

Ensino Médico, SUS e Início da Profissão: como se Sente Quem Está se Formando?

Medical Education, the Unified Health System, and the Early Profession: What do Graduating Students Feel?

Neilton Araujo de Oliveira¹
Luiz Anastácio Alves^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica.
- Trabalho Médico.
- Sistema Único de Saúde
- Estudantes de Medicina.
- Escolas Médicas.
- Mudanças no Ensino Médico.

KEYWORDS

- Medical Education.
- Medical Work.
- Unified Health System .
- Students of Medicine.
- Medical Schools.
- Changes in Medical Education.

Recebido em: 28/06/2009

Reencaminhado em: 04/05/2010

Aprovado em: 12/05/2010

RESUMO

A construção do SUS e o crescimento do nosso país têm suscitado uma discussão maior sobre mudanças no ensino médico. Iniciativas para implementar as Diretrizes Curriculares Nacionais aumentam o cardápio de estratégias de mudanças na preparação do futuro médico. Para compreender melhor essas modificações, aplicamos questionários in locu a 1.004 alunos do internato de Medicina em 13 cursos médicos de seis Estados brasileiros entre 2004 e 2007, e realizamos entrevistas com alunos, docentes e gestores de Saúde. Neste artigo, destacamos o que pensam os formandos a respeito de sua formação no começo de sua atuação profissional. Aproximadamente 19% dos alunos se sentem aptos ao exercício imediato da medicina; 81% querem buscar formação complementar; 63% desejam ser “especialistas”; só 20% querem trabalhar em medicina geral, como o PSF, e apenas 5% querem trabalhar em pequenos municípios. Há discrepâncias entre o que os alunos querem fazer, como se sentem preparados e o que acabarão por fazer. Este estudo fornece dados que podem ajudar na melhoria da educação médica de acordo com as demandas do SUS e na integração ensino-serviços-comunidade.

ABSTRACT

The construction and consolidation of the Unified Health System (SUS) in Brazil and the country's economic growth have sparked increasing discussion on changes in medical education. Initiatives to implement the National Curriculum Guidelines have expanded the range of strategies for changes in training for future physicians. In order to better understand these changes, we applied on-site questionnaires to 1,004 medical interns in 13 medical schools in six States of Brazil from 2004 to 2007, and conducted interviews with students, faculty, and health administrators. This article highlights what graduating medical students think of their training at the beginning of their professional careers. Approximately 19% of the graduates feel prepared to practice medicine immediately; 81% want to seek additional training; 63% wish to become “specialists”; and only 20% want to work in general practice like the Family Health Program (only 5% want to work in small towns). There are discrepancies between what the students want to do, how prepared they feel, and what they actually end up doing. This study provides data that can help improve medical education in Brazil according to the demands of the Unified Health System and integration between teaching, services, and the community.

¹ Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO, Brasil.

^{II} Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Brasil completa duzentos anos de ensino médico ao tempo em que se comemoram os vinte anos do SUS e trinta anos de Alma Ata, num contexto da educação médica caracterizado por um intenso e crescente debate nos mais diferentes campos da educação médica^{1,7}. Nesta primeira década do século 21, tanto no Brasil quanto em todo o mundo, a educação médica têm suscitado as mais diversas abordagens e avaliações da doutrina e da prática da formação profissional, conectada à contemporaneidade de um mundo globalizado⁸. Atualmente, o ensino médico é objeto de estudos, pesquisas e formulações novas, influenciado por aspectos políticos, didático-pedagógicos, culturais e comunitários relacionados às mudanças nos sistemas e serviços de saúde e à própria educação brasileira e mundial.

A formação médica e o mercado de trabalho médico, de forma geral, atravessam um profundo processo de transformação a partir da globalização e das mudanças no modo de produção dos procedimentos médicos⁹. A intensa incorporação tecnológica que vem atingindo a medicina, como saber e como prática, e a desestruturação do frágil equilíbrio do controle de mercado pela força de trabalho, devido ao deslocamento do financiamento para outras mãos que não a corporação médica e nem o consumidor direto¹⁰, tensionam fortemente tanto a educação médica como seu processo de avaliação e regulação. Paralelamente, há uma internacionalização do ensino médico, influenciada pelo processo crescente de migração de médicos, de tecnologias e fornecedores-provedores que cruzam fronteiras em todo o mundo, gerando maior necessidade de definição de padrões, de sistemas transparentes de acreditação e de instrumentos efetivos de avaliação da formação médica¹¹.

Além disso, há uma crescente turbulência do setor Saúde nos últimos 20 anos, levando a um segundo grupo de condições inimigas da educação médica, como Flexner havia imaginado. Os professores clínicos, submetidos a crescentes pressões para aumentar sua produtividade clínica, com vistas a gerar maiores ganhos, decorrentes de cuidados dirigidos a pacientes pagos, têm tido menos tempo disponível para ensinar, o que, frequentemente, resulta em imensa frustração¹².

Por sua vez, na base do processo de criação do SUS e de sua implementação encontram-se o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social para a construção diária da saúde e a impossibilidade de o setor sanitário sozinho responder às necessidades para a existência de uma população saudável. Como dizia Capistrano Filho¹³, “[...] travamos uma guerra, em defesa da saúde e da vida, contra o rastro de sofrimento e de morte com o qual o capitalismo brasileiro marca a existência de milhões de pessoas” (p. 37).

A missão do SUS pode ser resumida como a garantia, aos cidadãos, do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, protegendo, promovendo e recuperando a saúde, onde o Estado federal deixou de ser um executor de ações de saúde para se transformar em gestor de políticas, em parceria com os demais entes federados. Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro, pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos, e de uma forma muito especial, no âmbito da Atenção Básica da Saúde¹⁴.

Cada vez mais, torna-se mais importante cuidar da vida de modo que se reduza o adoecimento — como produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura — e se propicie saúde ao indivíduo e à coletividade. Essa atenção para com o viver e a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou a saúde como resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. À medida que se compreende o processo saúde-adoecimento como determinado pela existência de condições de trabalho, qualidade de moradia, de alimentação e do meio ambiente, possibilidades de lazer, graus de autonomia, exercício da cidadania, enfim, por uma série de construções sociais, históricas, culturais e econômicas, cria-se outro jeito de pensar as ações no setor sanitário¹⁵, o que nos leva a perguntar: como isto se reflete na educação e na formação médica e como esta tem respondido a tais desafios?

Nesse contexto, a preparação de pessoal para a saúde, em especial a formação do médico, sintonizada com esse processo de mudanças e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, reveste-se de real importância e representa não só um desafio, mas sobretudo uma necessidade imperativa para a qualificação da atenção à saúde das pessoas, na direção da integralidade. Da mesma forma, torna-se essencial para a estruturação do sistema público da saúde, acompanhada e acompanhando as inflexões verificadas na organização dos serviços e ações de saúde, e também no desenvolvimento dos diferentes campos de conhecimento, de tecnologias e de práticas.

Diante da complexidade dessa formação médica e da exigência de sua identificação com o contexto e processo de construção do SUS, para o médico recém-formado, começar a trabalhar pode representar um momento de grande expectativa, repleto de angústias e condicionado por diferentes conflitos, decorrentes das exigências atuais dos serviços médicos, da cobrança da sociedade em suas necessidades de saúde e da concepção do sistema; esta, a ser construída na direção da atenção integral à saúde e relações humanizadas, num processo de descentralização com ênfase na municipalização, também ainda em construção.

OBJETIVOS

Este trabalho teve como objetivo estudar o processo de formação médica no Brasil, verificando o que pensam e como se sentem os alunos que estão se formando nesse contexto de mudanças, tanto do ensino médico como da construção do SUS, e correlacionando os principais eixos e focos dessa formação frente às características dos serviços de saúde e às necessidades de saúde da população.

MÉTODOS

Este estudo é derivado de uma pesquisa, realizada entre 2004 e 2007, que aborda um grande número de aspectos da avaliação do ensino médico, em especial o processo de mudanças na educação médica, tendo como referência o que pensam os estudantes do internato de Medicina. Foi utilizada uma abordagem quali-quantitativa com diferentes instrumentos, entre os quais a aplicação de questionários *in locu* a 1.004 alunos do internato de 13 cursos médicos, em seis diferentes Estados da federação (Goiás, Tocantins, Alagoas, Paraná, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro), alcançando as cinco grandes regiões brasileiras.

No questionário utilizado, diferentes focos foram propostos e investigados, sendo as respostas dos alunos separadas por blocos, para facilitar a análise. Este artigo destaca os aspectos relativos ao perfil do médico formado, segundo a opinião dos estudantes pesquisados — quando pensam o começo de sua atuação profissional —, suas principais vontades e opções, algumas contradições e angústias, num contexto de mudança do ensino médico e em face do processo de construção do SUS.

Além de observação participante, com acompanhamento de diversos fóruns das áreas da saúde e da educação, também foram realizadas algumas entrevistas com alunos, docentes e dirigentes de cursos médicos e gestores de serviços de saúde. Todos os sujeitos que participaram do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, e o projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Fio-cruz (Parecer 302/06 e número de registro na Sisnep CAAE: 0145.0.011.000-06).

RESULTADOS

Dos estudantes do internato nos 13 cursos médicos estudados, 1.004 responderam ao questionário, cujos dados socioeconômicos estão na Tabela 1. Observa-se predominância dos solteiros, porém já há uma maioria de mulheres nos cursos estudados. Também chamam a atenção a alta escolaridade dos pais e a renda familiar, contrastando relativamente com um número menor de livros que o estudante diz possuir.

TABELA 1

Perfil socioeconômico dos alunos pesquisados (N = 1.004)
— Brasil 2005–2007

Parâmetros	Nº	%	
Idade	20 a 22	101	10
	23 a 25	653	66
	+ de 25	249	25
Sexo	Masc.	429	43
	Fem.	574	58
Estado civil	Solteiro	849	87
	Casado	137	14
	Outro	40	4
Cor	Negra	56	6
	Parda	217	22
	Amarela	35	4
	Branca	687	69
	Outra	7	1
Mora com a família	Sim	709	71
	Não	294	30
Em imóvel	Próprio	696	70
	Alugado	306	31
Tem outro curso superior	Sim	107	11
	Não	897	90
Trabalho / outra atividade	Sim	167	17
	Não	834	84
Renda familiar	até 5 sm	21	2
	5 a 10 sm	81	8
	10 a 15 sm	160	16
	15 a 20 sm	300	30
	+ de 20 sm	438	44
Escolaridade do pai	1º G	49	5
	2º G	179	18
	3º G	519	52
	Pós-G.	256	26
Escolaridade da mãe	1º G	47	5
	2º G	251	25
	3º G	458	46
	Pós-G.	248	25
Tem computador	Sim	938	95
	Não	56	6
Acessa internet	Sim	972	98
	Não	29	3
Possui carro	Sim	616	62
	Não	387	39
Família tem carro	Sim	975	98
	Não	26	3
Quantidade de livros que possui	Até 50	293	29
	50 a 100	269	27
	100 a 200	272	27
	200 a 500	92	9
	+ de 500	78	8

Entre os estudantes do internato, 68% aprovaram o curso de graduação, ao considerarem o resultado de sua formação

como excelente (8%) e bom (60%); 65% informaram que gostariam e se sentiriam, ao final de sua formação, mais preparados para atender casos clínicos em geral. Mesmo assim, do total dos discentes consultados, 63% querem ser “especialistas” e somente 20% (portanto, um quinto apenas) declararam que, concluída sua graduação, gostariam e começariam a trabalhar em medicina geral, como o Programa Saúde da Família.

No que se refere à Estratégia Saúde da Família — a principal política brasileira de organização e de reorientação do modelo de atenção à saúde, na lógica da integralidade —, observa-se que não estamos formando pessoal em quantidade ou qualidade necessárias para as atuais necessidades, nem para enfrentar os desafios de ampliar o acesso e melhorar a resolutividade da atenção à saúde.

Entre os muitos resultados de nossa pesquisa, observa-se que 593 alunos (59%) não conhecem as Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina (DCNM), 456 alunos (45%) desconhecem o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares em Medicina (Promed) e 772 alunos (73%) consideram que, na prática, o currículo do seu curso médico vem sendo executado tal como proposto no projeto do curso. Sobre as razões de maior destaque para ter escolhido estudar Medicina, 53% dos estudantes disseram ter sido “por vocação”, 18% informaram que a razão dessa escolha foi “interesse científico”, 13% referiram ser a “família” a determinante para a escolha, e os demais referiram outras causas.

Informatização/multimídia nos cursos médicos parece ser, ainda, um problema: pouco mais da metade dos alunos aprovam essa condição, sendo ótima só para 16% e boa para outros 36%. Segundo a metade dos estudantes pesquisados,

no seu curso médico não se discute mercado de trabalho, e somente 16% deles consideram que o seu curso discute política de saúde, desde o primeiro ano da graduação. Embora 60% dos 1.004 estudantes informem que utilizam como cenários de práticas as Unidades Básicas de Saúde e Hospitais da rede SUS, só 21% dos alunos consideram que seu curso estabelece relações com atividades comunitárias.

Uma questão bastante reveladora é que somente 5% desses formandos querem trabalhar em pequenos municípios. Se lembrarmos que cerca de 70% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes — e é aí, exatamente, onde há maior necessidade de médicos atuando em atenção básica de saúde —, concluiremos que estamos longe da meta de contarmos com médico em todos os municípios do País. Cerca de um terço dos alunos disse preferir cidades médias, um terço, cidades grandes, e outro terço, metrópoles, recordando que 63% dos estudantes informaram que pretendem ser especialistas.

Ao priorizarmos alguns pontos para análise, constatando a complexidade dessa questão, apontamos diretrizes necessárias para avançar no processo de mudança da formação médica. Segundo o que responderam os alunos, mesmo sendo uma referência importante e bastante difundida na discussão sobre mudanças na educação médica no Brasil nos últimos cinco anos, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina ainda são desconhecidas para mais da metade (59% = 593) dos alunos participantes de nossa pesquisa. A Tabela 2 sintetiza parte dos dados das repostas dos estudantes à nossa pesquisa, com destaque para os de maior relevância em relação ao tema central deste artigo.

TABELA 2
Respostas dos Alunos (N = 1.004) ao questionário da pesquisa

(continua)

Questão	Itens	N	%
Seu curso adota as Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina, instituídas pela Câmara de Educ. Sup. do CNE C Res. n1 4, de 07/11/2001?	A maior parte delas	215	21
	Somente uma parte	143	14
	Não adota resolução	31	3
	Não sei	593	59
	Outro	22	2
Tem conhecimento ou considera que durante o seu curso médico houve alguma mudança na sua faculdade visando à melhoria da sua formação?	Sim e foi significativa na questão curricular como pedagógica	202	20
	Sim e teve pouco resultado na melhoria do meu curso	437	44
	Sim, mas ficou só na teoria, sem nenhum resultado prático	219	22
	Não ocorreu nenhuma mudança durante o meu curso	96	10
	Não sei	43	4
Na sua opinião, com relação à metodologia e ao enfoque pedagógico, o seu curso médico, na prática clínica individual e de saúde coletiva, predominantemente prioriza o quê?	A concepção e solução de problemas em grupos com ênfase na realidade de saúde e com abordagem multidisciplinar, usando, nas práticas, espaços e serviços comunitários	128	13
	Aulas teóricas com alguma integração multidisciplinar e as práticas são centradas em habilidades no âmbito hospitalar	352	35
	Aulas teóricas de exposição em disciplinas isoladas com práticas demonstrativas e centradas no professor	213	21
	Cada disciplina adota sua própria estratégia e orientação	290	29
	Outro	18	2

(continuação)

Questão	Itens	N	%
O seu curso médico utiliza quais cenários como locais de prática para ensino e estágios?	Unidades básicas de saúde e hospitais da rede do SUS	604	60
	Hospital e serviços ambulatoriais da sua instituição, sem ref.	282	28
	Somente hospitais de especialidades	50	5
	Não existe sistematização definida	43	4
	Outro	24	2
Qual o percentual de docentes do seu curso médico que trabalha na rede pública de saúde?	70 a 100%	341	34
	40 a 69%	166	17
	10 a 39%	72	7
	Menos de 10% ou não há docentes que trabalham na rede pública	41	4
	Não sei	383	38
O seu curso médico procura estabelecer relação e participação comunitária, envolvendo instituições populares?	Regularmente, existindo articulação do ensino/comunidade	210	21
	Promovida em problemas focais, depende da disciplina-docente	499	50
	Somente quando a comunidade procura	89	9
	Não é promovida nem procura promover	171	17
	Outro	35	3
Considerando os objetivos e perfil médico propostos na concepção e estruturação do seu curso, ao final de sua formação que resultado você considera que alcançou?	Excelente	84	8
	Bom	605	60
	Médio	219	22
	Fraco	36	4
	Não conheço o perfil e os objetivos propostos no meu curso	60	6
Considerando as diversas tipologias de médico, ao final do seu curso, você pretende ser com maior ênfase que tipo de médico?	Médico generalista	221	22
	Médico especialista	638	64
	Pesquisador	40	4
	Docente	53	5
	Pesquisador-docente	47	5
Concluída sua graduação, você gostaria e começaria a trabalhar em que área ou serviço?	Serviço geral de saúde, como o Programa Saúde da Família (PSF)	200	20
	Serviços especializados em Clínica	410	41
	Serviços especializados em Cirurgia	232	23
	Serviço geral de saúde em articulação com ensino e pesquisa	86	9
	Outro	75	7
Na sua atuação como médico, que tipo de serviço/vínculo você tende a escolher?	Em serviços públicos de assistência médica	99	10
	Em serviços públicos de gestão e administração de saúde	25	2
	Em serviços públicos de ensino	75	7
	Em medicina especificamente privada/particular	101	10
	Em medicina privada/particular e medicina pública ao mesmo tempo	702	70
Ao final do seu curso médico, que tipo de casos (doentes/pacientes) você gostaria e se sentiria mais preparado para atender?	Pronto socorro/urgências	162	16
	Casos clínicos em geral	653	65
	Casos cirúrgicos eletivos	114	11
	Não gosto e prefiro não atender doentes	22	2
	Outro	53	6
Ao concluir sua formação médica, onde você gostaria de trabalhar?	Metrópoles (mais de 1 milhão de habitantes)	321	32
	Grandes centros urbanos (cerca de 500 mil habitantes)	320	32
	Cidades médias (cerca de 100 mil habitantes)	286	28
	Municípios pequenos (menos de 20 mil habitantes)	52	5
	Outro	25	2
O seu curso médico discute mercado de trabalho com os alunos?	Apresenta a carência de médicos nos diversos níveis de atenção, promove orientação sobre saúde pública e práticas liberal e/ou assalariada, influenciando na formação médica	142	14
	Apresenta a carência e explicita as práticas, promovendo orientações, sem discutir a influência na formação do médico	170	17
	Explicita somente as práticas liberal e/ou assalariada, sem promover orientações e influências	131	13
	Não discute mercado de trabalho	492	49
	Outro	69	7

(conclusão)

Questão	Itens	N	%
O seu curso médico discute a política de saúde e a relação formação/serviços de saúde?	Durante todo o curso, desde o primeiro ano	160	16
	Esporadicamente durante uma ou outra disciplina	667	66
	Somente no último ano	35	4
	Só discute nos congressos e reuniões, a cargo dos alunos	105	10
	Outro	37	4

Um interessante dado foi observado quando perguntamos que “tipo de caso” os alunos se sentiriam mais preparados para atender ao final de sua formação. Em suas respostas, 65% afirmaram que se sentiam mais seguros para atender “casos clínicos em geral”, mas somente 20% informaram que, ao concluírem o curso médico, gostariam ou começariam a trabalhar em serviços gerais de saúde (como o Programa Saúde da Família). A maioria absoluta (64%) referiu opção por serviços especializados, 41% na clínica e 23% na cirurgia, o que aparentemente poderia representar uma contradição. Esta talvez se explique pela maior dificuldade e insegurança desses alunos no começo de sua atuação profissional ou pela compreensão do crescente mercado de trabalho representado pelo Programa Saúde da Família.

De qualquer forma, os resultados aqui encontrados indicam uma preferência desses estudantes por exercer a medicina segundo especialidades, na medida em que 63% deles querem ser “especialistas”, influenciados possivelmente pela predominância do exercício liberal da medicina e de sua fragmentação em diversas especializações e subespecializações, fato em grande parte determinado pela incorporação de novas e sofisticadas tecnologias.

Quanto ao mercado de trabalho, para 49% dos alunos, essa questão não vem sendo discutida pelos cursos de graduação em Medicina. Apenas 14% dos estudantes avaliam que seus cursos apresentam a carência de médicos nos diversos níveis de atenção e promovem orientação sobre saúde pública e práticas liberal e/ou assalariada, influenciando na formação médica. Para 66% dos estudantes, apenas esporadicamente — durante uma ou outra disciplina —, o curso médico discute a política de saúde e a relação formação/serviços de saúde. A abordagem multidisciplinar, usada nas práticas, espaços e serviços comunitários, é uma concepção adotada por uma minoria, sendo referida por somente 12% dos alunos.

Por sua vez, menos de um quinto (19%) dos alunos se sentem apto ao exercício imediato, na linha da integralidade da medicina (nos aspectos preventivo e curativo, clínico geral e cirúrgico, pesquisa e articulação social e comunitária), enquanto os demais (81%) responderam que são formados para buscar formação complementar.

Uma compreensão melhor dessas questões, tanto relativa à abrangência da formação médica, quanto à dinâmica e influências desse processo de mudanças, pode ser ilustrada com algumas das opiniões de docentes e de alunos, conforme seus depoimentos:

“[...] poucos dos meus colegas querem ser médicos gerais, eu, como a maioria, já quero fazer uma especialização, por isso já estou estudando desde o quinto ano.” (aluno 1)

“[...] eu quero fazer uma especialização, só que preciso começar logo a trabalhar e aí estou querendo conciliar o PSF com uma futura residência [médica] [...] ela é que me dará mais segurança e conhecimento.” (aluno 2)

Algumas outras das diversas falas apresentam respostas bastante reveladoras:

“Atualmente, o médico que está se formando está se preocupando mais com a sua residência, ele só se preocupa com a especialização [...] então, inclusive, ele até desdenha um pouco do internato e prefere ficar estudando para os concursos [...] os concursos de residência médica. Infelizmente isso é uma realidade.” (aluno 3)

“Mesmo no próprio PSF, atualmente, acho que não existe aproximação com a comunidade. A gente fica limitado ali no atendimento [...] não tem um trabalho como deveria ser.” (aluno 4)

Por outro lado, docentes e gestores de serviços começam a apresentar em seu discurso uma tendência de mudança:

“[...] o usuário [...] os próprios alunos estão vendo também que [...] o que está sendo ensinado não é o que [...] ele como usuário gostaria de ver, então o próprio aluno está querendo também essa mudança.” (docente 1)

“[...] nós estamos muito confiantes nesta reforma que vem acontecendo, estamos nos empenhando o máximo pra que a gente dê uma transformada nesse médico [...], acredito, pelo

que já vi nesse primeiro ano, que os meninos estão muito diferentes [...] isso é uma coisa muito interessante!” (docente 2)

“Entre os médicos, agentes de saúde, auxiliares de enfermagem e demais [...] pessoal da rede [...], os médicos se mostraram mais resistentes a lidar com o aluno.” (gestor de serviço de saúde)

“Creio que o que mais está motivando esse processo de mudança é a própria comunidade [...] a organização da [...] popular, que está fazendo com que [...] está gritando, pedindo que esse médico seja diferente, que dê resposta ao que ela está ansiando!” (docente 3)

DISCUSSÃO

De acordo com o observado neste estudo, parece haver uma predominância dos cursos médicos que vêm tentando adotar processos de mudanças curriculares, o que pode ocorrer em consequência da compreensão, crescente no País, da necessidade urgente de modificar tanto a educação médica, quanto seus processos de avaliação.

Nesse contexto, a discussão ampla sobre os diferentes parâmetros da educação e formação de pessoal de saúde, em especial do médico, no Brasil, deve ter como ponto central a implementação do SUS e a adequação dessa formação às necessidades de saúde da população.

Conforme verificamos neste nosso trabalho, pela informação de alunos, professores e gestores dos serviços de saúde, está em curso um processo de aproximação entre ensino médico e serviços de saúde, embora ainda predomine a ótica utilitarista de serviços de saúde como cenários de práticas. Para a maioria absoluta dos estudantes consultados, 60% deles, seu curso médico (para ensino e estágios) utiliza como locais de prática as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Hospitais da Rede do SUS e seguem preceitos de regionalização e hierarquização de ações e de referência e contrarreferência. Pouco mais de um quarto dos alunos (28%) referiu, como locais de práticas, o hospital e serviços ambulatoriais da sua instituição, sem referência e contrarreferência com a rede assistencial. Apenas 5% dos alunos responderam que seu curso médico utiliza como campo de práticas para ensino e estágios somente hospitais de especialidades.

Apesar desta crescente aproximação com o sistema de saúde, observa-se uma predominância da formação médica desconectada das reais necessidades do perfil epidemiológico e da organização de cuidados à saúde da população. Nesse particular,

[...] pode-se afirmar que a educação médica continua baseada, prioritariamente, em procedimentos e práticas

hospitalares, nas tecnologias com elevado valor econômico agregado e no viés biologicista [...]. A mentalidade predominante na escola médica, bem como na Universidade, é a de que o saber é segmentado, o professor é o centro do processo ensino-aprendizagem e a simples transmissão de conhecimentos é a finalidade daquele processo. (DENEM¹⁶ 2006, p. 13)

Assim, não seria um equívoco deduzir que, se os locais de práticas já estão sendo mais utilizados e integrados ao ensino médico, a concepção dos cursos médicos e o perfil do médico que está sendo formado não sofreram, ainda, mudanças significativas.

É oportuno observar que, para se avançar na mudança da formação dos alunos de Medicina, é fundamental, também, investir fortemente na formação docente. Mais importante será compreender que, se o processo de mudança é permanente e determinado social, econômica e politicamente, também e conseqüentemente serão persistentes as resistências a mudanças¹⁷.

Sabendo, então, que a tendência de mudança caminha na direção da resultante dessas posições, é essencial intensificar as articulações, intra e extraescola médica, no sentido da integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade, o que não só se refletirá na formação discente, mas também propiciará melhor preparo e engajamento docente na consolidação do paradigma da integralidade da saúde.

Um ponto de partida seria, como já indicava Oliveira¹⁸, um trabalho com perspectivas e intervenções inovadoras: integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade, identidade regional, trabalho comunitário, atuação interdisciplinar e atividades de pesquisa e iniciação científica envolvendo professores e alunos.

Em face dos desafios e necessidades de saúde frente ao processo de construção do SUS e ao contexto e impulsos da globalização, são diversos e diferentes os desafios do ensino médico, especialmente as dificuldades metodológicas para analisar o campo da formação do médico, evidenciadas na ausência de informações ou dados dispersos, inconsistência das informações e incomunicabilidade entre bases de dados, por exemplo.

Por sua vez, a oferta de cursos para formação médica se dá sem planejamento e muito frequentemente com baixa regulamentação¹⁹, verificando-se aumento acentuado do número de cursos médicos no País²⁰. Só nos últimos dez, 12 anos, segundo o CFM²¹, os cursos médicos aumentaram de 80 para 169 (em 2006) e, em 2008, já eram 175, contrastando, por exemplo, com os Estados Unidos, que têm 125 faculdades médicas, e

a China (o país mais populoso do mundo), onde o número de escolas médicas chega somente a 150. Para a Associação Médica Brasileira²², o Brasil tem hoje um grave problema, representado pelo grau e velocidade de proliferação de cursos médicos, situação equivalente à dos Estados Unidos e do Canadá no início do século passado.

Por outro lado, a interação com ações de promoção da saúde, a participação social-comunitária, a proteção e vigilância em saúde, etc., em articulação com a gestão local do sistema de saúde, conforme destacado por Oliveira *et al.*²³, podem representar importantes estratégias de formação em saúde integral, na lógica proposta pelo SUS. Ademais, embora mais enfatizada ultimamente no discurso de muitos, a “integração ensino-serviço de saúde”, que por si só constitui um ponto crítico, precisa evoluir e ser ampliada para “integração ensino-serviço de saúde-comunidade”, tarefa complexa a ser enfrentada por diferentes sujeitos e com diversos graus de dificuldades, entre as quais se destacam:

- resistências e pouca sensibilidade de docentes para as mudanças; médicos e demais profissionais dos serviços de saúde com pouca ou nenhuma condição de ensinar;
- Integração Docente-Assistencial (IDA) ainda somente no discurso em várias escolas médicas;
- mudanças de cenário de ensino, do hospital para a rede de serviços, encontram resistências de toda ordem, e muitos desses problemas nem sequer são discutidos;
- muitas escolas médicas falam muito em avanços na educação médica, porém não colocam as implicações desses avanços para os serviços de saúde, muito menos para a comunidade (isto se torna um problema ético sério: a transformação da escola como possível de ser feita de forma isolada do serviço de saúde e da comunidade);
- concepção de que o processo de mudança e transformação aconteceria com a simples utilização da rede de serviços de saúde como local de práticas e estágios, trabalhando-se apenas na ótica do quantitativo, e não da resolução e da qualidade do atendimento, nem da participação ativa dos gestores e usuários dos serviços.

O processo de construção do SUS e os impulsos da globalização, associados a uma intensa incorporação tecnológica e aumento da participação social, têm contribuído para uma significativa movimentação por dentro e no “entorno” das escolas médicas brasileiras e dos serviços de saúde, no sentido de mudanças tanto curriculares como nas demais dimensões, incluindo a própria concepção da educação médica. Contudo, no atual contexto nacional de crescimento e desenvolvimento muito desigual nos diferentes campos, a preparação de pesso-

al em quantidade suficiente e qualidade adequada, sobretudo na área médica, torna-se muito mais complexa por envolver diferentes aspectos e fatores⁸.

Um desses fatores seria a questão do financiamento de projetos inovadores de mudanças envolvendo ensino e serviços, já que, segundo Koifman²⁴, parece evidente que o financiamento de projetos e as linhas de pesquisa determinam prioridades e objetivos. Outro fator seria a mudança nas estratégias pedagógicas.

Por um lado, estratégias pedagógicas como Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas, segundo afirma Berbel²⁵, são dois caminhos (e não apenas dois termos) diferentes de ensino e de formação profissional, com diferentes consequências. Por outro lado, a qualidade da formação médica, à luz do processo de construção do SUS, implica avaliações objetivas sobre as condições mínimas e necessárias de funcionamento dos cursos e dos serviços de saúde, além de considerar as expectativas e concepções dos estudantes de Medicina durante a graduação e o processo de transformação pessoal.

Na busca de uma aproximação progressiva da realidade da profissão, parece ser necessário conhecer melhor estas transformações (atentando para as demandas sociais e mudanças na profissão médica e, conseqüentemente, no mercado de trabalho), como forma de enfrentar os desafios no processo de formação em Medicina²⁶.

Outro ponto que não tem merecido destaque nas discussões sobre mudanças no ensino médico, e que nós também pouco abordamos, é o ingresso no curso de Medicina. Jovens de todas as classes sociais, e por diversas razões, continuam buscando fortemente a Medicina, que continua sendo o único curso onde a demanda é superior à oferta, quer nas instituições privadas quer nas públicas (especialmente nestas). Inúmeros estudos analisam as deficiências dos vestibulares e, no presente momento, devem ser ressaltadas e mais bem estudadas as experiências alternativas que já vêm sendo realizadas em algumas universidades do País.

Assim, para avançar nesse processo de mudança da educação médica, é preciso, antes de tudo, reconhecer a existência dos vários problemas no ensino médico brasileiro que necessitam de solução urgente. Conseqüentemente, os governos federal e estadual, no cumprimento de seu papel de agente regulador, estão obrigados a analisar a abertura de novas escolas médicas ou, até mesmo, a fechar algumas delas, fundamentados em avaliações objetivas, plurais e participativas sobre as condições mínimas e necessárias de funcionamento e de qualidade da formação desses profissionais médicos.

Para isso, torna-se importante a identificação da real necessidade de médicos no País por área de conhecimento e por

região geográfica, e o conseqüente estabelecimento de critérios claros para a abertura de novas escolas médicas onde realmente sejam necessárias. Isto deve contar com a participação das três esferas de gestão e também da sociedade em geral, e não somente das entidades educacionais ou médicas e/ou acadêmicas.

Nosso estudo gerou um espectro grande de possíveis conclusões, e, ao destacarmos a necessidade de novas investigações quanto à importância de pesquisas no ensino médico^{8,27}, defendemos que as cadeiras básicas devem incentivar programas de iniciação científica e promover a interação entre ensino, serviços de saúde e comunidade. Esse desafio pode representar a maior prioridade do SUS.

Refletir sobre as implicações pedagógicas, científicas e institucionais desta tarefa será fundamental para a reformulação curricular, o redirecionamento referente à docência médica, à gestão acadêmica e à incorporação técnico-científica²⁸. O aprendizado com estes ensinamentos e as lições que a história vai colocando à nossa disposição servirão de suporte aos esforços que estão sendo empreendidos e de guia às concepções que estamos forjando para essa mudança e que poderão iluminar, nesta e na próxima década, a educação médica no Brasil no bojo da construção do SUS.

Concordamos com González e Almeida¹, quando afirmam que

cabe a todos o papel de protagonista na transformação dos conceitos e das práticas de saúde que orientam o processo de formação para produzir profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde [...] e que isto pode começar através da universidade, do colegiado ou do departamento, mas, se não chegar à sala de aula e à relação professor-aluno, de nada adiantará a mudança nas diretrizes curriculares ou as imposições de um colegiado ou de uma universidade. (p.760)

Só que a essa relação professor-aluno precisa se associar uma outra relação, a da aproximação ensino-serviços-comunidade.

E se ainda se preparam profissionais de saúde distanciados da realidade dos serviços de saúde e pouco comprometidos, até por desconhecimento, com o processo pelo qual está passando o modelo de atenção à saúde, avaliação e transformação passam a ser temas prioritários e de interesse de diferentes instituições, tanto da área acadêmica como do setor de serviços da saúde²⁹.

Parece evidente um contrapasso entre a ênfase dada pela maioria das escolas médicas e o perfil do médico que os serviços de saúde e a comunidade necessitam²³. Apesar de estar aumentando o número de cursos médicos que têm discuti-

do mudanças, somente uma minoria desses cursos tem, por exemplo, implantado disciplinas e/ou programas de iniciação científica, bem como promovido a participação comunitária/popular, duas questões absolutamente fundamentais para a formação médica no atual contexto do sistema de saúde. Dirigentes dos serviços de saúde (especialmente os do nível local) e os responsáveis pelas instituições de ensino médico precisam, em conjunto, criar condições concretas de exercícios e práticas promotores dessa mudança.

Carvalho *et al.*³⁰ (p. 470), ao relatarem e discutirem “o ensino da Saúde Coletiva no curso médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde”, afirmam que é preciso “[...] arriscar. Mergulhar no processo e buscar encontrar, testando, companheiros e cenários de aprendizagens que sejam úteis aos alunos e à unidade de saúde [...], o que parece sugerir o sucesso da travessia, às vezes, heterogênea e truncada, soando em certas situações insegura e improvável”. O mesmo raciocínio parece ser bem aplicado e muito útil quando se pensa propor inovações na educação médica ao buscar a integração ensino-serviços-comunidade.

CONCLUSÃO

Carecendo de uma análise mais aprofundada e de outras questões que pudessem ser formuladas ao conjunto de alunos dos cursos médicos para melhor compreender os resultados observados no presente estudo, ousamos afirmar que a interação e a articulação com a comunidade e com a gestão local do sistema de saúde representam importantes estratégias de formação em saúde integral e, em especial, da formação do médico (na lógica proposta pelo SUS).

Embora mais presente no discurso, quando se analisam as respostas dos alunos e seus depoimentos sobre a relação/integração do ensino médico com serviços locais de saúde e a participação das organizações comunitárias/populares, estas são ainda praticamente inexistentes. Isto pode significar que a esfera local e suas instâncias para o ensino médico são vistas muito mais como campos e locais de estágios (objetos) do que como partes integrantes (sujeitos) importantes nesse processo de mudança.

REFERÊNCIAS

1. González AD, Almeida MJ. Integralidade da Saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Ciênc Saude Colet [periódico na internet]. 2010. [acesso em 2 set. 2008]; 15(3):757-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a18.pdf>
2. Zhang X, Li X, Wan X, Zeng C, Scott CS, Schad DC. Attitudes of Chinese medical students toward the global mi-

- nimum essential requirements established by the Institute for International Medical Education. *Teach Learn Med.* 2004;16(2):139-44.
3. Simovska V. Student participation: a democratic education perspective—experience from the health-promoting schools in Macedonia. *Health Educ Res.* 2004;19(2):198-207.
 4. Schuwirth LW, van der Vleuten CP. Changing Education, changing assessment, changing research? *Med Educ.* 2004;38(8):805-12.
 5. Institute for International Medical Education. Global minimum essential requirements in medical education. *Med Teach.* 2002;24(2):130-5.
 6. Ferguson E, James D, Madeley L. Factors associated with success in medical school: systematic review of the literature. *BMJ.* 2002;324:952-7.
 7. Feuerwerker LCM, Lima VV. Os Paradigmas da Atenção à Saúde e da Formação de Recursos Humanos. In: Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional. Brasília: MS; 2002. p.169-178
 8. Oliveira NA. Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros. Rio de Janeiro; 2007. Doutorado [Tese] — Fundação Oswaldo Cruz. [acesso em 3 set. 2008]. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/teses.php>.
 9. Briani MC. O ensino médico no Brasil está mudando? *Rev Bras Educ Med.* 2001;25(3):73-7.
 10. Aciole GG. A Lei do Ato Médico: notas sobre suas influências para a educação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2006;30(1):47-54.
 11. Karle H. Global Standards and Accreditation in Medical Education: A View front he WFME. *Acad Med.* 2006;81(12):S43-S8.
 12. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. *N Engl J Med* [periodico na internet]. 2006 [acesso em 4 out. 2006];355(13):1339-44. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra055445>
 13. Capistrano Filho D. Da Saúde e das Cidades. São Paulo: Hucitec. 1995. (Saúde em Debate, 80)
 14. Ministério da Saúde. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília: MS; 2006.
 15. Barreto ML. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. *Ciênc Saúde Colet* [on line]. 2004 [acesso em 7 set. 2007]; 9(2):329-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20388.pdf>.
 16. Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina. O Estudante de medicina e o SUS. Conasems [on line]. 2006 [acesso em 3 set. 2008]; Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/cartilhadenemConasems.pdf>
 17. Rodrigues MLV. Inovações no Ensino Médico e Outras Mudanças: Aspectos Históricos e na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP [Editorial 2]. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2002;35:231-5.
 18. Oliveira NA. Medicina e Saúde na Nova Universidade Federal do Tocantins. 42 Congresso Brasileiro de Educação Médica. 2004; Vitória, ES. Vitória: Abem;2004.
 19. Pierantoni CR, Varella TC, França T. A formação médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos sistemas de saúde. *Cad RH Saúde* [on line]. 2006 [acesso em 27 out. 2007];3(1):86-96 [Apresentação a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 27-30 mar. 2006; Brasília, DF]. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/artigo/21162640.pdf>
 20. Brasil. Ministério da Educação. Sistema e-MEC. Cadastro das Instituições de Educação Superior [homepage]. Brasília:MEC; c2008- [acesso em 28 ago. 2008]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>
 21. Conselho Federal de Medicina. Portal Médico [homepage]. Brasília:CFM; c2006- [acesso em 7 set. 2007]. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/>
 22. Loures Bueno RR, Pieruccini MC. Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: relatório de um Cenário Sombrio [monografia na internet] 2 ed. [S.l.]: AMB, CFM; 2005 [acesso em 7 set. 2007]. Disponível em: http://www.amb.org.br/Word/Escolas_de_Medicina.pdf.
 23. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Rev Bras Educ Med* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 7 set. 2009];32(3):333-46.
 24. Koifman L. O processo de reformulação curricular de duas faculdades de Medicina no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa. *Interface Comun Saúde Educ.* 2004;8(14):113-33.
 25. Berbel NN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface Comun Saúde Educ.* 1998;2(2):139-54.
 26. Dini OS, Batista NA. Graduação e Prática Médica: Expectativas e Concepções de Estudantes de Medicina do 1º ao 6º ano. *Rev Bras Educ Med.* 2004;28(3).
 27. Oliveira NA, Luz MR, Alves LA. Iniciação científica na graduação: o que diz o estudante de Medicina? *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(3):309-14.
 28. Facchini LA., Piccini RX, Santos RC. Aspectos históricos e conceituais em educação médica [online]. 1998 [acesso

em 23 dez. 2006]. Disponível em: <http://www.unb.br/fs/pr33.htm>.

29. Feuerwerker LCM, Llanos M. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999.
30. Carvalho SR, Garcia RA, Rocha DC. O ensino da Saúde Coletiva no curso médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2006;10(20):457-72.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Neilton Araujo de Oliveira: levantamento bibliográfico e documental, trabalho de campo (questionários, entrevistas, observação participante), elaboração e aprimoramento da proposta básica do texto, tabulação e análise de dados, discussão

dos resultados, revisão compartilhada e redação do texto final. Luiz Anastácio Alves: colaboração no levantamento bibliográfico, aprimoramento e aprovação do desenho do trabalho, discussão dos resultados, revisão compartilhada, redação do texto final.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Neilton Araujo de Oliveira
806 Sul Alameda 8, n. 19
Plano Diretor Sul — Palmas
CEP 77023-080 — TO
E-mail: neilton@uft.edu.br