os módulos de Medicina Preventiva e de Doenças Infecciosas, ministrados no 7º semestre – esses módulos voltarão a ser mencionados em diversos momentos nas seções seguintes.

Dos 285 participantes que responderam a essa questão, apenas 14 marcaram "Não Sei" – 6 em S1, 2 em S2, 5 em S3 e 1 em S6. Como era esperado, os semestres mais incipientes tiveram o maior percentual de participantes que optaram por essa resposta.

Vale mencionar aqui que o questionário usado nesta pesquisa foi apresentado para os discentes em S3 (em que 74,6% assinalaram a opção "Insatisfatoriamente") poucos dias antes do assunto Dengue ser estudado no módulo Relação Parasito-Hospedeiro, através, principalmente, do método PBL (*Problem-Based Learning*, Aprendizado Baseado em Problemas). Isso deve ser levado em consideração, ao se analisar o desempenho desse semestre nas seções seguintes, pois é provável que o desempenho e avaliação desse semestre fossem mais positivos se o questionário tivesse sido aplicado posteriormente.

Segundo o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina: Um Novo Currí-

culo¹, módulos são definidos como "unidades didáticas formadas por disciplinas, que trabalham de forma articulada". O módulo de Doenças Infecciosas versa sobre a "conduta diagnóstica e terapêutica nas doenças infecciosas prevalentes", enquanto que o módulo de Medicina Preventiva (Desenvolvimento Pessoal 7) faz o mesmo com os "principais agravos à saúde de importância em Saúde Pública e sua distribuição no Brasil e no Ceará".

Esses dois módulos são ministrados no 7° semestre e, como será demonstrado ao longo deste artigo, são de fundamental importância na formação médica no tocante à Dengue. A queda no desempenho do 8° semestre, em comparação ao 7°, em diversos itens do questionário, pode ser atribuída ao fato de que, comumente, boa parte dos estudantes negligencia disciplinas de semestres passados.

Interesse dos participantes em aprofundarem os seus conhecimentos sobre Dengue.

Quando perguntados "Diante do atual surto, você aprofundou os seus conhecimentos sobre a doença?", com exceção do S7, a resposta mais comum nos semestres analisados foi "Sim, um pouco". A alta percentagem de acadêmicos do 7º semestre que assinalaram "Sim, muito" (80,0%) pode ser atribuída aos módulos desse semestre supracitados.

Mais participantes não terem aprofundado o seu conhecimento pode ser atribuído à pesada carga horária do curso, na qual os discentes têm que se dedicar a variados temas indispensáveis para a sua formação.

Como futuro profissional de saúde, o estudante de Medicina deve conhecer o perfil epidemiológico das doenças que acometem a sua região de atuação, para, a partir daí, irem aprofundando seus conhecimentos e poder agir com mais eficiência na prevenção e no tratamento da população atendida por ele, quando graduado. Isso é essencial na construção de um conhecimento médico apropriado. A construção desse conhecimento não deve ser feita somente na faculdade, mas também durante

toda a vida do profissional. Para isso, o médico deve ter uma postura de certa forma independente na formação do seu próprio conhecimento, e tal postura deve iniciar-se ainda na faculdade. Afinal, não se deve esperar que os seis anos do curso de Medicina sejam suficientes para a formação completa de um médico. É apenas o início de um processo que perdurará por toda a vida. O hábito de buscar constantemente novas informações sobre doenças endêmicas na sua região deve ser iniciado ainda no período acadêmico, e não somente a partir da aquisição do diploma médico.

O vetor e sua proliferação.

Os itens que cobravam conhecimentos sobre o Vetor e Sua Proliferação tiveram os menores índices de acerto do questionário. Três dos quatro itens com menores índices de acerto focavam esse assunto, e apenas três dos 286 participantes acertaram todos os 7 itens desse tópico. Isso pode ser atribuído ao fato do novo currículo não se deter de maneira mais aprofundada nos insetos transmissores de doenças e seus ciclos de vida. Sendo assim, está dentro do esperado itens como "Aedes aegypti é o único vetor conhecido" (falso) e "Os ovos do vetor permanecem viáveis mesmo após 1 ano em ambiente 'seco'" (verdadeiro) terem tido índice de acerto de 66,1% e 68,2%, respectivamente. Em contrapartida, "A borrifação de inseticidas mata tanto os ovos como mosquitos adultos" (item falso) e "O vetor deposita seus ovos preferencialmente em água parada, "limpa" (pobre em matéria orgânica em decomposição e sais) e preferencialmente sombreada" (item verdadeiro) foram assinalados corretamente por 86,0% e 92,7%, dos participantes, respectivamente.

S7, contrastando com os demais semestres, provavelmente devido em grande parte ao módulo de Medicina Preventiva, teve 47% dos participantes acertando 6 itens. Essa percentagem variou entre 03% (S2) e 20% (S8) nos demais semestres.

O item verdadeiro "O vetor pode ser transmissor sem nunca ter picado homem contaminado previamente" foi o que teve o segundo menor índice de acerto de todo o questionário (39,1% dos participantes o marcaram corretamente). Porém, S7 teve um índice de acerto de 82,5%, enquanto que esse índice variou de 25,7% (S5) a 40,6% (S6) nos demais. Isso indica que o conceito de Transmissão Transovariana está bem sedimentado nos acadêmicos do 7º semestre, mas é pouco conhecido em outros.

O item "O vetor vive em média apenas 20 dias" (falso) foi o que teve o menor índice de acerto de todo o questionário: 19,2% dos participantes o acertaram. O item cobrava o tempo médio de vida do vetor Aedes aegypti, que os autores considerando como variando de 35 a 45 dias. Esse é o tempo de vida médio que é divulgado para a população - sendo o item, portanto, considerado falso. Chamou a atenção apenas 5% dos participantes de S7 o terem assinalado corretamente. Procurando possíveis motivos para tal, verificou-se existirem evidências que levantam a questão de que esse tempo seria em torno de 20 a 30 dias nas condições climáticas de algumas regiões do Brasil - o que, portanto, tornaria o item verdadeiro. Por exemplo, Beserra² demonstra que nas temperaturas de 30°C e 34°C a longevidade de populações de Aedes aegypti aproxima-se da citada no item. Estudantes do 7º semestre terem acesso a informações detalhadas sobre o vetor no módulo de Medicina Preventiva, incluindo a questão levantada acima, poderia justificar, em parte, os participantes desse semestre terem considerado a longevidade do vetor menor do que o resultado desse item, tendo em vista o exposto, pode refletir, então, um grande grau de aprofundamento sobre o tema no módulo citado.

Patogenia e achados laboratoriais.

Como era esperado, apenas 4,8% dos participantes em S1, e 27,3% em S2, acertaram 7 ou 8 itens que examinava esse tópico. O item "Ocorre uma reação de hipersensibilidade do tipo III" (item verdadeiro) foi o que teve o 3° menor índice de acerto, sendo assinalado corretamente por 43,7% dos participantes. Foi curioso que os semestres que mais

obtiveram acerto, nesse item, foram S1 (66,7% dos participantes) e S2 (64,3%), sendo que essa percentagem variou de 23,3% (S8) a 48,6% (S5) nos demais. Uma vez que o tema cobrado (hipersensibilidade do tipo III) não é difundido na população leiga, e que os alunos desses semestres não tiveram acesso ao módulo de Imunopatologia (ministrado no 3° semestre), no qual esse assunto é tratado, pode considerar-se que esse resultado ocorreu ao acaso. Essa mesma observação pode ser feita sobre o item falso "A infecção primária estimula a produção de IgM detectável já 1 dia após a infecção", que teve índice de acerto de 71,0%, sendo respondido corretamente por 64,3% e 63,6% dos participantes do S1 e S2, respectivamente – esse índice variou de 55,8% (no S3) a 90,0% (S7) nos demais semestres.

O item falso "Valores plaquetários sempre estão alterados, independente da forma da doença" foi assinalado corretamente por 58,4% dos participantes. Os quatros primeiros semestres (S1, S2, S3 e S4) tiveram desempenho inferior em relação aos demais semestres (S5, S6, S7 e S8) – o índice de acerto por semestre variou de 28,6% (no S1) a 77,5% (S7). O item cobrava o fato de que, quando acometido por Dengue Clássica, o paciente não necessariamente tem valores plaquetários fora dos limites considerados normais – mesmo que ocorra uma queda dos valores plaquetárias do indivíduo antes do estabelecimento da doença. Esse item exigia essa distinção, que o estudante vai adquirindo no decorrer do curso - fato consignado pela pesquisa.

Diagnóstico, manifestações clínicas e complicações.

A análise do desempenho dos participantes nos itens sobre esses temas não trouxe surpresas: como esperado, é visível a melhoria nos índices de acerto dos acadêmicos a partir do 4º semestre, quando os estudantes começam a ter acesso a módulos que abordam Semiologia Médica e Anatomofisiopatologia. 83,5% dos participantes em S4 acertaram 5 ou 6 itens sobre Diagnóstico e Manifestações Clínicas, contra 47,6%, 54,6%

e 44,2% em S1, S2 e S3, respectivamente. Esse mesmo índice é de 95% em S7, fato que, novamente, pode ser atribuído aos módulos de Doenças Infecciosas e Medicina Preventiva.

O item verdadeiro "São sintomas comuns: febre, dor de cabeça (cefaléia), dor nas articulações (artralgia), dores musculares (mialgia) e cansaço (astenia)" foi o que teve o maior índice de acerto do questionário: 97,2% dos participantes o assinalaram corretamente. Isso demonstra que esses sintomas, comuns em Dengue, são bem conhecidos entre acadêmicos de todos os semestres.

Com relação aos itens que versavam sobre as complicações da doença, também foi visível a evolução do nível de conhecimento ao longo do curso: enquanto que 21,4% dos acadêmicos em S1 acertaram quatro ou cinco itens sobre esse tema, esse índice foi de 95% em S7, e de 86,7% em S8. Os resultados do item "Pode ocorrer coagulação intravascular disseminada" (verdadeiro), que teve 58% de acerto, ilustram esse fato: S1 teve índice de acerto de 19%, contra 90% de S8.

Os dois itens que consideravam especificamente a Síndrome do Choque da Dengue tiveram altos índices de acerto: "Na Síndrome de Choque da Dengue (SCD), na ausência de tratamento, o óbito costuma ocorrer em 4 a 6h" (item verdadeiro) e "A Síndrome de Choque da Dengue (SCD) está relacionada com derrames cavitários" (item verdadeiro) foram corretamente assinalados por 81,8% e 82,3% dos participantes, respectivamente. Isso demonstra que o conhecimento de que Dengue pode atingir estágios graves, inclusive levando ao óbito de maneira rápida, está disseminado não somente entre os acadêmicos de medicina, mas também na população, pois os semestres mais incipientes também tiveram bons índices de acerto. Essa mesma observação pode ser feita com relação ao item com o segundo maior índice de acerto do questionário: "São 'sinais de alarme': dor abdominal, vômitos persistentes, queda abrupta de plaquetas" (verdadeiro) foi marcado corretamente por 97% dos participantes.

Diagnóstico diferencial

O item "A Dengue faz diagnóstico diferencial com Artrite e Amebíase" (item falso) teve índice de acerto abaixo do esperado, inclusive nos semestres mais adiantados: 53,1% o assinalaram corretamente. Talvez o fato das doenças mencionadas terem sintomas similares aos da Dengue, como artralgia e hepatomegalia explique o porquê do equivoco: os participantes teriam marcado (erradamente) o item como verdadeiro baseando-se nessas manifestações clínicas.

Em contrapartida, o item verdadeiro "Para o diagnóstico diferencial com a Febre Amarela e a Malária, importa o antecedente epidemiológico de contato com zonas em que essas doenças são endêmicas" foi respondido corretamente por 93,7% dos participantes, chegando a 100% dos participantes de três semestres (S4, S6 e S7).

Os autores consideram o item verdadeiro "Sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal) são indicativos de influenza ("virose"), e NÃO são comuns na Dengue" como sendo o mais importante do questionário. A preocupação com o diagnóstico diferencial com "virose" já é ilustrada na Introdução deste trabalho. O item foi corretamente assinalado por 71,9% dos participantes, e o índice de acerto por semestre variou de 58,1% (S3) a 90,0% (S7). Curiosamente, S1 teve um alto índice: 85,7%. Esse fato pode ser atribuído ao empenho dos acadêmicos calouros em responder os itens da melhor maneira possível, com o conhecimento prévio que possuíam antes de ingressar na faculdade.

Tratamento

A evolução do desempenho dos acadêmicos nos diferentes semestres analisados também fica bem evidente através dos resultados dos itens que consideravam o tratamento. Enquanto que nos três primeiros semestres a percentagem de participantes que acertaram todos os quatro itens do assunto variou de 27,3% (S2) a 48,8% (S1), nos cinco últimos semestres essa percentagem variou de 78,1% (S6) a 86,7% (S8).

Essa diferença entre os semestres também é demonstrada pelos resultados do item "Antivirais são usados no tratamento" (item falso), assinalado corretamente por 80,1% dos participantes: enquanto que S2 e S3 tiveram índices de acerto de 51,5% e 58,1%, respectivamente, esse índice foi de 96,8% em S4, mantendo-se acima de 90% nos semestres seguintes.

Apesar do exposto acima, foi possível perceber que os semestres mais incipientes possuíam conhecimentos sobre o tratamento da Dengue que são bem difundidos na população. O item "Apenas pacientes com hipotensão devem receber hidratação imediata" (item falso) foi assinalado corretamente por 91,2% dos participantes, sendo o índice de acerto em S1 de 92,7%, e variando de 75,8% (no S2) a 100% (S8) nos demais semestres. O alto índice de acerto do item falso "Antiinflamatórios não hormonais, como Salicilatos, são usados no tratamento", inclusive nos primeiros semestres, pode ser atribuído à forte vinculação na mídia da contra-indicação de medicamentos que contêm essa substância em casos de suspeita de Dengue. A percentagem de acadêmicos que o assinalou corretamente variou de 78,6% (S1) a 97,1% (S5).

Considerações finais

O estudo foi realizado durante um surto que ganhou espaço nos meios de comunicação. O fato de se tratar de uma doença em evidência pode ter feito com que os acadêmicos tivessem então mais conhecimentos sobre a Dengue do que em um outro momento.

O questionário predominantemente do tipo "V ou F", em que o participante tem apenas duas opções para assinalar, pode ter favorecido o acerto de questões ao acaso, por sorte, e não pelo domínio do participante sobre o assunto. Esse viés deve ser levado em consideração principalmente ao analisar-se o desempenho dos semestres mais incipientes, pois estes ainda não assistiram aulas sobre a maior parte dos assuntos cobrados na pesquisa. Porém, devido ao grande número de participantes (286

acadêmicos) e à criteriosa análise e discussão dos resultados, os pesquisadores consideram que os dados obtidos são estatisticamente confiáveis. Na maioria das vezes, eles não diferiram do esperado.

Dos resultados encontrados é possível concluir que as disciplinas ofertadas contribuem para a formação médica no tocante a uma doença de alta incidência e relevância como a Dengue. Porém, como exposto nas seções *Participação dos acadêmicos na prevenção da proliferação do vetor* e o *Interesse dos participantes em aprofundar seus conhecimentos sobre dengue*, diferentemente do que também é visado na reforma curricular, os acadêmicos não interagiram mais intensamente com a comunidade na prevenção da doença.

Agradecimentos

Ao Prof. Luciano Lima Correia, coordenador do módulo de Epidemiologia e Bioestatística, e à Prof^a. Mônica Cardoso Façanha e ao Prof. Luciano Pamplona por colaborações em diferentes etapas da realização deste trabalho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Graduação. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina: Um Novo Currículo. Imprensa Universitária, 2001.
- ² Beserra EB; Castro Jr. FP; Santos JW; Santos TS; Fernandes CRM. Biologia e exigências térmicas de Aedes aegypti (L.) (Diptera: Culicidae) provenientes de quatro regiões bioclimáticas da Paraíba. Rev. Neotrop. Entomol 2006, 35(6): 853-860.



CONSELHO PECUONAL DE

Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará





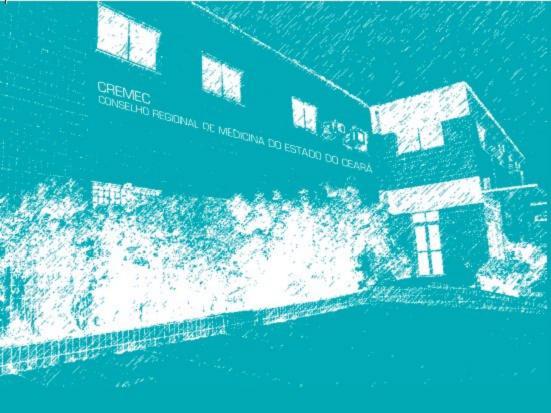
TEMAS

EDUCAÇÃO MÉDICA
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NOVAS ESCOLAS DE MEDICINA



Rua João Cordeiro, 1285 (85) **3464.2222** • Fortaleza-CE www.expressaografica.com.br FILIADA À CÂMARA BRASILEIRA DO LIVRO

A CAMARO BROSILERA DO ELVA



DE MONOGRAFIAS

PROF. DALGIMAR BESERRA DE MENEZES



