# A INTEGRAÇÃO DOCENTE ASSISTENCIAL NA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Juan Stuardo Yazlle Rocha\*

A questão da Integração Docente Assistencial (IDA), no Brasil, surge e se desenvolve ao longo das duas últimas décadas, em estreita vinculação com as mudanças sociais e políticas que o País sofreu nesse período. O pano de fundo destas transformações é dado pelo modelo econômicosocial que se instaura a partir de 1964 (modelo capitalista monopolista de Estado) e que exige uma série de transformações sociais para sua viabilidade: a modernização e racionalização da Administração Pública Brasileira e dos setores sociais em particular (incluindo a Saúde e a Educação). São dessa época alguns fatos que terão marcada influência, na década seguinte, no problema em questão; a expansão da rede de ensino superior, praticamente duplicando o número de escolas médicas no período de 1965-1971, principalmente escolas privadas; a Reforma Administrativa (Decreto-lei 200) e a Reforma Universitária. No setor de serviços, houve a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões para constituir o Instituto Nacional de Previdência Social. O novo modelo de acumulação exige um novo tipo de Estado, chamado por O'DONNELL de burocracia-autoritário, centralizador, tecnicista, privativista, excludente das camadas populares e que assumirá, unilateralmente, o controle e desenvolvimento dos setores sociais, subordinandoos aos interesses econômicos e políticos. As políticas sociais, no futuro, traduzirão a resultante entre estes interesses e as pressões sociais originadas do próprio modelo<sup>23</sup>.

Em 1972, realiza-se em Santiago do Chile a III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas<sup>21</sup>, que reconhece o imperativo de atender a necessidades sociais urgentes, dando ênfase aos projetos de extensão de cobertura de serviços de saúde e à necessidade de envolver precocemente o estudante na produção dos serviços e relacionar mais intimamente os programas de ensino com os programas operacionais dos serviços.

#### Desenvolvimento da IDA no Brasil

No Plano Nacional, a IDA aparece em textos oficiais a partir do Documento n.º 2 da Comissão de Ensino Médico do MEC - Ensino Médico e Instituições de Saúde — de 1974.7 Nele, postula-se o binômio ensino-serviço na formação do médico, assinalando-se serem as funções universitárias de assistência, ensino e servico complementares e não antiéticas. Constata: "Nos últimos anos criaram-se numerosas Faculdades mantidas por entidades privadas (...) Na grande maioria dos casos, o hospital que serve de base para o ensino clínico . . . é comparável aos 'hospitais comunitários' das grandes cidades". Estes hospitais são financiados pelos órgãos de assistência médica (previdenciários), enquanto que "na forma de financiamento tradicional dos hospitais de ensino . . . (este) era totalmente desvinculado dos órgãos responsáveis pela assistência à saúde. Confirmava-se . . . o tradicional divórcio entre os hospitais de ensino e a rede regional de unidades de saúde". Mais adiante, acrescenta: "impõe-se, pois, a partir de enunciação de diretrizes, a exemplo das sugeridas neste documento, o estudo de mecanismos visando à articulação regular, sistemática, quando não compulsória, entre os hospitais universitários e as demais unidades de saúde da região". Subjacente ao discurso acerca do modelo de ensino vinculado à assistência, voltado à realidade dos problemas de saúde da população, estão os problemas concretos do campo de prática clínica das novas escolas médicas, do financiamento dos hospitais universitários e do desenvolvimento de mecanismos para aumentar a extensão de cobertura dos serviços de saúde.

Três outros acontecimentos, naquele ano, confirmam quais eram os verdadeiros problemas em foco: a XII Reunião Anual da ABEM, realizada em São Paulo, admite: "o Internato poderá ser realizado fora dos serviços subordinados à escola médica, desde que . . . em estabelecimento devidamente credenciado . . . (deve-se) dar preferência às instituições de saúde da região"; o Protocolo MEC-Previdência Social visando à co-

<sup>\*</sup> Professor Adjunto, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.

ções no governo, mesmo que seja despreparado para tal; é mais assíduo às assembléias e às convenções do que às salas de aula e aos laboratórios; prega o desenvolvimento da sociedade sem privilégios e trabalha apenas a metade do tempo para o qual foi contratado, e assim por diante.

Mas cuidado, existem espécimes circulando de paletó e gravata cujas silhuetas podem ser assim delineadas; são envoltos por atmosfera de circunspeção; estão sempre a se desculpar cortesmente pela impossibilidade de comparecer às reuniões dos colegiados, particularmente se as sessões lhes parecem trabalhosas e prolongadas; retiram-se precocemente das reuniões, em especial quando o desfecho das mesmas exigirá um compromisso público com uma tese, uma idéia etc.

Há também subtipos, como o intermediário, talvez o mais comum e por isso o mais perigoso. Bem vestido, mas não enfatiado, fala macio, é simpático, não discorda, é insistente e procura arregimentar; nada produz, mas dá a impressão de muito fazer; impressiona pela palavra, é teatral, mas tudo é desprovido de essência e conhecimento.

O homem nasceu para pensar livremente. O pensar é certamente a única liberdade absoluta de que o homem ainda dispõe. Esta liberdade absoluta é conferida (ainda) pelo indecifrável, pela intimidade intangível; ninguém se expõe por apenas pensar, ficando-se pois fora do alcance das definições, das análises, das especulações — é a impenetrabilidade do homem, sua fortaleza, seu poder maior.

Ao lado do pensar livre o homem viaja na existência para aprender, mesmo que não queira. É impossível abandonar o plano existencial declarando nada ter aprendido.

O pensar e o aprender constroem o saber. O aprender alimenta o pensar e o aprender a pensar consolida o saber. Assim, a esperteza é a arrogância do falso saber, enquanto o saber verdadeiro revela-se pela crítica, pela argumentação fundamentada e pelo gosto e curiosidade permanentes pelo aprendizado.

Se por um lado o pensar é livre e de inteira responsabilidade do homem, individualmente considerado, o mesmo não pode ser dito quanto à utilização e à aplicação do pensamento e do saber, regidas, fundamentalmente, pela moral e pela ética. Se o raio laser tivesse sido imaginado basicamente como arma destruidora de homens e cidades, certamente os códigos éticos e morais teriam desviado o ponto de aplicação do invento para outra rota, a fim de que a humanidade também se beneficiasse. Contrariamente ao exposto, o inventor do laser, jamais deu asas ao seu gênio criador supondo que sua máquina pudesse ser veículo de destruição; nesse caso, os códigos e preceitos éticos e morais, é que sofreram desvios. Em ambos os casos, o saber do inventor é admirável, a aplicação do saber, tanto na sua origem, como no seu desdobramento condenável.

Não será descabido considerar que tudo depende da utilização e do destino que se dá às coisas, e, muito particularmente, às idéias, ao pensamento, ao saber. A dinamite desenterra riquezas e enterra homens e monumentos; a palavra do médico produz conforto, alívio e desencadeia perturbação, angústia; o legistador harmoniza lares e produz ódio entre familiares; o professor desperta talentos e aniquila vocações.

Não cabe, portanto, combater o saber, ainda que seja poder. Seria inclusive mais correto considerar o saber como força uma vez que para se transformar em poder, o que se configura somente quando aplicado, necessita do respaldo social através dos fitros da ética e da moral. Sendo assim, mesmo que o saber, seja na sua origem, seja na sua aplicação, venha a prejudicar a humanidade, menos culpa cabe ao seu patrocinador do que à sociedade que acolheu e permitiu sua utilização.

A Universidade, como núcleo criador e irradiador do saber, cabe cada vez mais cultivá-lo. Seria inimaginável que aos portais da universidade e em nome de falacioso temor do poder, apusesse-se uma grande placa a anunciar — "Aqui é proibido saber pelo risco do poder e nesta Casa rejeitamos as tiranias."

É preciso, sim, acurar a sensibilidade para distinguir o sábio do oportunista; a demonstração fundamentada da afirmação apenas veemente; o culto à verdade da demagogia, e o idealismo liberto das prisões dogmáticas.

Fernando Bevilacqua, Eddy Bensoussan e José Manoel Jansen Professores, Faculdade de Ciências Médicas, UERJ

laboração entre o sistema formador e o principal prestador de assistência, estabelecendo como instrumento de transferência de recursos o Convênio-Padrão (oficialmente, por ele, "os hospitais de ensino passarão a vivenciar de modo mais efetivo os problemas e necessidades de atenção médica da comunidade"); a Portaria n.º 39, que criou no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social o Programa de Pronta-Ação, com o objetivo explícito de tornar os serviços de saúde mais accessíveis aos beneficiários da Previdência Social, incluídos os seus dependentes, e os trabalhadores autônomos. "A grande expansão da assistência médica previdenciária em 1975-76 é consequência do Plano de Pronta-Ação e ocorre por conta da Assistência Ambulatorial"5

Em julho de 1975, é criado o Sistema Nacional de Saúde (Lei 6,229), que define as áreas de competência dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Educação e Cultura, do Interior e do Trabalho, bem como as atribuições dos Estados, Distrito Federal e Territórios, e a competência dos municípios. Sua proposta é fundamentalmente racionalizadora, baseando-se na integração e coordenação das ações de saúde. A lei recomenda "promover a integração progressiva dos hospitais e institutos de treinamento de pessoal de saúde no Sistema Nacional de Saúde, aparelhando-se para desempenhar as funções que lhes forem atribuídas pelo sistema e ampliando a área de treinamento pela utilização de outras instituições de prestação de serviços pessoais de saúde do Sistema Nacional de Saúde" Em agosto do mesmo ano, promove-se o Seminário sobre Hospitais de Ensino, iniciativa do Programa Nacional de Treinamento de Executivos. da Seplan, no qual é apresentado o trabalho Regionalização Docente-Assistencial e Níveis de Assistência<sup>13</sup>. A importância do mesmo reside nos aspectos conceituais nele contidos. Diz o autor: "o estabelecimento de áreas assistenciais e de áreas docente-assistenciais poderá ser fenômeno concomitante . . . se estimularmos o desenvolvimento sincrônico de dois processos: o de modernização administrativa do setor saúde e o de inovação educacional na área das profissões da saúde... Não implica (a IDA) uma absorção das responsabilidades normais dos serviços de saúde pelas faculdades, ou universidades, e sim, uma inserção dos hospitais universitários, quando eles existem, na rede de serviços de saúde, com o grau de integração que as circunstâncias permitirem". Os fundamentos teóricos são divididos pelo autor em aspectos assistenciais (princípios epidemiológicos, tecnológicos e organizacionais), destacando a necessidade de adequar o nível dos recursos ao nível das necessidades (e, portanto, possibilitando a extensão de cobertura a custos

menores), e aspectos educacionais, de tipo pragmático, como a necessidade de resolver os campos de prática das novas escolas médicas e o financiamento de hospitais de ensino, e outros, envolvendo a filosofia educacional: substituição do binômio flexneriano ensino-pesquisa pelo binômio ensino-trabalho, a fim de permitir "que o estudante viva a realidade do sistema de saúde, percorrendo no aprendizado seus diversos níveis".

Em 1976, a Comissão de Ensino Médico do MEC elabora o Documento n.º 3, que tem como tema o Internato e a Residência Médica<sup>8</sup>. Este documento reconhece as dificuldades e distorções que ocorrem na educação médica no País, especialmente em relação à falta de docentes e leitos: "Raríssimas são as faculdades que conseguem treinar internos, exclusivamente, em seus próprios estabelecimentos de ensino. Grande parte delas encaminha grupos mais ou menos numerosos de alunos para hospitais, sobretudo da Previdência Social, que atuam como elemento supletivo docente".

Dois projetos do Ministério da Saúde, entretanto, marcaram o ano de 1976: o Programa Estratégico de Preparação de Pessoal de Saúde (PREPPS)12, voltado à formação de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) para cobrir os déficits existentes e esperados em nível dos programas de extensão de cobertura e de apoio à constituição, implementação e funcionamento de dez regiões docente-assistenciais de saúde, para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes. Dirige-se a populações marginais, desempregados e subempregados, focos de intranquilidade social, e a populações camponesas. O outro é o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)19 pelo qual pretendia-se "implantar em pequenas e medianas comunidades da região Nordeste do Brasil, estruturas básicas de saúde pública, e desenvolver ações de menor custo unitário que resultem em benefício de um maior número de pessoas, num sistema com diversos níveis de atenção ajustados à heterogeneidade das condições verificadas".

Nos três anos seguintes, no plano internacional, são fixadas importantes diretrizes políticas de saúde. Em 1977, na 30.ª Assembléia Mundial da Saúde, é aprovada a resolução WHA 30, 43 que estabelece como meta principal dos governos dos países membros a de alcançar até o ano 2000 um grau de saúde para todos os habitantes que lhes permita levar uma vida social economicamente produtiva. Em 1978, ocorre a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma Ata, Casaquistão, URSS), cuja Declaração ganhará repercussão mundial. Em 1979, o Conselho Executivo da OMS estabelece que a Atenção Primária à Saúde é a chave da estratégia

para a consecução da meta Saúde para Todos no ano 2000.

No Brasil, uma nova tentativa racionalizadora para enfrentar a crise decorrente do modelo privativista e mercantil da saúde, leva à criação do Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS), separando a parte previdenciária no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) da parte voltada à assistência médica, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Ainda em 1978, Portaria Interministerial institui Grupo de Trabalho para estudar a situação dos recursos humanos na Área Médica e propor medidas concretas, objetivando sua melhoria. Este grupo elaborou, em 1979, importante Relatório 10, contendo três recomendações: a) a criação de mecanismos eficazes de coordenação e articulação; b) hierarquização e regionalização das ações de saúde; c) definição clara e precisa das áreas de atuação dos setores público e privado. O Grupo recomendou a tomada de várias medidas estratégicas a fim de promover condições para iniciar, em plano nacional, a criação de distritos

docente-assistenciais.

Em 1979, é renovado o acordo OPS/MEC/ MPAS - Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil. Seguindo recomendações da SESu/MEC, cria-se o Programa de Integração Docente-Assistencial, o qual fica responsável pelas ações de promoção e desenvolvimento de projetos de integração docente-assistencial a serem executados por escolas ou centros de Ciências da Saúde em nível estadual, constituindo-se no órgão máximo, destinado a apoiar e desenvolver a IDA no País. Em março de 1980, é realizada, em Brasília, a 7.ª Conferência Nacional de Saúde, que tem, como tema, a Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos, e, por "finalidade, promover o debate amplo de temas relacionados à implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Servicos Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE)" proposto pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social; o programa constitui um esforço de setores técnicos do Ministério da Saúde para desenvolver Programas e Serviços voltados às necessidades mais prementes da população brasileira contando para isso com recursos financeiros de outros Ministérios e entidades internacionais. O PREV-SAÚDE é acusado de estatizante pelos setores mercantis da saúde e se torna inviável. Em 1981, o grupo do Acordo OPS/MS/ MEC/MPAS, responsável pelo Programa IDA, elaborou documento que visa a sintetizar a posição e entendimento oficial na questão da integração docente-assistencial9. O objetivo geral do Programa é estimular o desenvolvimento de projetos de IDA, visando a situar a formação dos profissionais de áreas da saúde na realidade regional e nacional. Nos seus objetivos específicos, constam: a) apoiar as iniciativas governamentais no setor saúde que venham propiciar o desenvolvimento de sistemas regionalizados e hierarquizados, estimulando a criação de distritos docenteassistenciais; b) em cooperação com outros setores do MEC, estimular a implementação de mudanças curriculares que decorrerão, naturalmente, das necessidades educacionais criadas com a racionalização dos serviços de saúde; c) promover as atividades de pesquisa para o interesse da comunidade.

O Programa conceitua a IDA da seguinte forma: "União de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de educação e de serviços adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação dos recursos humanos necessários, em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino"9. Afirma-se ainda que este conceito contém os seguintes aspectos: constitui um processo social; é meio para satisfação das necessidades de saúde da população; é multiprofissional; significa compromisso das instituições para melhoria da prestação de serviços; requer participação ativa da comunidade, respeito à individualidade das instituições sem predomínio de umas sobre as outras; implica o desenvolvimento do conhecimento em função da realidade e o processo de ensino centrado em vivências práticas da realidade concreta.

O Programa define as características que os Projetos de IDA deverão conter: participação social: "compromissos explícitos das instituições participantes . . . de promover e desenvolver mecanismos apropriados de participação das comunidades nos projetos IDA em todos seus aspectos"; integração institucional: "É indispensável a participação de todas as instituições públicas... (relevantes) nas prestações de serviços ... e na formação de pessoal de saúde". "É necessário o estabelecimento de consenso e acordo na definição, por parte das instituições envolvidas, da contribuição e responsabilidades de cada uma... A integração institucional deve-se efetivar através de instrumentos formais (convê-

nio, acordos etc)"

Quanto ao modelo de desenvolvimento: "O eixo em torno do qual se desenvolve o processo IDA deve ser a prestação de serviços . . . o substrato indispensável ao seu desenvolvimento é a organização de um sistema regionalizado de serviços de saúde dentro do qual são formados, desenvolvidos e utilizados os recursos humanos.

(...) cabe à Universidade ... no desenvolvimento da prestação de serviços, estimular e aperfeiçoar seu funcionamento através de: a) participação em nível do sistema como um todo, em sua organização, planejamento, apoio técnico e avaliação; b) em nível das práticas, ou da prestação concreta de serviços, a supervisão, a capacitação permanente e a realização eventual de ser-

viços propriamente tais".

(...) os serviços assumem uma responsabilidade concreta ... através de: a) provisão de campo de prática real ... b) um papel na docência em serviço, através da orientação do aprendiz ... c) a definição das necessidades, e em função delas as características dos recursos humanos necessários ... d) um papel complementar no planejamento educacional".

(...) o conteúdo curricular, para que possa servir ao modelo educacional a ser desenvolvido, deve compreender as noções básicas essenciais à compreensão da problemática saúde/doença, produzindo conhecimentos que derivam da

observação direta da realidade".

Em relação à pesquisa, assinala que "a IDA, nos termos aqui referidos significa também uma nova perspectiva para atividades de pesquisa, vinculando-as de forma direta às necessidades derivadas da prática social e de saúde." Quanto a metas, o documento prevê que, no prazo de 4 a 5 anos, o programa tenha atingido: a) desenvolvimento do modelo regionalizado e hierarquizado de saúde na área, com a cobertura total da população por serviços básicos; b) melhoria da qualidade da atenção à saúde; c) participação da Universidade em todos os níveis de atenção à saúde; d) desenvolvimento de recursos humanos . . . de acordo com as necessidades dos serviços; e) formação de recursos humanos com o maior realismo possível; f) atendimento das aspirações de alunos e professores; g) desenvolvimento de pesquisas que proporcionem o conhecimento das necessidades de saúde . . . e propiciem o aprimoramento dos projetos; h) conhecimento e incorporação de práticas da medicina tradicional à medicina científica ocidental; i) atuação efetiva da comunidade em todos os setores.

Finalmente, "a Comissão de Coordenação do Acordo OPS/MEC/MS/MPAS, através de seus titulares junto aos Orgãos Ministeriais envolvidos, envidará esforços para orientar o apoio a ser dado às novas experiências de integração docente-

assistencial."

A IDA nas diretrizes da educação médica no Brasil

Em outubro de 1982, o CFE emite o Parecer 505/82, referente à solicitação da SESu/MEC, visando à manifestação desse colegiado acerca da IDA<sup>6</sup>. Depois de analisar o problema, historiando fatos e discutindo problemas e proposições, o relator chama a atenção para os "riscos que a integração mal conduzida pode propiciar". A ne-

cessidade de garantir efetiva supervisão docente aos alunos "a fim de que esta prática não se constitua num mecanismo favorecedor da utilização de mão-de-obra exclusivamente para minimizar as dificuldades financeiras das instituições assistenciais... Igualmente não pode e nem deve... servir de válvula de escape para instituições educacionais, incapazes de cumprir seus objetivos educacionais e que pretendam utilizar a alternativa como instrumento destinado a aliviá-las da responsabilidade que lhes é inerente no processo de formação dos recursos humanos".

O voto do Relator aprovado pelo Conselho Federal de Educação, foi no sentido de acolher o expediente da SESu e "a) recomendar às escolas médicas integrar suas unidades de assistência e de treinamento às ações de saúde voltadas à oferta de cuidados primários e à extensão de cobertura; b) sugerir ampla avaliação . . . das questões relativas à integração docente-assistencial... particularmente as relacionadas com os aspectos assistenciais, educacionais e de pesquisa; c) propor a efetivação de convênios interinstitucionais . . .; d) lembrar . . . que os cursos de graduação em Medicina . . . devem assegurar a sua terminalidade, considerando . . . o objetivo de formar um médico capaz de atender às necessidades básicas de saúde da comunidade . . .; e) salientar a importância que deve ser concedida . . . à supervisão docente direta ou delegada . . .; e f) recomendar que o processo integrativo se concretize, mantidas a autonomia e a responsabilidade das unidades envolvidas . . . '

Definida e apoiada em documentos e resoluções de organismos oficiais, além de contar com apoio de um programa específico de âmbito nacional, a IDA passa a contar também, a partir de 1983, com "um organismo de coordenação nacional que (espera-se) seja ágil, eficaz, e que de fato preste apoio técnico às áreas necessárias", no Programa de Apoio Pedagógico aos Profissionais da Saúde (PAPPS), desenvolvido pela Fundação W. K. Kellogg e pela CAPES. Este Programa conta com sete Centros Regionais, distribuídos pelo Brasil, localizados em Universidades Federais e Estaduais, além de uma Coordenadoria

Geral.

Entretanto, a mais importante mudança nas diretrizes da assistência médica no País viria das contradições geradas pelo próprio modelo assistencial. Em fins de 1981, uma grave crise financeira na Previdência Social, que ameaça crescer incontrolavelmente, convence, finalmente, os governantes de que é necessário mudar o modelo de assistência médica previdenciária. Com este fim, é instituído o Conselho Consultivo de Reforma Administrativa da Previdência Social (CONASP). Este Conselho tomou como ponto de partida o diagnóstico que técnicos vinham fa-

zendo há muitos anos: é preciso acabar com o sistema de remuneração por ato médico, implantar a regionalização e hierarquização dos servicos, acabar com a ociosidade nos servicos próprios da Previdência Social e articular os setores públicos federal, estadual e municipal. Em meados do ano seguinte, é aprovado oficialmente o Plano CONASP de "Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social" 1 que prevê as mudanças citadas em dois grandes itens. Ao nível de assistência hospitalar, institui-se o pagamento por procedimento e se definem diretrizes políticas para integrar os serviços públicos ambulatoriais: o convênio trilateral - Secretaria Estadual de Saúde/MS/MPAS. Na coordenação dos convênios trilaterais, um colegiado de representantes presidido pelo Secretário Estadual de Saúde e comissões em todos os níveis: CIS, CRIS, CIMS. Estão sentadas as bases para o desenvolvimento de Sistemas Estaduais de Saúde, voltados para a prestação de serviços básicos, integrando recursos, regionalizando e hierarquizando: são os Programas de Ações Integradas de Saúde (AIS) a se desenvolverem nas áreas das capitais e gradualmente no interior. A Previdência Social fica como grande repassador de recursos. As áreas acadêmicas podem integrar-se nestes convênios, mas a função principal é a assistência, em torno da qual poderá desenvolver-se a docência e a investigação.

# Avaliação da IDA no Brasil

Após quase uma década do início do desenvolvimento da IDA no Brasil, contando com inúmeras experiências já implantadas, a preocupação volta-se nos últimos anos à avaliação do processo. Por acordo firmado entre a FEPAFEM, OPS e Fundação W.K. Kellogg, estabeleceu-se um Programa de Análise da Integração Docente-Assistencial (PROAIDA), em 1982, e que com esta finalidade realizou diversas reuniões de avaliação. Na reunião realizada na Faculdade de Saúde Pública-USP, em dezembro de 1982, no painel "Problemas da Integração Docente-Assistencial" foram assinaladas importantes opiniões: referiu-se como problema no desenvolvimento da IDA a "resistência à mudança, dada a índole conservadora da Universidade Brasileira".3 Apontou-se para a desarticulação entre instituições formadoras e de serviço levando a falhas em ambas as partes. "Os objetivos da IDA não foram atingidos sendo mais visíveis os problemas do que as realizações".3 O divórcio entre a escola médica e o setor serviço torna a educação médica irrelevante - Os projetos IDA deveriam constituir laboratórios que permitissem experimentar mudanças nos serviços e na educação médica. - Foi lembrado que conflitos derivados da relação de poder entre as Instituições participantes impedem o crescimento e desenvolvimento dos projetos, impedindo sua generalização e transformando-os em "efeito vitrine" - Outras vezes há problemas de articulação entre a esfera política do projeto (decisória) e o nível executivo fazendo com que o projeto vire uma terceira instituição com vida própria. São mais ou menos fregüentes os casos em que há invasão de competências, a universidade assumindo serviços e os serviços voltando-se à formação de recursos humanos. Finalmente, o Diretor de Programas da Kellogg, presente na Reunião, assinalou estar a IDA ainda em uma "etapa empírica" do seu processo de desenvolvimento, sendo necessário passar à "fase científica". A avaliação dos projetos deveria seguir critérios populacionais e clínicoepidemilógicos. É preciso passar da fase de trabalho com micromodelos para a geração de macromodelos.3

Outra linha de avaliação, vinculada a outra perspectiva teórica, concebe a IDA como estratégia racionalizadora para os sistemas de serviços e formação de recursos humanos; ela seria uma das vertentes estratégicas dos planos de extensão de cobertura dos serviços de saúde. Ao igual que Medicina Comunitária, é caracterizada como "movimento de reforma médica" isto é, "projetos racionalizadores que se propõem a modificar parcialmente a prática médica, sem intervir nas suas tendências e determinantes essenciais, atendendo à necessidade de preservação da estrutura social vigente e de responder à questão da demanda crescente versus recursos insuficientemente destinados ao setor"15. A IDA corresponderia mais a um discurso reformista, idealista e voluntarista, não explicativo da realidade dos fatos. "É irreal pretender a transformação ou correção das distorções dos serviços de saúde através de reformas pedagógicas como a IDA"22. Entretanto, não se "deve negar à IDA a possibilidade de constituir-se em estratégia, com possibilidades progressistas, no sentido de aproximar a formação dos profissionais de saúde de uma realidade social sanitária mais objetiva que a evidenciada desde os hospitais de clínicas"... sendo necessário para isto "imprimir um caráter mais politizado à proposta"... "estabelecendo uma integração docencia-trabalho"22.

#### Docência e Trabalho Médico

A separação entre docência e trabalho de tão generalizada pode levar à idéia de constituir característica natural da ordem das coisas. Todavia, as reflexões acerca do problema das relações entre Universidade e Serviços, e, sobretudo, a possibilidade de interferência de um termo sobre o outro, levou os estudiosos do assunto a reco-

por uma opção teórico-metodológica. Disto resultará a conceituação do objeto de trabalho, sua seleção e operacionalização dentro de diferentes perspectivas: considerando a saúde-doença como fenômeno individual, ou coletivo; como fato episódico, ou como processo; como biológico, ou inerente às condições sociais de vida; privilegiando o diagnóstico individual, ou social; assumindo a igualdade biológica predominantemente, ou a desigualdade social dos indivíduos; propugnando por soluções técnico-científicas (individuais), ou

políticas e sociais (coletivas).

No Brasil, em geral, o modelo de educação médica está centrado na concepção biológica e individual dos problemas de saúde que devem ser abordados com recursos científico-tecnológicos. No setor de serviços, o objeto de trabalho é coletivo, social, abordado através das medidas administrativas e organizacionais derivadas das políticas do setor. Muitos dos problemas na integração docência-serviços têm sua origem na diversidade dos objetos de trabalho das instituições docentes e de serviços, que exigem abordagens diferentes. Dentro das escolas médicas são os Departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social que, tendo como objeto de trabalho a saúde coletiva, dominam teorias e métodos derivados das ciências sociais, demografia, epidemiologia, administração e planejamento e têm, portanto, condicões de integrar-se de forma eficiente a projetos assistenciais do setor de serviços. Via de regra, os departamentos clínicos das escolas médicas não têm um objeto social de trabalho e não dominam o instrumental teórico-metodológico necessário para tanto. Como a participação dos diferentes departamentos da escola médica nos projetos de IDA não está vinculada ao desenvolvimento de uma proposta institucional comum, havendo até um certo grau de autonomia departamental, a integração se faz, quanto aos objetivos gerais, de formas diversas.

Resulta daí que as áreas clínicas, acadêmicas, integram-se mais facilmente com os serviços médicos curativos que exercem, socialmente, o mesmo tipo de prática, de resto dominante na estrutura da assistência médica brasileira. Desta forma, o aparelho formador integra-se, não apenas com um aspecto bastante real da assistência médica, senão com o setor dominante do mesmo. De tão integrado, este tipo de vínculo foi objeto de crítica como elemento de distorção, orientando exageradamente a educação médica para as práticas do mercado. Portanto, o que ocorreria na realidade não é o divórcio das áreas clínicas do setor de serviços em geral, mas sim a articulação excessiva (via seleção do objeto, tecnificação etc) com um tipo de medicina (individual, curativa, terciária), marginalizando as práticas de saúde coletiva. Ora, esta é a marginalização da estrutura dos serviços de saúde no País, reproduzida ao interior da escola médica e que não será resolvida através de mudanças pedagógicas. A integração das práticas individuais e curativas não são reconhecidas como IDA, qualificação reservada às práticas de saúde coletiva, dirigidas a populações marginais de áreas metropolitanas e/ou rurais. A IDA pressupõe que a integração das áreas docentes e de serviços resulte da participação conjunta nas atividades da rede primária de assistência, isto é, assume-se que as áreas são neutras e que seus objetivos, voltados para o desenvolvimento da saúde da população, são convergentes. Entendido desta forma, o problema da integracão resume-se a um ato da vontade em querer participar de um projeto comum.

Na realidade, as áreas docente e de serviços não são neutras, senão que expressam através dos seus objetivos, atividades e recursos para a política institucional, no primeiro caso, e para a política social do Estado no segundo, isto é, a forma como se entendem os problemas de saúde da população e a forma organizada de enfrentálos, ou de resolvê-los. Embora ambas as políticas estejam voltadas para a saúde da população, elas podem não ser coincidentes e até, por vezes, são conflitivas. Um exemplo extremo do que acabamos de dizer é o ocorrido em Londrina na tentativa de desenvolver a rede básica municipal de serviços de saúde com a participação da Universi-

dade, 14 a política local, oposicionista, colidiu frontalmente com a política da Universidade, situacionista, levando esta última a romper o con-

vênio com a Prefeitura Municipal, "por divergên-

cias político-partidárias"1. Na situação dominante no ensino médico no País, de grande escassez de recursos, os projetos de IDA têm-se constituído mais em um mecanismo de captação de recursos e de integração inter-institucional visando a conciliar, muitas vezes de forma predominante, ou exclusiva, os problemas da falta de recursos (humanos, materiais e financeiros) diante da pressão social pela extensão de cobertura dos serviços. Este tipo de integração poderia significar um passo positivo, em si mesmo, ao racionalizar a utilização de recursos escassos; todavia, esta aproximação, sem a devida análise e interpretação acerca do seu significado e a explicitação da postura política a ela inerente, conduz simplesmente à legitimação e reprodução do modelo assistencial existente. O que todos esperariam seria a criação de um espaço aberto à inovação, avaliação e desenvolvimento do pensamento crítico, tanto nos aspectos internos (organização, administração), como nos externos significado ou relevância social) do pro-

Desenvolver a IDA em bases científicas requer, portanto, o domínio teórico-metodológico

jeto de IDA.

nhecerem que é a estrutura dos serviços de assistência e o mercado de trabalho que exercem a influência dominante sobre a educação médica e não o inverso"18. Esta influência não é direta, senão que é mediada por decisões políticas e econômicas que afetam a educação e os serviços. Houve tempo em que a educação e o trabalho se desenvolviam conjuntamente. Como foi assinalado por GARCIA<sup>17</sup>, na Idade Média o aprendiz ou ajudante de médico aprendia a profissão trabalhando junto a um médico. Com o surgimento das Universidades "o discípulo-ajudante é transformado em categoria voltada para a aprendizagem, sem intervenção nenhuma na solução de problemas de saúde da população . . . ser estudante é eximir-se de realizar trabalho produti-VO"17

A separação entre ensino e trabalho está baseada na divisão social do trabalho em manual e intelectual e viria concretizar-se na educação médica com o movimento cientificista após a Revolução Científico-Tecnológica, com o objetivo de acenar com a solução dos problemas sociais derivados do desenvolvimento capitalista através de soluções tecnológicas. O movimento cientificista encontrou no Relatório Flexner o instrumento adequado para este fim4. Por sua influência, a educação médica foi levada ao interior das universidades; foi definido um plano mínimo de estudos de 4 anos; introduziu-se a investigação dentro do programa de ensino (binômio ensinopesquisa) e dividiu-se o programa em um ciclo básico e outro clínico. O modelo flexneriano introduziu mudanças conceituais: adotou-se o modelo que compara o corpo humano a uma máquina cujo funcionamento pode ser corrigido com instrumentos; pôs-se a ênfase no estudo de sistemas biológicos e órgãos, separadamente, sem levar em conta a totalidade do indivíduo; a doença foi considerada um processo natural (biológico), excluindo-se a causalidade social do diagnóstico. A prática estaria centrada no hospital universitário, instituição de excelência, que centraliza os recursos técnico-científicos mais avançados, voltado para a investigação biológica, e desligado de compromissos assistenciais intra ou extra-muros. Este modelo educacional é centrado na produção do conhecimento, e não na sua aplicação, e vem colidir com a necessidade de estabelecer serviços de saúde que atendam ao direito de assistência pela via da extensão de cobertura dos serviços, além de ser de custos elevados para sua reprodução em grande escala. Todavia, esta é a medicina de prestígio, consome a maior parte dos recursos para a saúde (e, portanto, remunera melhor) e lida com a produção/reprodução do saber de ponta.

As propostas de integração docência-serviço com ênfase nos níveis primário e secundário,

mantendo o nível terciário (acadêmico) afastado, ou apenas articulado, com os serviços, revelam o objetivo básico de estender a cobertura, ou seja, os princípios filosóficos da IDA não se aplicariam igualmente a todos os níveis assistenciais das áreas acadêmicas, concedendo-se o menor vínculo docência-trabalho às áreas de ponta.

## A Questão da Integração

As funções universitárias das escolas médicas, geralmente aceitas como sendo de investigação, ensino e assistência, desenvolvem-se dentro de modelos educacionais que implicam concepções distintas da Medicina, da prática médica e das relações que devem existir entre a escola médica e os serviços de saúde. FERREIRA<sup>16</sup> refere três momentos evolutivos da relação ensino-serviço: um primeiro, fechado na Universidade, o segundo, representado pelo Hospital Universitário como local privilegiado, e anômalo para ambos os sistemas, e um terceiro, com estreita vinculação com os serviços, privilegiando o binômio ensino-assistência.

A ênfase numa ou noutra das funções acadêmicas, embora com o reconhecimento do seu caráter complementar, acaba por situá-las de forma dicotômica ao nível da prática institucional. Achamos que é possível ver relações dialéticas entre as mesmas e assim considerar que a investigação clínica procura, através da observação, instrumentação, análise e interpretação de um ou alguns pacientes estudados o estabelecimento de regras, normas, princípios e leis. Representa, portanto, um movimento do particular ao geral. do concreto ao abstrato, da prática à teoria. A prática médica perfaz o movimento inverso ao anterior; busca encontrar no particular, concreto à nossa frente, as leis, regras ou princípios que permitem a sua identificação e adequada manipulação. Constitui, portanto, um movimento da teoria à prática, do geral ao particular. As atividades clínicas de ensino-aprendizagem não constituem apenas a redescoberta do geral inscrito no caso particular, a aplicação no caso concreto dos preceitos teóricos, senão, e principalmente, a deteccão e discussão da unidade do conceito teórico na diversidade das situações concretas em que os fenômenos aparecem, processo de ajuste que define o domínio do conhecimento clínico.

Inicialmente, portanto, a questão da integração docência-serviço não enfrenta um problema de conciliação de esferas distintas, aparentemente excludentes; trata-se mais de uma postura ideológica associada ao modelo de educação médica vigente: Este problema, o mais das vezes, permanece de forma subjacente no modelo de prática acadêmica e de ensino que é adotado mais por uma questão de tradição na área do que

- extrato do programa de trabalho. Brasília, 1977.
- CHAVES, M. M. Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência. 15p. mimeo. (Trabalho apresentado no Seminário sobre hospitais de ensino, Rio de Janeiro, 25-29 ago. 1975).
- CORDONI JUNIOR, L. Medicina comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira. São Paulo, 1979. 110p. (Dissertação de Mestrado — Faculdade de Medicina — USP).
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. Saúde e sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976. 124p. (Coleção história e sociedade).
- FERREIRA, J. R. O papel do hospital à luz das novas tendências do ensino médico. 11p. mimeo. (Trabalho apresentado no Seminário sobre hospitais de ensino, Rio de Janeiro, 25-29 ago. 1975).
- GARCIA, J. C. La educación médica en la América Latina. Washington, OPS/OMS, 1972. 413p. (Publicación Científica, 255).
- 18. INFORME del Comite del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina, Educ. Med. Salud, 9 (2): 211-23, 1975.

- INTERIORIZAÇÃO dos serviços de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6. Brasília, 1-5 ago. 1977. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1977. p. 137-54
- MEXICO. Universidad Autonoma Metropolitana. El diseño curricular. México, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, 1976.
- 21. REUNIÓN ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMÉRICAS, 3. Santiago, Chile, 2-9 oct. 1972. Plan decenal de salud para las Américas: informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Americas, Washington, OPS. 1973, 140p.
- RODRIGUES NETO, E. Integração docente-assistencial em saúde. Saúde em Debate, (11): 45-6, 1981.
- 23. YAZLLE ROCHA, J. S. Saúde e política no Brasil; 1957-1977, *R. Med. HCFMRP USP, 15* (4): 237-47, 1982.

Endereço do autor: Departamento de Medicina Social Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Av. Bandeirantes, s/n.º 14100 — Ribeirão Preto — SP do objeto a ser abordado, a interpretação correta das políticas institucionais vigentes e a postura política adequada diante dos problemas sociais e as exigências de solução.

### Considerações finais

Parece fora de dúvida a necessidade de considerar a escola médica em suas três instâncias fundamentais: assistência, ensino e investigação, e não apenas como aparelho formador de recursos humanos para a efetivação de projetos de serviços previamente definidos, ou como mera prestadora de serviços técnicos. É a dimensão crítica, reflexiva, que caracteriza a atividade universitária. Entendida desta forma, a produção de conhecimentos só poderá realizar-se através do compromisso acadêmico com a sociedade na qual se insere. Na educação médica podemos dizer que "é o curriculum que define a vinculação entre a universidade e a sociedade"10. Nas proposições da IDA, pretende-se vincular a docência à realidade sem levar em conta que a estrutura curricular baseada na organização formal do conhecimento (em disciplinas) é uma postura parceladora da realidade<sup>20</sup>.

Outro problema a considerar é que "todo curriculum se estrutura em torno a uma imagem de uma prática social da profissão<sup>2 0</sup>; podemos compreender assim o que significará a tentativa de estabelecer reformas curriculares divergentes ou alternativas à prática social dominante. Todavia, é preciso considerar a dinâmica das mudanças no setor saúde nos últimos anos, acelerada pela crise e tensões do setor. Atualmente, é possível vislumbrar nas diretrizes do Plano do CONASP a perspectiva de mudanças na estrutura dos serviços que venham alterar o equilíbrio das práticas atualmente dominantes na área da saúde.

Depois de definitivamente implantados os sistemas estaduais de saúde, centrados na assistência primária, trabalhando programas em bases epidemiológicas e populacionais, a educação médica estará irremediavelmente conquistada para um novo modelo educacional. Mais do que um espaço aberto à Universidade, é um compromisso ao qual ela não se pode furtar, no sentido de trabalhar pela concretização e consolidação das conquistas sociais na área da saúde. O trabalho de reorganização e estruturação de um novo modelo assistencial requer a participação de todas as áreas docentes e mais intensamente daquelas que lidam com a saúde coletiva e suas disciplinas fundamentais.

#### Referências bibliográficas

1. ALMEIDA, M. J. A organização de serviços de saúde

a nível local: registros de uma experiência em processo. Rio de Janeiro, 1979. 125p. (Dissertação de Mestrado — Instituto de Medicina Social — UERJ).

- ARAÚJO SAUVER, G. B. C. A reforma administrativa federal nos anos 60 e seus desdobramentos em São Paulo. Cad. FUNDAP, 3 (7): 60-73, 1983.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Integração docente-assistencial. Rio de Janeiro, ABEM, 1983. 88p. (Série de documentos da ABEM, n. 6).
- BERLINEAR, H. S. A larger perspective on the Flexner Report. In. J. Health Serv., 5 (4): 573-92, 1975.
- BRAGA, J. C. S. A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista. Campinas, 1978. 209p. (Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. Integração docente-assistencial nas faculdades de ciências médicas do país: CESU, 2.º grupo par. n.º 505/82, aprovado em 7.10.82 (Proc. n.º 1.252/81). Brasília, CFE, 1983.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Departamento de Assuntos Universitários. Comissão do Ensino Médico. Documento n.º 2: ensino médico e instituições de saúde: 1974. In:

   Documentos do ensino médico. Brasília, MEC/DAU, 1977. p. 61-93.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Departamento de Assuntos Universitários. Comissão do Ensino Médico. Documento n.º 3: internato e residência: 1976. In: . Documentos do ensino médico. Brasília, MEC/DAU, 1977. p. 95-122.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. Programa de integração docente-assistencial: IDA. Brasília, 1981. 32p. (Série caderno de ciências da saúde, 3).
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. Relatório do grupo interministerial de recursos humanos para a saúde. 2. ed. Brasília, 1983. 55p. (Série cadernos de ciências da saúde, 4).
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Reorientação de assistência à saúde no âmbito da previdência social. Brasília, MPAS, 1982. 42p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de preparação estratégica de pessoal de saúde: PPREPS;