

A TERMINALIDADE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA: RISCOS, PROBLEMAS E SOLUÇÕES

Ernesto Lima Gonçalves*

Resumo — O autor examina a importância de que se reveste o esforço que vem sendo desenvolvido por número apreciável de escolas médicas brasileiras, relativo à preparação do "médico generalista".

O processo envolve diferentes problemas, mas principalmente o fato de não se dispor ainda de claro compromisso do aparelho prestador de serviços, quanto à utilização desse tipo de profissional. Daí o risco de ser gerada uma situação de frustração dos médicos egressos desse processo.

Analisando o problema, o autor formula algumas propostas concretas sobre o assunto.

O tema é extremamente atual para a educação médica no Brasil, diante dos desafios que são colocados para as instituições envolvidas no ensino da medicina, com vistas ao objetivo da formação do médico de que o Brasil precisa. Os fatos vêm testemunhando com clareza que o perfil desse profissional deva corresponder ao que se denomina habitualmente de "médico generalista"; a denominação pode ser discutida, mas é usada aqui porque define claramente o conceito que estará sendo trabalhado.

Como este médico deve estar preparado para seu exercício profissional ao término de seu curso de graduação, o que se deseja examinar é esse processo de curso *médico terminal*, seus pressupostos, suas dificuldades, seus riscos, bem como algumas propostas destinadas a contribuir para enriquecer o modelo.

Terminalidade do Curso de graduação em medicina: alguns antecedentes

A posição do analista diante da postura relativa ao estímulo à formação de médicos generalistas, como objetivo terminal dos cursos de graduação em medicina, pode ser considerada como um misto de perplexidade e de preocupação.

A análise precisa voltar além de 40 anos, para que se encontre em documento oficial — Plano SALTE — proposta do "incentivo da prática da clínica médica geral, diminuindo a acentuada preferência dos médicos pelas especialidades"¹. Vinte anos depois, a Associação Brasileira de Educação Médica em sua VII Reunião Anual realizada em Niterói, oferecia a oportunidade de se discutir a necessidade de formar profissionais de saúde melhor adequados às condições de vida e de saúde da nossa população. Nos dez anos seguintes, de novo a ABEM marcou seu espírito de iniciativa, realizando dois seminários, um em Petrópolis e outro em Campinas, para analisar, respectivamente, a "formação do médico de família"² e a "formação do médico generalista"³. Já na presente década, de novo a presença da ABEM permitiu a realização de três encontros destinados à busca de definição das habilidades do médico geral no campo da Clínica e da Psiquiatria (Curitiba), da Ginecologia e Obstetrícia e da Pediatria (Salvador) e da Cirurgia (Belo Horizonte)⁴. Em julho de 1986, com colaboração da Fundação Kellogg, de novo a ABEM tomou a iniciativa de realizar no Rio de Janeiro um seminário sobre "Preparação do Médico Geral na Graduação: Questões a reexaminar". A reunião contou com a presença de representantes de 21 escolas médicas brasileiras, dos integrantes da Comissão de Especialistas em Ensino Médico do MEC e de representantes do INAMPS, do Ministério da Saúde, da ABRASCO, da Associação Médica Brasileira, da Associação Brasileira de Medicina Familiar e da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária.

Paralelamente a esse esforço, muita coisa aconteceu no campo médico e da assistência à saúde no Brasil, em particular o progresso vertiginoso sofrido pelos conhecimentos científicos na área.

A reunião dos dois conjuntos de informações justifica a perplexidade: apesar de todo o esforço investido na proposta, ainda não se pode sentir concretamente modificações no panorama anterior, de privilegiamento do médico especialista,

*Coordenador, Núcleo Regional ABEM/São Paulo

já denunciado no Plano SALTE. Com raras exceções, a sugestão não passou da epiderme das estruturas universitárias; algumas delas chegaram a sensibilizar-se com a força incontestável da proposta, mas vêm lutando para passar do plano do discurso para o concreto das realizações. De outra parte, apesar dos progressos tecnológicos, os benefícios atingem ainda apenas parcela minoritária da população, atendida por uma classe médica fortemente condicionada por variáveis independentes de sua própria atividade.

Aqui começa a preocupação. Já na 7ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1980, um dos conferencistas salientava que "não é absurdo dizer que quem orienta a medicina hoje . . . não são mais os médicos, nem as organizações hospitalares . . . mas a indústria . . . com suas técnicas de "marketing", com sua agressividade, com seu interesse em vender (a indústria) sugere, aconselha, demonstra, oferece financiamento etc. e induz os hospitais, as faculdades, os profissionais da saúde, os professores e mesmo os alunos à utilização de um arsenal"⁵. Na mesma oportunidade, outro conferencista afirmava que "a indústria da doença . . . absorve os recursos disponíveis e se amplia e fortalece com seu crescimento: concentra esforços na recuperação, tão sofisticada e onerosa quanto possível, da saúde perdida, pois é doença e não saúde, a mercadoria que a alimenta"⁶.

Individualmente, os médicos continuam subordinados a condicionamentos econômicos: os municípios brasileiros sem médicos são praticamente os mesmos que não dispõem de agências bancárias. O resultado é que grande parte da classe médica brasileira permanece na condição de assalariamento, o que não seria em si mesma sinal de desvalor, mas que se agrava por níveis de remuneração que caracterizam verdadeira situação de subemprego. Se tal quadro pode não corresponder à maioria dos profissionais médicos espalhados por todo o Brasil — e só uma pesquisa séria e abrangente poderia corresponder à questão — ela representa o contexto em que atuam os médicos concentrados nos grandes centros urbanos, pontos nevrálgicos da sociedade brasileira.

Dentro do quadro descrito, não se vem observando modificação substancial no contexto social de trabalho do médico no Brasil no período referido, continuando a dominar o privilégio dos especialistas e os condicionantes econômicos de toda natureza. Deliberadamente fazemos referência a contexto social de trabalho em lugar de mercado de trabalho, para caracterizar a atuação de uma categoria profissional que, pela relevância da função que exerce, não deveria ficar sujeita às leis da oferta e da procura.

Outro elemento de preocupação acrescenta-se ao descrito: trata-se do esforço que as estruturas

universitárias vêm fazendo a respeito do assunto, o qual tem sido — praticamente até agora — apenas unilateral. Dissemos atrás que tal esforço ainda não alcançou a profundidade desejada; mas, ele é verdadeiro, autêntico e presente, com frutos que já começam a surgir. E o motivo que anima as escolas médicas a esse esforço é certamente o de contribuir para melhorar o padrão de saúde da comunidade brasileira, preparando médicos segundo o perfil que tal objetivo exige. A preocupação reside na unilateralidade desse esforço, uma vez que as instituições utilizadoras desses profissionais continuam a rejeitar *na prática* a solução do médico generalista. Trata-se de verdadeiro risco em que mergulham as instituições formadoras, capazes de estarem se comprometendo com a formação de profissionais que poderão no futuro chegar a uma grave frustração, incompetentes para concorrer com os especialistas, ainda que superficialmente ou apenas aparentemente especializados. E a responsabilidade será nossa, dos educadores médicos, que teremos preparado nossos jovens educandos para um futuro constrangedor.

A solução é clara: torna-se indispensável que o esforço que as instituições que integram o conjunto formador dos profissionais médicos vem fazendo — a atividade da ABEM nesse campo é eloqüente por si mesma — seja acompanhado de esforço paralelo a ser desenvolvido pelo conjunto utilizador de tais profissionais, ou seja, as instituições prestadoras de serviços.

Terminalidade do curso de graduação em medicina: o que, como e onde?

O segundo tópico da análise reporta-se à afirmação inicial, do estímulo à formação de médicos generalistas como *objetivo terminal dos cursos de graduação em medicina*. Tal conceito supõe naturalmente que essa formação deva limitar-se ao período curricular clássico do curso médico. Nessa linha ficaria excluído o nível de Residência, conceitualmente destinado à especialização.

Cabe aqui, contudo, algumas ressalvas. A primeira e a mais óbvia de todas volta-se para a distância entre a teoria e a prática no que se refere aos programas de Residência Médica no Brasil, uma vez que se sabe que freqüentemente eles são utilizados para a complementação de conhecimentos não adquiridos durante o curso de graduação. Nesse sentido, seria talvez possível imaginar a utilização da Residência na formação do médico generalista desejado. Trata-se, contudo, de alternativa que responderia a uma das características básicas de que se deve revestir qualquer esforço conjunto das escolas médicas, a saber, a

garantia da diversidade na unidade. Em outras palavras, o reconhecimento da heterogeneidade que domina o conjunto de todas as nossas escolas exige que, ainda que se defina um objetivo único a ser atingido, essa unidade deverá ser buscada pela diversidade de situações e de iniciativas, em lugar de uma uniformidade indesejável.

A segunda ressalva volta-se para o padrão do médico generalista que se deseja formar. Basta repetir os conceitos do relatório da referida reunião de Curitiba, em que se analisou a formação do médico geral no campo da Clínica Médica e da Psiquiatria: "de nenhum modo a formação geral, abrangente, poderá resultar em prejuízo da qualidade e do rebaixamento dos padrões de desempenho assistencial. Mecanismos de educação continuada devem ser assegurados, bem como possibilidades de acesso e progressão em carreiras profissionais e acadêmicas, complementando a formação de médicos gerais"⁴. Voltaremos ao assunto mais adiante.

A terceira ressalva prende-se à necessidade de um aprofundamento do perfil do médico generalista que se deseja formar. Sucintamente já foi definido como devendo cobrir "as quatro grandes áreas: medicina interna, cirurgia geral, pediatria, tocoginecologia, nas quais seria acrescentada uma quinta, não menos importante, que seria a de medicina social"⁷.

Nas reuniões anteriores patrocinadas pela ABEM, já se procurou definir até o conteúdo de conhecimentos desejáveis nessa área. Tal conteúdo foi revisto na reunião organizada pela ABEM em julho de 1986, já referida; a conclusão final, elaborada pelos especialistas das diversas áreas ali representadas, estará presente no documento a ser divulgado proximoamente pela nossa Associação.

Tudo isso, contudo, embora seja indispensável, não chega a ser suficiente. Na linha do aprofundamento do perfil do médico generalista desejado, seria necessário averiguar, como diz CANDAU: "se (o médico generalista) pensa em termos de "saúde", ao invés de "doença", isto é, se está habilitado a aplicar técnicas de prevenção e de promoção da saúde e não somente as de tratamento e reabilitação; se pensa em termos da família e da comunidade e não somente de indivíduos enfermos; se age como responsável pela equipe de saúde; se sabe como utilizar os recursos financeiros e materiais de maneira mais efetiva; se atua em termos de padrões de saúde do país e das conseqüentes prioridades nacionais. Se as respostas forem positivas poderemos concluir que recebeu um treinamento adequado"⁸.

A tentativa de aprofundamento do perfil do médico generalista poderia servir a outro objetivo, qual seja o de desenvolver alguma proposta de avaliação das escolas médicas envolvidas no processo. Como diz CHAVES, "a definição do

perfil ocupacional de um bom médico geral em exercício deve servir como imagem-modelo para a aferição do produto final de uma escola médica"⁴. Será necessário um pouco de ousadia e muito de coragem para concretizar a idéia; o assunto será tomado adiante.

Feita a definição do que ensinar ao aluno de graduação, com o objetivo de formar um médico generalista, restaria responder a duas outras perguntas básicas: *como* e *onde* ensinar.

A resposta à primeira pergunta compreende dois aspectos importantes a serem examinados ainda que superficialmente. De um lado, existe a necessidade de se modificar o papel do aluno, fazendo com que ele passe de mero observador a elemento participante, com responsabilidade por tarefas específicas. Não é aqui o momento de se aprofundar o assunto, mas é fundamental lembrar a importância de que se revestiria o desenvolvimento de programas de preparo pedagógico destinados aos docentes das escolas médicas, para que o objetivo proposto possa ser atingido. O outro aspecto a ser pelo menos enunciado envolve a presença e a participação dos Residentes: sem reduzir a validade e a importância dos programas de Residência, é de se reconhecer que, tal como são habitualmente desenvolvidos em nossos hospitais de ensino, eles reduzem ao mínimo o campo de atuação prática do aluno de 5º e 6º anos que convive com os residentes bem de perto. Aquele, que já sofre a concorrência dos pós-graduados em termos de preocupação e cuidados dos docentes, corre agora o risco de ficar à margem dos procedimentos práticos mais frequentes contidos na enumeração que representa o perfil do médico generalista. O fato é mais assinalado nas áreas cirúrgica e tocoginecológica, uma vez que, embora todo doente possa sofrer exame físico e anamnese muitas vezes, em geral é operado uma única vez e certamente dá à luz apenas uma vez em cada gestação. Em conseqüência, a reserva da execução por internos de 5º a 6º anos dos atos assistenciais mais simples, em lugar de atribuí-los aos residentes, representa condição indispensável à formação adequada do médico generalista; em caso contrário, a instituição permanecerá no plano do discurso. Os resultados iniciais colhidos com a participação dos internos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no chamado Hospital Universitário, distinto e separado do Hospital das Clínicas, são bastante eloqüentes em termos de reversão do quadro descrito.

Resta examinar *onde* desenvolver os programas. De novo a resposta está contida na definição dos objetivos iniciais: o campo de trabalho essencial do médico generalista será sempre representado pelas instituições assistenciais de nível primário e secundário; é fácil deduzir daí que

parte essencial de seu programa de formação deverá processar-se em serviços dessa natureza, onde o aluno irá encontrar situações clínicas e condições ambientais e culturais assemelhadas às que irá freqüentar no futuro. Basta reler os tópicos essenciais de sua formação nos campos da medicina interna, da tocoginecologia, da pediatria, da cirurgia e da medicina social para confirmar o conceito. Nessa linha é que sobressaem as possibilidades dos programas de integração docente-assistencial. Trata-se de iniciativa que entende à "conveniência de proporcionar o contato do aluno com as realidades da prática assistencial desde as primeiras etapas do curso de graduação"⁴, assim como "a prevalência do atendimento da primeira linha e sua continuidade ao longo de um relacionamento duradouro, a preocupação com as ações de natureza preventiva e a capacidade para a plena utilização dos recursos disponíveis de saúde"⁴. De outra parte, tais programas permitem superar "o enclausuramento dos profissionais em hospitais e a elevação dos custos de assistência à saúde, resultando também em estímulo à resistência aos programas extramurais, que melhor permitem aos estudantes adquirir uma idéia segura do fenômeno de transição da saúde para a doença e a visão desta como um processo dinâmico"⁹.

A consideração dos programas de integração docente-assistencial na área médica em funcionamento no Brasil permite identificar participação ainda limitada das estruturas acadêmicas envolvidas: excepcionalmente estão comprometidas com tais programas outras áreas além da Pediatria e da Medicina Preventiva ou Social. É de ressaltar que a universidade — não apenas a brasileira — tem índole conservadora, razão pela qual idéias novas em educação costumam amadurecer lentamente; daí resulta a considerável dificuldade em vencer a resistência à mudança que tem dominado o contexto da maioria das escolas médicas, quando não por oposição à proposta, mas muitas vezes até mesmo pela força da inércia. É verdade também que a oposição identificada eventualmente origina-se ou sofre agravamento pela forma de conduzir os programas, algumas vezes ultrapassando o limite da transmissão de conhecimentos médicos ou criando novas disciplinas das quais pode resultar quase sempre um currículo paralelo ao oficialmente adotado.

A validade da proposta não fica, entretanto, atingida por distorções em sua execução. Deveria, pois, caber às instituições acadêmicas a responsabilidade de uma avaliação séria, tranqüila, serena, não emocional, a fim de que em programas de integração docente-assistencial estivessem presentes ao menos aquelas disciplinas que integram o perfil proposto para o médico generalista

— medicina interna, tocoginecologia, pediatria, cirurgia geral e medicina social.

Nessa linha é indispensável recordar que cada instituição universitária e, por conseqüência, cada escola médica tem sua cultura própria, sua tradição, sua personalidade. A análise não emocional referida deverá levar em conta tais peculiaridades e considerar a possibilidade de utilização dos recursos de que a instituição já dispõe. De novo deve ser lembrado o importante papel que vem desempenhando em São Paulo o chamado Hospital Universitário — definido e assumido como local de atendimento primário e secundário — na reformulação curricular que visa à terminalidade do curso na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O campo de trabalho do médico generalista

O terceiro tópico de análise retoma a preocupação com o campo de trabalho do médico generalista que a escola médica brasileira está convidada a preparar; tal preocupação volta-se para o fato de que ainda sobrevivem no Brasil as condições de privilegiamento da atuação dos especialistas. É indispensável, contudo, que se aprofunde a análise do problema em busca de uma resposta mais exata.

É significativa a dominância, no conjunto das atividades de prestação de serviços de saúde a pessoas, do nosso sistema de seguro social, representado pelo INAMPS; não será, pois, exagerado afirmar que o contexto social de trabalho do médico está na dependência, na sua maior parte, da orientação adotada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

Em conseqüência, a opção do INAMPS, que sobrevivia até há pouco em seus concursos públicos para admissão de médicos, condicionou todo o direcionamento do processo de formação de médicos no Brasil. Como o INAMPS optou pelos especialistas, foi nesse rumo que se encaminharam, ainda que inconscientemente, as escolas médicas. Em conseqüência, começaram a escassear os médicos generalistas, que não sobrevivem mais sequer no reduzido âmbito da chamada "medicina liberal". O fato já tinha sido claramente apontado, em toda a sua dimensão: "*não é o ensino médico que modela a prática da medicina, mas sim esta que modela aquele*". Para nós, administradores educacionais e educadores, esta não é uma constatação agradável e, menos ainda, uma situação confortável. Nossa esperança está em que alterações no sistema prestador de serviços de saúde, no sentido em que parece que todos pretendemos, exijam uma mudança concomitante do sistema formador de recursos humanos, isto é, do sistema educacional"¹⁰.

É verdade que nos últimos vinte anos alguns fatos relevantes aconteceram. No campo da educação médica, superou-se o número abusivo de matrículas e, por conseqüência, de graduados, que contribuíam para dificultar — pela massificação — o equilíbrio profissional da classe médica. A tabela 1 apresenta alguns números significativos a esse respeito.

Tabela 1

Número de matrículas na 1ª série do curso médico e de graduação nas escolas médicas do Brasil entre 1970 e 2000

Anos	Matriculados na 1ª série	Graduados
1970	8.792	3.293
1975	8.172	8.337
1980	7.869	8.144
1985	8.501	7.585
1990	6.835*	7.074*
2000	—	6.082*

*Números estimados com base na evolução observada ano a ano entre 1970 e 1984.

Fonte: LIMA-GONÇALVES, E.¹¹

Em relação à classe médica em geral, foi possível observar uma modificação em sua distribuição porcentual pelas diversas regiões do Brasil: em 1970, a região Sudeste alojava 65,1% do total de médicos, cifra que se reduziu para 60,9% em 1982; a região Norte, que abrigava 1,9% em 1970, passou para 2,7% em 1982, enquanto que o porcentual da região Centro-Oeste que era de 3,9 em 1970, passou para 6,4 em 1982; as regiões Nordeste e Sul sofreram alterações muito discretas¹¹.

Do ponto de vista do sistema prestador de serviços modificações importantes ocorreram. Em 1980, a proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PrevSaúde) abriu perspectivas novas: de um lado, a decisão de utilizar plenamente os recursos assistenciais públicos, liquidando com a marcada ociosidade de seus consultórios e leitos hospitalares; de outro lado, a ampliação da rede destinada a oferecer prioritariamente atendimentos básicos. Para acionar tal rede, o projeto previa a utilização do médico generalista, "capacitado a resolver a maioria dos casos pertinentes às áreas de clínica médica, pediatria e tecoginecologia, realizando também pequenas cirurgias e desenvolvendo atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde"¹². Interesses contrariados de toda natureza, tanto no setor privado quanto no próprio setor público, impediram que o PrevSaúde fosse implantado. Mas, a idéia essencial em que baseava, de priorização da rede pública, foi retomada em 1982, quando a Previdência Social foi obrigada

a rever seu modelo assistencial, sob pressão de grave desequilíbrio orçamentário gerado pela recessão que atingia a economia nacional; a reorientação proposta pelo CONASP considerava diversos pontos do projeto anterior¹³.

A pressão dos fatos e o esforço desenvolvido por alguns lúcidos administradores de saúde conduziram à elaboração em 1984 da proposta das "Ações Integradas de Saúde", onde concretamente se busca imprimir uma política nacional de planejamento e de financiamento do setor saúde, de forma a evitar a superposição de serviços e a potencializar a aplicação dos recursos disponíveis. O que importa salientar, considerando o tema que está sendo estudado, é a ênfase colocada nos cuidados primários de saúde a serem oferecidos extensivamente a toda a população brasileira. De acordo com a Resolução nº CIPLAN-7/84, subscrita pelos secretários gerais dos Ministérios da Saúde, da Educação e da Previdência e Assistência Social e homologada pelos respectivos Ministros, os referidos cuidados primários compreenderão "a assistência profissionalizada ambulatorial nas áreas básicas de Clínica Médica, Tocoginecologia e Odontologia, bem como o atendimento de urgências". Abre-se, pois, promissor campo de trabalho para médicos generalistas. De acordo com dados da Secretaria de Planejamento do Ministério da Saúde, o programa já atingiu praticamente todo o território nacional, cobrindo 90 milhões de pessoas, o que corresponde a 2/3 da população brasileira.

Impõe-se, contudo, uma ressalva: a importância de que se reveste o programa AIS para o futuro da assistência à saúde no Brasil exigindo que todos nos preocupemos com sua evolução. Nesse sentido, a aplicação prioritária de seus recursos deverá voltar-se para a expansão da rede prestadora de assistência à saúde, diante da dificuldade de acesso de expressivo segmento da população a simples atendimentos ambulatoriais básicos. Nesse sentido, complementações salariais e gratificações a funcionários já em atividade devem passar necessariamente para plano secundário.

O médico generalista: formação, utilização e avaliação

A carta da ABEM aprovada em reunião realizada em São Paulo em 1983 afirmava que "o objetivo final da educação médica transcende a escola. Situa-se no setor social devendo ser definido em termos da melhoria das condições de saúde e bem-estar da coletividade"¹⁴.

Mas, porque se situa no setor social, a resposta a tal desafio não pode ser atribuída apenas à escola médica, mas envolver em compromisso tácito as instituições prestadoras de serviços e a

categoria profissional envolvida no processo. Deliberadamente iremos retomar aqui propostas e conceitos emitidos anteriormente, com o exclusivo objetivo de testemunhar que avançamos muito no campo do discurso. O que resta é buscar os caminhos para passar rapidamente do plano conceitual para o plano concreto das iniciativas que venham para ficar.

A preocupação volta-se inicialmente para a formação do médico generalista; papel essencial cabe aqui naturalmente à escola médica. A esta incumbe inicialmente sensibilizar-se para o fato de que a sociedade tem "o direito de esperar que, ao invés de serem preparados para satisfazer somente seus interesses profissionais e pessoais, os médicos sejam educados para preencherem uma missão social que corresponda às necessidades e expectativas das comunidades que irão servir. Para que o desenvolvimento sócio-econômico, com justiça social, possa tornar-se realidade, temos que agir de maneira diferente da do passado"⁸.

O conteúdo do processo de formação do médico generalista conduz-nos à convicção de que "a passagem do aluno por (outras) instituições, com atribuições exclusivas de cuidados primários e secundários, é altamente desejável no sentido de adaptações que, de regra, serão as de sua futura prática profissional"⁴. A ressalva é de que a supervisão do treinamento dos alunos nessas condições deve caber a docente integrante da escola médica. Por esse caminho seria possível corresponder à exigência importante do processo educacional: "se queremos um produto final de características definidas, devemos em algum lugar ter esse produto final visível e em situações de trabalho. A grande dificuldade das escolas, que já não contam com médicos gerais em seu corpo docente, é encontrar modelos de identificação para seus alunos"⁴. Tais modelos poderiam ser encontrados exatamente nos docentes que, devidamente adestrados, exerceriam aquela supervisão de treinamento.

É essencial não esquecer que "a escola médica em cada região terá como objetivo final do curso de graduação um perfil profissional próprio, condicionado a padrões de desempenho diretamente determinados pelas realidades locais. A flexibilidade curricular não é desejável somente para os alunos de cada escola mas também para as diferentes escolas, considerada a diversidade de situações brasileiras"⁴.

Mas também é igualmente essencial lembrar que "se torna cada vez mais difícil a Universidade atuar como agente de mudança, fazendo uso exclusivamente de sua função de ensino, isto é, formadora de recursos humanos para a sociedade. É cada vez mais remota a possibilidade da Universidade, enquanto instituição, produzir ela pró-

pria as mudanças, que pensa necessárias, na sociedade"¹⁰.

A afirmação é indispensável aplicada à utilização do médico generalista. "Sem retirar o mérito da iniciativa dos educadores médicos de reorientar a formação profissional no sentido de melhor adequá-los às necessidades do País, somos de opinião que esses esforços serão baldados caso não sejam paralelamente implementadas outras medidas fora do âmbito do ensino médico". . . "Aos educadores, interessados em promover a formação do médico de família, cabe pois batalhar para que se efetivem. . . modificações do atual sistema de prestação de serviços de saúde capazes de criar condições para que os profissionais formados dentro da nova orientação não venham a frustrar-se diante da falta de oportunidades de trabalho"¹⁵. Esse é o grande risco que envolve o projeto de terminalidade do curso de graduação em medicina. E nossa preocupação deriva do fato de que a responsabilidade pela referida frustração caberia a todos nós, educadores envolvidos no processo, causadores involuntários de uma distorção não desejada.

Excelente campo de trabalho para os médicos generalistas poderia ser representado pela "integração das faculdades de ciências da saúde aos sistemas loco-regionais de atenção primária e secundária, criando-se pequenos sistemas regionalizados de assistência, chamados de distrito docentes-assistenciais. A referência ao nível terciário será feita por meio do hospital de maior complexidade na área comprometida com o ensino, que é, em geral, o hospital universitário"¹⁶. Tal oportunidade pode ser longamente ampliada hoje, com o desenvolvimento do programa de Ações Integradas da Saúde. Urge, contudo, que os órgãos responsáveis pela prestação de serviços de saúde assumam compromissos concretos nessa linha.

Dá nossa **PRIMEIRA PROPOSTA**: desenvolvimento de programa conjunto que envolva compromisso claro das escolas médicas e das instituições prestadoras de serviços de saúde, no sentido de formação e utilização de médicos generalistas. Trata-se de explicitar esse trabalho conjunto, possibilidade implicitamente contida nas Resoluções que regulamentam as Ações Integradas da Saúde, uma vez que ali se reconhece a participação nesse programa das Universidades Federais e das Instituições de Ensino Superior Estaduais e Municipais.

Mas não se trata de apenas formar e utilizar médicos generalistas. Isolados em unidades básicas de atendimento, eles correrão o risco de ver reduzida gradualmente sua capacitação profissional; em conseqüência, é indispensável que haja um esforço ordenado no sentido de sua atualização. Reside aí nossa **SEGUNDA PROPOSTA**:

preparação de um programa permanente de atualização e capacitação dos médicos generalistas envolvidos nas instituições que participam do projeto anterior. Naturalmente tal programa apenas pode ser desenvolvido pelas escolas médicas, mas será necessário, para possibilidade de acompanhamento e de avaliação de resultados, que se desenvolva um trabalho de coordenação. Esta tarefa deveria ficar a cargo da ABEM, pela tradição de esforços e dedicação ao assunto; naturalmente será necessário instrumentar a Associação, em particular dos pontos de vista financeiro e material, para que o objetivo possa ser alcançado.

Apenas como ilustração pode ser relatado o exemplo do que ocorre em São Paulo: por iniciativa pioneira do atual governo, mais de duas centenas de municípios, que não contavam com médicos residentes e por isso mesmo denominados municípios carentes, contam hoje permanentemente com profissionais que atendem as suas populações: trata-se naturalmente de pequenas comunidades, nas quais o médico passa a viver isolado da convivência profissional que, nos centros maiores, enriquece e aperfeiçoa sua capacidade assistencial. Diante desse fato, a Coordenação do Núcleo Regional de São Paulo da ABEM propôs, em reunião conjunta com as escolas médicas do Estado e com autoridades da Secretaria da Saúde, que fosse desenvolvido programa de atualização dos médicos localizados em municípios carentes, segundo o interesse e as disponibilidades das escolas. O exemplo da Faculdade de Medicina de Marília pode ser utilizado, uma vez que seus dirigentes vêm desenvolvendo tal programa, integrado com as atividades curriculares da escola.

É preciso, contudo, não esquecer que todo programa educacional precisa ser acompanhado e avaliado. Daí nossa *TERCEIRA PROPOSTA*: desenvolvimento de um projeto de avaliação do programa o qual deverá centrar-se na análise do seu produto final, representado pelo desempenho do médico generalista em seu contexto social de trabalho; tal projeto deveria ser desenvolvido com a indispensável participação de especialistas em pedagogia médica, de dirigentes das escolas médicas e das instituições prestadoras de serviços de saúde, bem como de entidades representativas da classe médica, notadamente a Associação Médica Brasileira. A Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAÇÃO) tem realizado em São Paulo pesquisas de acompanhamento do desempenho profissional de médicos egressos de programas de Residência Médica em nosso Estado, as quais poderiam servir de inspiração para o trabalho proposto. O considerável esforço envolvido seria recompensado pela possibilidade de se avaliar objetivamente até onde se estaria caminhan-

do, na consecução dos objetivos maiores de formação, utilização e atualização de médicos generalistas.

Summary — *The author analyses the problems involved in the "general physician" preparation process in Brazil. Among these problems one of the most important is referred to the inexistence of clear engagement of medical assistance area in the utilization of that "general physician". At last some related suggestion are presented.*

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. PLANO SALTE. (Saúde, Alimentação, Transportes, Energia) *Diário Congr. Nacional*, 27/maio/1948.
2. SEMINÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA. Petrópolis, 11-12/maio/1973. Rio de Janeiro, ABEM, Petrópolis, Faculdade de Medicina de Petrópolis, 1973.
3. SEMINÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA, Campinas, 24-27/maio/1978. *R. bras. Educ. Méd.*, 1978, p.166-7. supl. 1.
4. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Preparação do médico geral*. Rio de Janeiro, ABEM, 1983. 46p. (Série Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, nº 5).
5. JATENE, A. Extensão dos serviços de saúde nas áreas metropolitanas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. Brasília, 24-28/mar./1980. *Anais*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p.49-65.
6. MACEDO, C. G. Extensão das ações de saúde através de serviços básicos. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. Brasília, 24-28/mar./1980. *Anais*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980, p.19-30.
7. AGUIAR, N. O Estado e a absorção do médico generalista. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 16. Londrina, 22-24/nov./1978. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1978, p.31-5.
8. CANDAU, M. Planejamento geral e aspectos doutrinários da formação do médico de família e suas relações com o Sistema de Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 16. Londrina, 22-24/nov./1978. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1978, p.23-30.
9. SILVA, C. A. Problemas de integração docente-assistencial. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Integração docente-assistencial*. Rio de Janeiro, ABEM, 1983, p.88 (Série Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, nº 6).
10. SOUZA, E. M. As escolas de medicina e a formação do médico da família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 16. Londrina,

- 22-24/nov./1978. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1978, p.37-40.
11. GONÇALVES, E. L. *O ensino médico e os médicos no Brasil: aspectos quantitativos*. Rio de Janeiro, ABEM, 1984, 90p. (Série Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, nº 8).
 12. BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Serviços de Saúde (PrevSaúde)*, Brasília,MS/MPAS, 1980.
 13. BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. *Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social*, Brasília, MPAS, 1982.
 14. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Integração Docente-Assistencial*. Rio de Janeiro, ABEM, 1983, 88p. (Série Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, nº 6).
 15. ARAUJO, J. D. Aspectos econômicos e sociais da distribuição do médico de família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 16. Londrina, 22-24/nov./1978. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1978, p.41-7.
 16. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Integração docente-assistencial (Relatório da Comissão integrada pelos profs.: F. S. Barbosa, C. Fraga Filho & J. A. Pinotti)*. *Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica*, 13 (6): 1-3/nov./dez./1981.

ENDEREÇO DO AUTOR:
 Faculdade de Medicina
 Universidade de São Paulo
 Av. Dr. Arnaldo nº 455
 01246 – São Paulo – SP