Reflexões sobre a saúde pública e o ensino médico

Reflections on public health and medical education

Cyro Castro Júnior[1]

RESUMO

O Brasil vive um período de intensos debates sobre a saúde pública, a sua qualidade e a sua abrangência a todos os brasileiros, além do questionamento referente à formação médica nas instituições de ensino quanto ao aprendizado técnico e à formação humanística, o que determinou medidas por parte do governo no sentido de oferecer atendimento médico a periferias das grandes cidades e lugares longínquos, além de mudanças na área pedagógica, na grade curricular e na política de autorização para o funcionamento das faculdades de Medicina. O presente artigo traz uma breve revisão sobre o assunto, com as experiências existentes tanto no campo assistencial quanto no educacional no nosso país e no mundo, sem a pretensão de esgotar o assunto, porém auxiliando na reflexão sobre quais medidas poderiam representar impacto real sobre a qualidade da assistência de saúde à nossa população.

UNITERMOS: Saúde Pública, Educação Médica, Métodos, Currículo.

ABSTRACT

Brazil is experiencing a period of intense debates on public health, its quality and its scope to all Brazilians, as well as the questioning of medical training in educational institutions as for technical learning and humanistic training. This has determined governmental measures to provide medical care to the outskirts of large cities and remote locations, as well as changes in the pedagogical area, in the curriculum and in the authorization policy for the operation of medical schools. This article provides a brief review of the subject, with existing experiences both in the healthcare field and in education in our country and the world, with no claim to exhaust the subject, but helping to consider what measures could have a real impact on the quality of the healthcare delivered to our population.

KEYWORDS*: Public Health, Medical Education, Methods, Curriculum.*

O País vive um período de intensos debates sobre a saúde pública, a sua qualidade e a sua abrangência a todos os brasileiros, determinando medidas por parte do governo, ditas emergenciais, no sentido de oferecer atendimento médico a periferias das grandes cidades e lugares longínquos que o poder público, historicamente, tem dificuldade para alcançar por motivos diversos ao longo dos anos, sejam eles econômicos, culturais, políticos, etc. Porém, permanece a dúvida se essas medidas representarão impacto real sobre a qualidade da assistência de saúde a essas populações.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (1), em 1948, definiu saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença", entendendo-se, então, a saúde como um valor da comunidade e não apenas do indivíduo. Portanto, a discussão principal gira em torno do que significa oferecer melhores cuidados de saúde a uma população, uma vez que sabemos que a saúde é conquistada através de um extenso leque de necessidades básicas a serem atingidas, tais como água tratada, saneamento básico, noções de higiene pessoal e alimentação, orientação e combate ao uso ou abuso de drogas, sejam lícitas ou ilícitas, práticas saudáveis diárias, como atividade física, ensino, educação, cultura, boas condições de moradia e convívio social, segurança, entre outras.

A Constituição Federal (1988) (2), no artigo 196, refere-se à saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para

[1] Médico pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com especialização em Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular. Mestre em Medicina Cirúrgica pela UFRGS.

sua promoção, proteção e recuperação". Os cuidados aos agravos à saúde têm importância fundamental nesse contexto, pois estes necessitam de uma estrutura completa de atendimento à população no âmbito da prevenção e do tratamento. Para a prevenção e o acompanhamento à saúde dos indivíduos, se faz necessária uma estrutura multiprofissional, com suporte de instalações físicas adequadas, acesso a profissionais médicos, odontólogos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros, acesso a exames laboratoriais, vacinas, medicação, demandando uma organização sistêmica, regionalizada e hierarquizada (3).

Na sociedade brasileira, observamos carências importantes em grandes extensões do nosso território, seja na estrutura física ou na distribuição de profissionais, para a garantia desse direito constitucional. A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. O SUS deve ter a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (2, 4).

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos princípios doutrinários da "universalidade, equidade e integralidade". Nesta visão, "o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar a sua saúde" (3, 4).

Com base no descrito, o que se vê na prática é que os cuidados da saúde da população brasileira carecem da presença do Estado como garantidor da previsão constitucional em várias partes do território há longa data. Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (5), o gasto com saúde no Brasil representa 8,4% do PIB, sendo que o setor público arca com 41,6%, ficando os restantes 58,4% a cargo do setor privado, embora mais de 90% da população seja usuária do SUS, 28,6% utilizam exclusivamente o SUS e apenas 8,7% da população não o utilizam. Como garantir os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade em um território tão extenso e tão diverso do ponto de vista econômico, social e cultural?

A primeira tentativa de interiorização da saúde ocorreu com o Projeto Rondon, criado em 1967, e, durante as décadas de 1970 e 1980, permaneceu em franca atividade, tornando-se conhecido em todo o Brasil, envolvendo mais de 350 mil estudantes universitários e professores em atividades assistenciais. No final dos anos 1980, o Projeto deixou de receber prioridade no Governo Federal, sendo extinto em 1989. Em 2005, com nova roupagem, o Projeto Rondon voltou à pauta dos programas governamentais, sendo atribuída a sua coordenação ao Ministério da Defesa. Desde então, o Rondon já levou mais de 12 mil rondonistas a cerca de 800 municípios. O Rondon é um projeto de integração social que envolve a participação voluntária de estudantes universitários na busca de soluções que contribuam para o desenvolvimento sustentável de comunidades carentes e ampliem o bem-estar da população. O Projeto Rondon tem por objetivos: contribuir para a formação do universitário como cidadão; integrar o universitário ao processo de desenvolvimento nacional, por meio de ações participativas sobre a realidade do País; consolidar no universitário brasileiro o sentido de responsabilidade social, coletiva, em prol da cidadania, do desenvolvimento e da defesa dos interesses nacionais e estimular no universitário a produção de projetos coletivos locais, em parceria com as comunidades assistidas (6).

Outra iniciativa, iniciada em 1994, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A Saúde da Família busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de saúde da família (7).

Tendo em vista a necessidade não apenas de levar médicos por períodos para intervenções de atendimento no Interior, mas, sim, manter a presença desses profissionais nestas localidades, existe em tramitação no Senado Federal a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 34/2011, que cria a Carreira de Médico do Estado no âmbito do SUS, como uma forma de fixar médicos em municípios distantes, através de concurso público e com plano de carreira atrativo, porém sem suficiente apoio político para a sua aprovação (8).

A Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013, e a Lei nº 12871, de 12 de outubro de 2013, instituem o Programa Mais Médicos, que "prevê investimento em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde não existem profissionais". De imediato, o programa fez a contratação de mais de 14 mil médicos para a atuação em periferias e municípios longínquos, remunerados por bolsa federal e com um período de atuação definido de três anos. Com a pequena adesão dos médicos brasileiros e dos demais estrangeiros, a grande maioria dos profissionais foi trazida de Cuba, por meio de convênio que suscitou grandes discussões sobre a legalidade e também sobre o impacto que um programa com prazo estabelecido possa trazer de benefício à população assistida. Em parceria com o Ministério da Educação, o programa prevê ainda a abertura de 11,5 mil vagas nos cursos de Medicina no País até 2017 e 12 mil vagas para

formação de especialistas até 2020, com uma mudança na formação dos estudantes de Medicina na tentativa de "aproximar ainda mais os novos médicos à realidade de saúde do país" (9).

Este debate levantou questões sobre a formação dos médicos brasileiros, polarizando quanto ao aprendizado técnico e à formação humanística nas faculdades de Medicina do País, generalizando e rotulando a formação médica no Brasil. Podemos observar que essa discussão não é nova, e várias experiências concretas existem no mundo e no Brasil com o uso de metodologias de ensino que propiciam o desenvolvimento do conhecimento médico vinculado ao atendimento humanizado à população, através de metodologias ativas de ensino, contrastando com o uso de metodologias tradicionais que compartimentalizam o conhecimento em campos altamente especializados (10).

As metodologias de ensino-aprendizagem ativas foram, primeiro, instituídas na Escola de Medicina da Universidade de McMaster, no Canadá, a partir de 1966, criando a aprendizagem baseada em problemas (ABP) em estudos preliminares sobre mudança curricular e oficializando essa mudança em 1969. Desde então, a ABP foi adotada pelas Universidades de Maastrch, na Holanda; Harvard e Havaí, nos Estados Unidos, Sherbrook, no Canadá, entre um total de 60 outras escolas e Universidades distribuídas também pela Ásia, África e América Latina. No Brasil, essa modalidade de estrutura curricular foi implantada na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), em 1997; no Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL), em 1998; na Faculdade de Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), do Rio de Janeiro, em 2005 (após a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC – realizar a primeira exposição em Medicina de Família e Comunidade na UNIFESO, com experiências do Sul e Sudeste do Brasil e destacando o potencial das metodologias ativas no cuidado e na promoção da saúde integral), no curso de Medicina do Centro Universitário do Pará (CESUPA), em 2006 (3, 10, 11, 12, 13).

A Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), o Programa de Incentivo para Mudanças no Currículo na Educação Médica (PROMED, 2002) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde, 2005) surgem estimulando a educação superior ao conhecimento dos problemas do mundo atual e a prestação de serviço em reciprocidade com a população. As Diretrizes Curriculares Nacionais (2011) para a maioria dos cursos da área da saúde reafirmam a importância do atendimento às demandas sociais, com destaque para o SUS (3, 10, 12, 14).

As alternativas pedagógicas conhecidas como metodologias ativas de ensino têm buscado auxiliar nessa mudança desejada na área de formação desses profissionais, pois elas se caracterizam por colocar o estudante no centro do processo de ensino-aprendizagem, tornando-o construtor do seu próprio conhecimento por meio de um currículo que agrega as diferentes disciplinas, permitindo que ele desenvolva um olhar amplo acerca do ser humano, nas suas relações com a sociedade e com o ambiente. Essas metodologias ativas baseiam-se na autonomia, pressupondo um discente capaz de autogerenciar o seu processo de formação para um profissional ativo e apto a aprender a aprender, baseando-se nos pilares da educação ao longo da vida: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser, como citado no relatório da Unesco (3, 10, 15).

As metodologias ativas têm permitido a articulação entre a Universidade, o serviço e a comunidade. Esse sistema pedagógico visa ao aumento da capacidade do discente em participar como agente de transformação social, mobilizando o potencial social, político e ético do estudante. O ensino pela problematização e a organização curricular em torno da ABP apresentam como principais aspectos a aprendizagem significativa, a indissociabilidade entre teoria e prática, o respeito à autonomia do estudante, o trabalho em pequeno grupo, a avaliação formativa e a educação permanente que extingue a noção de terminalidade da formação (10).

Manfroi, Machado, *et al.* (2002) (16) relatam um programa de ensino em cardiologia na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) na década de 1990. Enfatizando mudanças na prática pedagógica com atividades dinâmicas de ensino, concluíram que o programa provou ser eficiente tanto para o aprendizado quanto para a performance dos estudantes.

Em estudo qualitativo sobre o internato médico na Universidade de Santa Catarina, Chaves e Grosseman (2007) (14) relatam que o modelo "tem por objetivo incluir a participação do estudante junto a uma nova realidade de trabalho, tentando contemplar o modelo de saúde preconizado para o País, com integralidade na atenção e promoção à saúde, num sistema hierarquizado de referência, contra-referência e trabalho em equipe" e que, "apesar de avançarem, as iniciativas também encontram dificuldades: o despreparo dos profissionais do serviço para receber os estudantes, a resistência para estabelecer convênios com esses serviços e a falta de estrutura física que permitisse o aprendizado". Citam ainda as dificuldades para a contratação de profissionais, ausência de financiamento específico, ausência de carreira para os profissionais que orientam os estudantes na rede, disfunção do sistema e problemas na integração. Concluem que "a luta pela transformação do ensino médico deve caminhar em conjunto com a luta por um ensino de qualidade para o País e em conjunto com a luta pela concretização de um sistema de saúde de qualidade que supra as necessidades de saúde de toda a população brasileira, pois a mudança curricular não pode ser isolada do contexto socioeconômico no qual estamos inseridos ou dos problemas da educação e da saúde em nosso país".

Em artigo científico publicado pelo Núcleo de Avaliação Institucional da FAMEMA, em avaliação qualitativa com egressos, Hafner *et al.* (2010) (17) concluíram que o curso "se aproxima da formação do médico generalista,

humanista, crítico e reflexivo, que pode intervir tanto nos diferentes níveis de atenção de saúde quanto no enfoque individual e coletivo", no entanto "há limites para a efetivação de uma clínica ampliada nos diversos cenários da saúde". Os egressos apontam que o curso proporcionou "uma teoria direcionada ao doente" e uma "formação humanitária", mas fazem referência a limites para se estabelecer uma boa relação médico-paciente, pois "o meio (sistema de saúde) obriga a distorcer essa relação", diante da precarização de alguns serviços públicos de saúde, frente a demandas reprimidas, comprometendo a qualidade do atendimento. Concluem ainda que é preciso investir também na educação em saúde dos usuários ou pacientes, porque, culturalmente, esses já esperam médicos que os atendam rapidamente, peçam exames e os mediquem, esperando passivamente serem curados em vez de se curarem.

Quanto à visão de estudantes de Medicina da UNIFESO sobre a ABP, Costa *et al.* (2011) (11) relatam que "a maioria dos alunos teve uma impressão positiva do novo currículo, enfatizando a necessidade de melhorar o método de ensino".

Caldas *et al.* (2013) (13), relatando a experiência no ensino da reumatologia na CESUPA, utilizando metodologias ativas de aprendizagem, citam que "a literatura destaca a necessidade de diversas oportunidades de observação direta, com a utilização de treinamento em laboratório de habilidades, ambiente real e de outras formas de avaliação, pois cada uma tem a sua finalidade", e que não existe uma única resposta correta, mas diversas abordagens têm sido tentadas para melhorar o rendimento dos graduandos de Medicina, especialmente a utilização de metodologias ativas de aprendizado e a APB.

COMENTÁRIOS FINAIS

Com base nessa breve revisão sobre as problemáticas da saúde pública e o enfoque sobre o ensino médico, vemos que esses são temas que, de longa data, estão presentes em discussões pelo mundo. As alternativas existem para serem estudadas e compartilhadas, com experiência de implantação em vários países e também em várias localidades do Brasil, enfatizando a melhoria do conjunto das necessidades que o setor da saúde apresenta para o bom exercício laboral dos profissionais da saúde em todas as esferas, no sentido de melhorar a qualidade do atendimento da saúde da população. Acredito que estaremos mais perto de melhorar essa situação se encararmos a saúde pública não como um programa de governo, fragmentada, mas, sim, como uma política de Estado, com atenção permanente e mudanças sólidas, conjuntas e duradouras.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/kobe_centre/about/faq/en/> Acesso em 01 jul 2014.
2. Brasil, Senado Federal. Constituição. Brasília, 1988.
3. Gomes AP, Arcuri MB, Cristel EC, Ribeiro RM, Souza LMBM, Siqueira-Batista R. Avaliação no Ensino Médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. Rev Bras Educ Med. jul/set 2010; 34(3): 390-6.
4. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e Princípios. Brasília, 1990.
5. Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS). O Financiamento da Saúde. Brasília, 2, 2011.
6. Projeto Rondon. Disponível em: <http://www.projetorondon.pagina-oficial.com> Acesso em 01 jul 2014.
7. Saúde da Família. Disponível em: <http://www.dab.saude.gov.br> Acesso em 01 jul 2014.
8. Brasil, Senado Federal. Proposta de Emenda à Constituição 34/2011. Dispõe sobre a criação da carreira de médico de Estado. Disponível em <http://www.senado.gov.br> Acesso em 01 jul 2014.
9. Mais Médicos. Disponível em <http://www.maismedicos.saude.gov.br> Acesso em 01 jul 2014.
10. Sandra Minardi Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem na Formação Profissional em Saúde: debates atuais. Ciênc e Saúde Coletiva. Dez 2008; 13(2): 2133-44.
11. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Active Teaching-Learning Methodologies: medical students' views of problem-based learning. Rev Bras Educ Med. Jan/mar 2011; 35(1): 13-9.
12. Cezar PHN, Guimarães FT, Gomes AP, Rôças G, Siqueira-Batista R. Transição Paradigmática na Educação Médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. Rev Bras Educ Med. Abr/jun 2010; 34(2): 298-303.
13. Caldas CAM, Paz OAG, Negrão JNC, Caldato MCF. A Reumatologia em um Curso de Medicina com Aprendizagem Baseada em Problemas. Rev Bras Educ Med. Out/dez 2013; 37(4): 584-90.
14. Chaves ITS, Grosseman S. O Internato Médico e suas Perspectivas. Rev Bras Educ Med. Dez 2007; 31(3): 212-22.
15. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Educação: um Tesouro a Descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. Brasília, jul 2010.
16. Manfroi WC, Machado CLB, Dorneles MA, Ribeiro EC, Bordin R. The Need for Pedagogical Qualifications for Teaching Cardiology to Undergraduate Students. Arq Bras Cardiol. 2002; 78(3): 276-80.
17. Hafner MLMB, Moraes MAA, Marvulo MML, Braccialli LAD, Carvalho MHR, Gomes R. A Formação Médica e a Clínica Ampliada: resultados de uma experiência brasileira. Ciênc Saúde Coletiva. Jun 2010; 15(1): 1715-24.

✉ Endereço para correspondência
Cyro Castro Júnior
Rua Irmão Agnelo Chaves, 130
92.020-080 – Canoas, RS – Brasil
☎ (51) 3452-9221
💻 cyrocjr@gmail.com

Recebido: 17/9/2014 – Aprovado: 8/10/2014