

**INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL**

**Série Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica  
Número 6 – 1983**

Esta publicação inclui-se no Programa de Análise da Integração Docente-Assistencial (PROAIDA), resultante de acordo firmado entre FEPAFEM, OPS e FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG, em 1982. A leitura do que nela se contém esclarece os objetivos e o desenvolvimento desse Programa.

Assinale-se que dele fez parte a realização de reuniões no Brasil, no México e na Colômbia, nas quais se discutiram resultados do estudo de experiências de integração docente-assistencial existentes em tais países.

Entre nós, a reunião ocorreu nos dias 16 e 17 de dezembro passado, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, graças à solicitude de seu Diretor, Professora Lourdes de Freitas Carvalho, e, no México e na Colômbia, respectivamente, em abril e maio do corrente ano. O produto dos três encontros deverá ser a base de uma declaração latino-americana relativa à integração docente-assistencial.

Às exposições, aos relatórios finais e à Carta da ABEM, inerente ao encontro de São Paulo, e aqui compilados, acrescentaram-se *Anexos*. Estes, além de outras informações, encerram textos que traduzem iniciativas oficiais, posteriores a documento fundamental acerca do assunto, editado pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura, e correspondente ao nº 3 da Série Cadernos de Ciências da Saúde, de 1981.

Alice Rosa  
Diretor Executivo

## SUMÁRIO

### SEMINÁRIO DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL

1. Problemas da Integração Docente-Assistencial	7
2. Relatórios dos Grupos de Trabalho	20
3. Perspectivas da Integração Docente-Assistencial	25
4. Carta da ABEM	36
5. Relação dos Participantes	38

### ANEXOS

1. Plan de trabajo conjunto OPS/W. K. KELLOGG/FEPAFEM	41
2. Experiências de integração docente-assistencial incluídas no PROAIDA	50
3. As utopias da educação médica	53
4. Para uma integração docente-assistencial coerente	56
5. Integração docente-assistencial	60
6. Integração docente-assistencial das Faculdades de Ciências Médicas do País	65
7. Acordo CAPES/KELLOGG	77
8. Bibliografia	83

## PROBLEMAS DA INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL

Cícero Adolpho da Silva, *MEC*  
Lia Fanuk, *MS*  
Henri Eugène Jouval Junior, *INAMPS*  
Marcos Kisil, *PROAIDA*  
Fernando Figueira, *ABEM*. Coordenador

*Cícero Adolpho da Silva*

O tema que nos cabe discutir se refere aos problemas da integração docente-assistencial. Entendemos que problemas, aqui, são os obstáculos e as dificuldades a solucionar e a vencer, para implementar esta estratégia de transformação e mudança da educação médica e da prestação de serviços à saúde.

São múltiplos os problemas, mas, ao que me parece, nenhum é maior, nem mais pertinaz, nem mais difícil de vencer do que aquele, todavia, mais simples de identificar – o da resistência à mudança.

Este assunto de resistência à mudança é tão velho quanto a humanidade, mas a famosa frase de Maquiavel, muito citada a este propósito, sublinha sua presença através das épocas. Já mais recentemente, e entre nós, Mário Chaves, em precioso livro recentemente publicado, caracteriza a situação nas universidades a este respeito, afirmando que nelas a resistência é tão grande que se consegue fazer mudanças sem mudar. Esta afirmação, assim me parece, define bem a situação em que nos encontramos dentro da universidade, onde se erguem óbices a um caminho mais amplo para a prática da integração docente-assistencial. Isto se explica, possivelmente, porque a universidade – não somente a brasileira – tem índole conservadora, e também porque as idéias novas em educação costumam amadurecer muito lentamente.

A resistência à mudança é uma espécie de fênix: decepada a cabeça, logo outra surge. Transfigura-se para assumir formas, modelos múltiplos e variados.

A desarticulação entre as instituições responsáveis pela formação de recursos humanos para a saúde, de um lado, e as instituições responsáveis pela prestação de serviços, que são as utilizadoras daqueles recursos, de outro lado, é uma destas formas decorrentes da transfiguração referida.

Problemas de articulação sempre existem, mas eles são estimulados e conservados, preservados como dissimulação de resistência à mudança.

A multiplicidade de órgãos, governamentais ou não, que atuam no setor, independentemente de qualquer coordenação, agrava a situação, à maneira de um interminável cozimento em fogo brando da inoperância acintosa e da inépcia proposital. Sem falar nas disputas de poder e da hegemonia que perenizam esta clivagem.

Como corolário disto, tem sido difícil admitir-se nos ambientes acadêmicos que no planejamento da formação dos profissionais da saúde deve participar, sob coordenação do setor educacional, representação legítima do setor utilizador. Não pode mais a universidade determinar, com exclusividade, aquilo que deve ser ensinado, ao menos no setor saúde.

Esta co-participação, sobre beneficiar o planejamento curricular, refletir-se-á salutarmente num outro aspecto da questão, relacionado com o anterior: trata-se da inadequação do sistema de prestação de serviços à saúde, que será seguramente corrigido a partir do estabelecimento de uma via dupla, de um sistema de ida e volta, excluindo-se a chamada concepção do “nós e os outros”, isto é, nós os professores, os que sabemos, e que pelo saber pretendemos exercer um poder: o de orientar, o de sugerir, o de prescrever o roteiro dos serviços. O resultado disto constitui mais um obstáculo a inovações, sobretudo àquelas que não desfluam do setor educacional.

Em consequência disto, exacerbou-se entre nós a tendência e o gosto pela complexidade e pela satisfação sem racionalidade, lamentável, sobretudo, quando acompanhada do armamentário originado em tecnologia de valia discutível e falsamente refinada. Esta tendência tem facilitado o enclausuramento dos profissionais em hospitais e a elevação dos custos da assistência à saúde, resultando também em estímulo à resistência aos programas extramuros, que melhor permitem aos estudantes adquirir uma idéia segura do fenômeno da transição da saúde para a doença e a visão desta como um processo dinâmico.

Ainda como obstáculo à introdução do processo de integração docente-assistencial milita a concepção segundo a qual o objetivo da escola médica é formar profissionais. Se assim fosse, o processo aí se esgotaria. Mas, na verdade, ele aí não se esgota, porque para além do ato singelo de conferir graus existe um objetivo maior, que é o de contribuir para melhorar a saúde da população. Este é que realmente deve ser o objetivo final das escolas da área de saúde. Em assim não sendo, caracteriza-se o afastamento do educador médico da realidade palpável.

A falta de relevância do processo educativo em face das necessidades referentes à manutenção da saúde da população foi muito bem elucidada por George Engel, segundo quem isto se deve, em grande parte, à incapacidade de identificar o que de fato sejam ciências básicas para a Medicina, e sua inclusão na experiência educacional do estudante.

Esta incapacidade pode ser atribuída tanto à imaturidade de algumas ciências básicas, por exemplo, as chamadas ciências humanas, quanto ao efei-

to de distorções causado pelos dogmas científicos e sociais da época, que terminam no reducionismo físico-químico e no primado da tecnologia.

Parece-me importante insistir no que assinalou este autor, ao referir que “um guia para o que é relevante para a educação dos médicos pode ser desenvolvido pela identificação dos atributos da Medicina que têm resistido à prova do tempo desde o seu início, não obstante a evolução dos dogmas, do conhecimento científico e do clima social do momento. Identificados estes atributos, podem ser definidas as ciências básicas para a Medicina”

Conclui-se daí o imperativo de evitarmos a exclusividade do reducionismo físico-químico para atingir uma outra dimensão na educação médica, a dimensão social da Medicina.

Esta noção, tão velha, pelo menos desde Virchow, que já considerava a Medicina como “Ciência Social”, pode ser reforçada pelo maior inspirador daquele reducionismo no nosso século, ninguém menos que o próprio Flexner. Vale a pena refletir sobre o que ele disse, a certa altura do seu famoso relatório:

“A reconstrução de nossa educação médica não irá terminar as questões uma vez por todas. Deixa intocados certos problemas salientes que terão mais seguramente de ser reforçados quando o treinamento profissional do médico estiver seguramente estabelecido em bases científicas. Neste momento, o papel social do médico expandir-se-á e, para apoiar esta expansão, ele exigirá uma experiência educacional mais liberal e mais desinteressada.”

É também dentro da moldura desta simplificação físico-química que melhor se ajusta o processo de fragmentação disciplinar que vige atualmente nas escolas médicas.

A separação entre ciências básicas e ciências clínicas e o gosto pela teorização excessiva são, por seu termo, obstáculos ao processo de integração ensino-serviço.

A integração disciplinar, tão necessária para evitar aquela clivagem, raramente é praticada.

Por outro lado, a multiplicidade de disciplinas, especialmente no segmento profissionalizante da educação médica, necessariamente dificulta esta integração, estimulando o isolamento que se observa em nossos dias.

A falta de professores de Medicina Geral parece-nos constituir mais um obstáculo à articulação serviço/educação.

Na verdade, nos últimos quarenta anos o professor de Medicina, ao menos o do segmento clínico, “sabe cada vez mais sobre cada vez menos”. Que isto venha a ocorrer quando este professor já tenha adquirido um extenso lastro que só a experiência pode assegurar, nada mal. Mas o que assistimos é o precoce envolvimento do jovem professor neste processo. Há que modificar-se, também, esta situação.

Por último, parece ser pertinente incluir entre os obstáculos à articulação docente-assistencial a inexistência de uma educação continuada convenientemente estruturada e posta à disposição de quem dela precisa.

Sem a garantia desta educação permanente, não há como propiciar ao médico que deseja dedicar-se às tarefas mais simples e, entretanto, mais fundamentais da integração docente-assistencial, e da própria prática profissional, os meios para seu desenvolvimento científico-cultural e os recursos de promoção pessoal a que todos almejamos.

*Lia Fanuk*

Embora trabalhe numa instituição que tem seu objetivo voltado para a prestação de serviço, e não para a área de formação de recursos humanos, represento, atualmente, essa área de formação de recursos. Na verdade essa área não trata apenas da formulação de políticas de recursos humanos para o setor saúde, mas, também, da formação de recursos humanos — campo de ação cada vez mais significativo, como se desprende desse encontro tão esperado.

Através deste esforço de integração docente-assistencial é que os objetivos do sistema formador se podem encontrar com o objetivo do sistema prestador de serviços, consubstanciando-se na melhor qualidade dos serviços prestados à população. Até hoje, porém, isto não vem sendo conseguido de forma notável; são, antes, mais visíveis os problemas do que as realizações.

A resistência à mudança parece-me fundamental, e por mais esforços que se venham fazendo em relação à integração, ela constitui realmente um doloroso processo de mudança. Tal mudança implica redirecionar o ensino, e enquanto o ensino buscar, em si mesmo, os objetivos da formação de recursos humanos, não irá chegar a lugar nenhum, em termos da prestação de serviços e da solução de problemas existentes. As questões para as quais o profissional de saúde deve voltar sua atenção não estão sendo objeto de reflexão, quando se definem os currículos para formação de pessoal para o setor saúde — isto nos níveis auxiliar, médio e superior. Por outro lado, uma crítica muito amigável pode ser feita, no sentido de que se concluíram, ontem, três dias de trabalhos em que a ABEM se reuniu para discutir estudos e avaliação sobre a formação do profissional prestador de serviços, mas é pequena a participação de elementos ligados ao setor de prestação de serviços. Este é o foco principal do problema: a integração aparece como uma estratégia, quando o processo de formação está em marcha; a integração, a relação com o serviço, não está na origem da proposta de formação de recursos humanos. Isto tem sido constante em todos os projetos de que tenho participado, em discussões e análise. Até mesmo quando essa formação é proposta pelo próprio setor de serviços, há uma característica no processo de formação que é o fato de circunscrever seu objetivo às finalidades do ensino. É isto que paralisa o progresso dessas propostas. Na verdade, fazem-se inovações revestindo-se, com outras características, um processo que se mantém o mesmo ao longo da história da formação de re-

ursos humanos para saúde. Não se vislumbra que o processo de formação de recursos humanos é fator importante na modificação da realidade de saúde de uma população. É para essa realidade que se formam recursos humanos.

Quando se examina o elenco de problemas com que se defronta a integração docente-assistencial, verifica-se que os serviços são hegemônicos, ou seja, o centro do problema está no serviço, nas suas distorções, na sua má qualidade e distanciamento da própria realidade das necessidades de saúde da população; por outro lado, caso se examinem as variáveis que geram a má qualidade desse serviço, o que sempre aparece com peso significativo é, exatamente, a má qualificação dos recursos humanos; então, de repente, se está dentro de um círculo vicioso: a má qualificação dos recursos humanos tem um papel preponderante na má qualidade dos serviços prestados, e não se podem formar bons recursos humanos para serviços prestados inadequadamente. Os serviços não funcionam, porque os recursos humanos estão mal qualificados e a universidade não está formando a mão-de-obra necessária; a universidade, por sua vez, busca uma integração com o serviço e diz que este não tem qualidade adequada à formação de recursos de boa qualidade. Então a mudança necessária não acontece, nem de um lado, nem de outro e, enquanto isto, a realidade social dos problemas de saúde permanece ao largo.

Identifico, portanto, como problema maior o processo de planejamento do ensino e da formação de recursos humanos, que está distanciado do processo de formulação de soluções e alternativas para os problemas de saúde; são assuntos tratados de modo completamente distinto. Assim, parece-me difícil que uma simples estratégia de aproximar, num dado momento, dois caminhos que são diferentes — a formação de recursos humanos e a prestação de serviços — possa dar resultados efetivos. Quando esses dois campos desenhados de formas diferentes têm efetivamente um objetivo que os aproxima, quando na realidade se resolve enfrentar a problemática do elenco de necessidades de saúde de uma população, para a qual são formados recursos humanos, não faz sentido organizar currículos que não levem em consideração a realidade na qual esses recursos humanos vão atuar de forma competente, com capacidade resolutive em face dos problemas, e com visão crítica, enquanto agentes de contínua mudança.

A unilateralidade que se observa no processo de integração docente-assistencial é queixa permanente de quem está na área de prestação de serviços: a universidade vem aqui escolher o melhor local onde fazer a prática de seus alunos. Agora, o que está acontecendo com esta instituição de serviços, qual é o seu problema básico que impede a melhoria de seu desempenho, não são questões cogitadas pela universidade.

Estava numa reunião sobre recursos humanos em Brasília, que precisei suspender para participar deste encontro, e pessoas de vários estados, que têm projetos de integração docente-assistencial, se espantaram: “Como? Há uma reunião para avaliar a integração docente-assistencial e nós, que temos um projeto de integração, não temos conhecimento dessa reunião?” Estou apenas

relatando um fato que evidencia o quanto a universidade tenta uma integração e não vê o seu interlocutor. É uma integração onde a universidade dá as linhas, as diretrizes, os parâmetros, os critérios e os objetivos. Se estamos pensando mesmo em integração, nossa postura tem que ser outra. O fato mais grave de todas as distorções apontadas é a falta de relevância do processo educativo diante das reais necessidades de saúde da população; parece-me este o ponto da mais extrema gravidade, dentre os problemas aqui alinhados. É preciso realizar uma profunda análise sobre este ponto: qual é a relevância efetiva do processo educativo em saúde ao buscar alternativas para modificação do quadro de saúde da nossa população, se o processo de formação (seja na área de Medicina, Enfermagem, Odontologia etc.) é marcado por um profundo distanciamento do que ocorre na prática de saúde? Quando se tenta ver o que acontece em termos de educação continuada, que tem uma razão muito mais forte para uma total aderência às práticas de saúde, é o mesmo distanciamento que se observa em relação às necessidades. Quando existe programa de educação continuada, ele está marcado por toda a ótica, a relevância, ou a ênfase do ensino acadêmico, no sentido de reducionista. Quando se tenta aproximar da prática a formação, a qualificação e o aprimoramento – o que constitui, exatamente, o processo de educação continuada – o panorama é o mesmo, e neste caso é imperdoável que ocorra fora de uma aliança com essa prática. O que cada um tem a oferecer, como apoio, esforço, medida de solução para o problema de saúde da população, não é avaliado. Quando digo “modificar a situação de saúde da população”, estou pensando apenas naquilo que é de competência do setor de saúde. Quando se fala em integração docente-assistencial, as pessoas logo vêem faculdade *versus* serviços; quando se fala em integração ensino-serviço, na maioria das vezes, a própria instituição prestadora de serviços tenta desenvolver uma prática de formação de recursos humanos ao nível da sua prática de prestação de serviços. Estas duas expectativas, ou perspectivas, só poderão sofrer modificações fundamentais quando serviço e ensino fizerem profunda avaliação dos seus papéis e a proposta de integração estiver orientada, duplamente, e não unilateralmente, para a prestação de serviço e o ensino.

*Henri Eugène Jouval Júnior*

Parece-me necessário observar, em primeiro lugar, a constituição desta mesa, que se propõe a discutir o tema Integração Docente-Assistencial. Está composta de representantes da área de serviço e da área de educação, isto é, o tema deverá ser discutido sob o ângulo da prestação de serviço e da educação. Alguns conceitos ficam implícitos nesta maneira de analisar o assunto. Entre eles, um é de importância fundamental: é o problema da hegemonia

dos serviços. Entende-se, nesse modelo, que o componente prestação de serviços é o de maior peso, o que apresenta o maior número de dificuldades e distorções. É, portanto, prioritário na identificação de problemas e propostas de solução para a integração docente-assistencial; na medida em que se faça alguma coisa no componente serviço, indiretamente alguma coisa estará sendo feita no componente educação. Admitido o setor de serviços como o que necessita de uma maior atenção, de maior esforço, torna-se necessário analisar o que é esse componente *prestação de serviço*.

Qual o papel da Previdência Social? Constitui apenas mais um prestador de serviços dentro da constelação de prestação de serviços? Analisando-se melhor esta situação, vê-se que o papel principal da Previdência Social não é este: é o de organizar todo o setor de serviço. Existe um documento que foi elaborado recentemente, e que explica com bastante riqueza e precisão, o diagnóstico do setor saúde no país, e da situação da Previdência Social. É o Plano do CONASP ou Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. Para as pessoas que ainda não tiveram oportunidade de ler este documento, gostaria de salientar um de seus pontos principais, relativos ao diagnóstico da situação atual: pluralidade de prestação de serviços, que se caracteriza pela coexistência de serviços próprios do INAMPS, serviços de órgãos governamentais, hospitais de ensino, assistência rural, assistência através de hospitais contratados da rede privada e credenciados na área ambulatorial. Dela decorre uma atividade assistencial não planejada e uma imprevisibilidade orçamentária. Ocorrem distorções em cada um destes tipos de serviços, e seria importante ressaltar algumas relativas às modalidades de prestação de serviços que se baseiam na produção de serviços, especialmente as modalidades reguladas pelas unidades de serviço; este sistema induz à desarticulação dos serviços privados, contratados e credenciados com a rede pública, ocasionando múltiplas portas de entrada, impossibilidade de controle, baixo índice resolutivo do nível ambulatorial e número exagerado de internações, oferta excessiva de serviços, expansão exagerada da rede hospitalar privada, superfaturamento etc. Estas são as principais distorções da modalidade regida pelo pagamento por produção de serviços.

Outro tipo de distorção é aquele relativo às modalidades de remuneração pelo sistema de pré-pagamento. Esse sistema, que interessa mais à questão da integração docente-assistencial, abrange os convênios globais governamentais. As distorções apontadas são a pressão permanente desses órgãos para aumentarem cada vez mais o montante do pagamento e a tendência para uma diminuição progressiva da quantidade de serviços produzidos, dada a necessidade de diminuir seus gastos operacionais. Quanto aos serviços prestados pelo setor público diretamente, o que se vê é a sub-utilização dos serviços próprios do INAMPS, uma política desestimuladora de recursos humanos e de salários (que, às vezes, não atende ao sistema de mérito e induz à dupla militância profissional), centralização exagerada do ponto de vista administrativo, excesso de mecanismos burocráticos, distribuição geográfica irregular desses

serviços, centralização de equipamentos e recursos humanos mais qualificados em regiões centrais e não periféricas, e escassez de quadros gerenciais. Todas essas distorções se traduzem em algumas características bem conhecidas da situação atual: serviços inadequados à realidade de saúde da população, insuficiente integração das áreas e instituições, recursos financeiros nem sempre suficientes, ao lado da inobservância da programação orçamentária, desprestígio dos serviços próprios, superprodução nos serviços contratados, má distribuição, uso excessivo e inadequado de tecnologia, duplicidade e paralelismo de ações etc.

As distorções do componente serviço se refletem naturalmente nos problemas da integração docente-assistencial, constituem parte desses problemas. Assim, as dificuldades da IDA só podem ser um reflexo da realidade da prestação de serviços no país. Há, pois, necessidade que as experiências de integração docente-assistencial tentem realmente fazer algum tipo de modificação ou propor algum tipo de solução para estas distorções. Deveriam funcionar como um laboratório, um local para experimentação de propostas novas no sentido de reverter esta situação. Elas só serão válidas se estiverem voltadas para esta problemática, buscando alterar esse quadro de prestação de serviços, pois o setor de serviços é fundamental no processo de integração docente-assistencial. Querida chamar a atenção para este ponto, porque já vi e li muitos projetos de integração docente-assistencial que não levam em consideração a dimensão do problema em sua área, não incluem a Previdência Social e não tomam determinadas posições em face dessa realidade. Com relação à Previdência Social, apesar do pouco tempo decorrido, parece claro que ela agora assumiu uma posição em relação a esses problemas; existem vários documentos, portarias, projetos, que estão sendo implementados pela Previdência Social, com total cobertura do CONASP, os quais mostram claramente que se começou a tentar inverter este quadro. Citam-se: introdução de outro sistema de remuneração que não a unidade de serviço, programações com base em parâmetros de cobertura de população, ações hierarquizadas e regionalizadas de saúde, descentralização burocrática e financeira, permissão para locação de pessoal da Previdência em outras instituições oficiais, para aumentar a flexibilidade do sistema etc.

As experiências de integração docente-assistencial que não levarem em consideração esta reorientação geral do setor de serviços terão sua validade e eficácia bastante limitadas, não contribuindo para a resolução dos graves problemas do setor. São estes que devem orientar todo trabalho de qualquer instituição de saúde. Nessa situação, é importante que as experiências de IDA não considerem a Previdência Social como uma agência financiadora, mas realmente consigam uma integração programática com a Previdência Social para dar, ou testar, respostas a esses problemas que são nacionais. Por exemplo, não é possível que em convênio de hospitais universitários se estimule uma forma indireta de unidade de serviço, reforçando uma distorção aqui apontada. Em face duma crescente escassez de recursos, os administradores de

serviços públicos (de secretaria de saúde ou serviços próprios) terão de aumentar gerencialmente a produtividade e a capacidade resolutive dos serviços. Mas para que se possa fazer alguma coisa, é necessário um quadro conceitual bem claro. Na prática, acho que dois documentos deverão regular essas experiências de integração docente-assistencial no Brasil, no futuro: um seria o documento do CONASP, com relação ao componente *serviço*; o outro seria o documento do Ministério da Educação e Cultura sobre a integração docente-assistencial, no componente *educação*. Estes dois documentos de referência para experiências de IDA permitirão que elas tenham representatividade em termos de área e problemática, possibilitando que funcionem como modelos, laboratórios, para a reorientação em curso do setor.

*Marcos Kisil*

A FEPAFEM, a Fundação W. K. Kellogg e a OPS dispuseram-se a realizar um estudo acerca da realidade de alguns programas de ensino médico que se valeram de estratégia de integração docente-assistencial. Seleccionaram 34 projetos que se desenvolveram na América Latina durante os anos 70, e que resultaram dos movimentos de Medicina Comunitária, Medicina Geral e Familiar e do programa materno-infantil da OPS. As instituições patrocinadoras desse estudo tiveram participação na origem e na evolução desses projetos. Esses variam em finalidades, extensão, duração, complexidade das atividades e, ainda, quanto ao caráter inovador que pretenderam, tanto para o setor serviços, como para o setor educação.

Assim, a diversidade dos projetos, aliada a sua diversidade contextual, determinam que sejam apreendidos em sua unicidade e especificidade. Logo, embora estejamos diante de estudo de casos, nada impede que se busquem situações interativas cujas explicações podem refletir certa universalidade.

Neste estudo, utilizaram-se informações primárias e secundárias. Estas se baseiam em documentos, publicados ou não, produzidos pelos programas e que estão sob a guarda das instituições patrocinadoras, ou dos próprios programas. As informações primárias foram colhidas em visitas a 10 programas, do total dos 17 existentes no Brasil.

Os problemas que identificamos o foram através dessas informações.

### *O Conceito de Integração Docente-Assistencial*

A Integração Docente-Assistencial (IDA) ou Articulação Docente-Assistencial (ADA) pode ser entendida como o estabelecimento de uma relação de trabalho entre uma instituição de ensino e uma instituição prestadora de servi-



ção de saúde, relação essa de caráter contínuo e prolongado, que possibilita aos alunos e professores da primeira, trabalhar em conjunto com o pessoal da segunda, em uma área de comum acordo e que daí por diante passa a ser chamada "área docente-assistencial"

Comumente, o estabelecimento da IDA implica a formulação de um modelo de serviços e de um modelo pedagógico.

Este modelo de serviço, que, freqüentemente, adota critérios de regionalização/hierarquização, implica uma definição clara das necessidades a serem atendidas e das possibilidades técnicas a serem perseguidas em cada nível. Assim, os recursos humanos e os da tecnologia devem resultar apropriados para cada nível de atenção.

Por sua vez, o modelo pedagógico proposto deve mostrar a utilização desse modelo de serviço e deve estar traduzido em um currículo e em experiências de aprendizagem que possibilitem que o desempenho do aluno se harmonize com o desempenho do futuro profissional, que terá que agir no modelo de serviços proposto. Como esse modelo pedagógico se desenvolve em ambientes não tradicionais, crítico se torna o elemento docente, bem como as técnicas pedagógicas propostas.

Embora de simples formulação, esta conceituação nem sempre está clara para os programas. O uso da palavra IDA ou ADA se faz de maneira indiscriminada, contemplando qualquer tipo de relação entre as partes. Assim, parece oportuno distinguir três diferentes níveis de articulação: a cooperação, a coordenação e a integração<sup>2</sup>, nos quais de maneira crescente existem a delegação de poder, autoridade e responsabilidade entre as instituições que se aproximam. A importância dessa diferenciação não é apenas semântica. Diferentes níveis de articulação resultam em diferentes possibilidades de ação para uma ou outra parte. E essas possibilidades devem ser conhecidas pelos participantes dos programas, pois, em vários deles, por não conseguirem aclarar o nível dessa articulação, ocorre o aparecimento de expectativas que jamais poderão ser satisfeitas.

Não acreditamos que essa referência conceitual tenha já uma formulação universalmente aceita, mas, em torno de alguns pontos, já há consenso suficiente.

Não é nosso intuito nesse momento apresentar uma listagem de problemas encontrados na IDA, e sim uma tipologia desses problemas que, eventualmente, facilite agrupá-los com vistas ao encaminhamento de propostas de solução. Reuniram-se os problemas em três grupos: político-institucionais, organizacionais e técnico-operativos.

### *I. Problemas político-institucionais*

Estes problemas estão ligados às relações de poder existentes entre o programa e as instituições envolvidas, e entre elas mesmas e as alterações (inovações) que uma proposta de IDA pode provocar nestas relações.

Vários dos programas surgiram de inquietações e não-contorno de certos grupos minoritários dentro de estruturas tradicionais, seja na escola médica (geralmente em departamentos de medicina preventiva, social ou comunitária), seja em serviços (grupos ligados a níveis locais). Para o surgimento de um programa, esses "visionários", "progressistas" ou "iluminados" passam a ser apóstolos de uma nova ordem, que nesse momento pode ter muito de subjetividade e pouco de objetividade em sua formulação. Esses grupos, para terem as suas posições aceitas pela estrutura tradicional, assumem uma defesa apologetica de suas convicções e, como defesa natural, negam qualquer alteração em seus programas que possam ser interpretadas como uma debilidade nas posições previamente assumidas.

Na verdade o que se tem é uma disputa entre grupos "progressistas" e "conservadores", na qual os primeiros têm pouca participação nas estruturas formais de poder dominadas pelos segundos, como são os conselhos departamentais, congregações etc.

Para vencer esta situação, os programas se valem de diferentes estratégias, como o aumento progressivo do corpo docente, criação de novas disciplinas que podem resultar no aparecimento de um "novo" currículo médico, em paralelo com o currículo tradicional, cooptação de alunos e membros de outros departamentos etc. Em alguns casos, tais estratégias não impediram que grupos conservadores vencessem esses "progressistas", o que resultou na descontinuidade provisória ou permanente dos programas.

Um outro problema que pode ser localizado neste grupo é o que se refere à falta de coordenação que se observa, em nível nacional, entre as instituições do setor de saúde, e entre o nível nacional e os níveis estadual e local.

Esta questão também está essencialmente ligada às relações de poder entre as instituições envolvidas. Processos decisórios, extremamente centralizados e burocratizados, impedem decisões a curto prazo, ou que respondem às necessidades locais. Ou então, políticas unilaterais dessas instituições podem ser um sério empecilho à integração.

Assim, os programas correm o perigo de se limitarem à situação de *vitrine* ou de demonstração puramente acadêmica, sem sensibilizarem os centros decisórios de poder. São os programas que se desenvolvem à revelia, ou apesar dos órgãos que aparentemente seriam os grandes interessados no seu desenvolvimento.

O efeito-vitrine é reforçado muitas vezes pela não participação do órgão hegemônico no setor de saúde (INAMiPS), o que reforça a sua marginalização.

<sup>1</sup> CHAVES, Mário M. *Saúde: uma estratégia de mudança*. RJ: Guanabara Dois, p. 67, 1982.

<sup>2</sup> Idem.

## 2. Problemas organizacionais

Vários são os problemas dessa ordem, entre eles os referentes à formalização dos programas, sua gerência, estrutura organizacional e financiamento.

Quando do estabelecimento dos programas, a IDA pressupõe a existência de algum documento de intenções entre as partes envolvidas. Na maioria dos programas se encontra alguma forma de convênio. Mas nesses casos, os documentos são, em geral, bastante vagos em sua explicitação, o que é defendido por alguns, pois possibilitaria uma maior margem para manobras e flexibilidade na relação. Por outro lado, a ausência de uma definição clara de quem é quem, ou de quem é responsável por tal ou qual ação, pode dificultar a condução de um programa.

Em alguns programas a relação é totalmente informal, onde um contato verbal entre pessoas é o único vínculo que existe entre duas ou mais instituições.

Convém lembrar que alguns países baixaram legislações específicas de apoio e incentivo à IDA, como é o caso da Colômbia e Peru. No Brasil, tivemos recentemente um Parecer do CFE nesse sentido. A existência dessas normas pode facilitar a aproximação das instituições.

Quanto à gerência propriamente dita, convém ressaltar que a administração de um programa IDA tem características próprias. Não é só a administração da educação, ou a administração de um serviço. O fato de serem ambas, sem ser particularmente nenhuma delas, implica um processo de "fertilização cruzada dos problemas" e maior complexidade no processo decisório para resolvê-los. Assim, faz-se necessário um novo tipo de administrador e de administração, o que irá permitir um processo decisório que contemple a participação comunitária, a descentralização etc.

Essa gerência se vê também ocupada por um outro aspecto extremamente complexo: a administração de uma rede de serviços que eventualmente pertença a várias instituições, onde normas e regimentos diferentes, políticas salariais e de promoção distintas, se refletem diretamente no programa. Outras vezes, o programa aparece como item orçamentário em duas ou mais instituições que têm diferentes mecanismos de alocação de gastos. Outro problema se dá quando um programa recebe apoio financeiro externo e, com o término do período de financiamento, e a não assunção dos encargos pelas organizações participantes, ocorre a instabilidade para o programa como um todo.

Quanto à estrutura administrativa, encontra-se uma gama enorme de modelos. Cumpre distinguir um certo padrão em que se contempla uma câmara decisória mais alta formada pelos representantes dos órgãos participantes (câmara política) e um nível executivo (diretoria de programa). Embora seja uma estrutura bem próxima da ideal, na prática o que ocorre é uma ampla delegação de poderes ao diretor executivo, menos por seu interesse e mais por omissão da câmara política onde decisões são tomadas, às vezes, sem o neces-

sário respaldo das instituições matrizes. Como consequência, o programa tenta ser uma terceira entidade com vida autônoma. Em muitos casos, quando o seu diretor é um bom executivo, ou líder carismático, essa relativa liberdade pode resultar num grande avanço do programa, embora futuramente – caso, por alguma razão, esse líder falta – o programa possa definhir.

Outro aspecto observado diz respeito a qual das instituições participantes é alocada a execução de uma determinada tarefa. Aqui, o exemplo mais freqüente é: instituições de serviços criam divisões para a formação de recursos humanos, ou então a Universidade toma a responsabilidade pela prestação de serviços. Ambas as situações refletem uma apropriação do objeto institucional da outra. Muitos acreditam que esta apropriação é a única maneira de se alcançar a IDA. Porém, esta postura tem pouco a ver com o mundo real, o que explica talvez as grandes dificuldades na disseminação desses experimentos.

## 3. Problemas técnico-operativos

Esses problemas dizem respeito às atividades do dia-a-dia dos projetos. E envolvem uma grande gama de situações, tais como: – dificuldades no trabalho em equipe, inadequação ou falta de equipamentos ou materiais, distância entre a área programática e as redes das instituições participantes, docentes mal preparados para o tipo de ensino ou prática que se persegue, falhas na supervisão, dificuldades financeiras por atrasos na liberação das verbas provenientes das organizações convenientes etc. Esses problemas são os que normalmente são visíveis e, portanto, objetos de preocupação. Refletem, muitas vezes, contradições mais sérias, que advêm dos níveis político-institucionais e organizacionais. São simples manifestações dos problemas mais profundos e de soluções mais difíceis.

## RELATÓRIOS DOS GRUPOS DE TRABALHO

Renato Alves Moretto, *Faculdade de Medicina de Campos*  
Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva, *UFV*  
Hélio de Oliveira Santos, *PUCAMP*

### *Renato Alves Moretto*

O grupo tratou dos problemas político-institucionais. Depois de muita discussão, decidimos iniciar nosso relatório com uma análise histórica das ações executadas no Brasil, visando à integração docente-assistencial. Tais ações se iniciam no ano de 1966, com a experiência da Universidade de Brasília, em Sobradinho. Posteriormente, temos alguns marcos conceituais, entre os quais se destaca, já nos anos 70, uma reunião no Rio de Janeiro, na qual o Dr. Mário Chaves define, num trabalho que se tornou clássico entre nós, o que seria necessário e suficiente para a regionalização docente-assistencial. Em 1975, com a Lei nº 6.229, surge um esforço no sentido de um plano nacional de saúde. Em 1980, começam a surgir os pareceres do Conselho Federal de Educação. Temos a ousadia de achar que em 1982, com esta reunião, poder-se-á iniciar nova fase no desenvolvimento desse tipo de trabalho. Além de considerações sobre as condicionantes geográficas dos projetos da IDA, nos perguntamos ontem se estes projetos tiveram algum impacto, e se houve avaliação de seus resultados; a estas duas perguntas podemos responder pela afirmativa. Embora seja difícil, hoje em dia, chegar-se a consenso sobre quais são os indicadores ideais para se medirem as realizações quanto à saúde, como à educação, no âmbito do desenvolvimento comunitário e da integração educação-saúde, é certo que se fazem avaliações. O que não houve foi consenso entre nós sobre os resultados alcançados e sua divulgação. As experiências, boas ou más, foram pouco divulgadas não só entre nós mesmos, mas, principalmente, entre aqueles que não acreditam, ou não conhecem, esse tipo de trabalho. É uma proposta do grupo que esta divulgação seja feita em larga escala, de início com a comunidade acadêmica representada não só por alunos como por colegas que não concordam com a proposta, e com a população alvo e os grupos e instituições potencialmente interessados. A partir da discussão é que se podem desdobrar e analisar os problemas, e, a partir daí, mudar alguma coisa,

inclusive aglutinar uma instituição, pois muitas vezes os projetos se iniciam em determinados setores da instituição e não têm bom êxito porque não se permite essa discussão geral, e não ganha nem a instituição, como um todo, nem outras instituições. A discussão e divulgação dos princípios e dos resultados da IDA devem desfazer a idéia, ainda bastante comum, de que os cuidados primários não passam de uma atenção barateada, para pobres, de má qualidade — o que é desmentido pelo próprio princípio da tecnologia apropriada. No nosso entender, o que falta, basicamente, é coordenação, em nível nacional, do setor de saúde; este é o principal problema enfrenado pelas experiências da IDA como um todo.

A solução proposta foi colocada em três níveis: ministerial, estadual e local. No nível ministerial, deve haver uma definição clara de normas; acreditamos que estas normas têm que ser elásticas o suficiente para delimitar a área e o modo de atuação, respeitando as peculiaridades de cada região. É preciso que haja uma padronização mínima entre os ministérios cuja atuação está ligada, ou deveria estar, às experiências da IDA: saúde, planejamento, trabalho, educação e previdência social. No nível estadual, os programas devem ser operacionalizados pelas secretarias estaduais de saúde, que seriam os órgãos responsáveis pela implantação, supervisão e avaliação das normas, e pela coordenação de grupos de trabalho interinstitucionais. Aliás, o próprio documento do CONASP propõe que exista um grupo ou comissão interinstitucional em nível estadual, em que os órgãos de prestação de serviços, sob a égide das secretarias estaduais de saúde, e os órgãos responsáveis pela educação, possam discutir como se faria, em plano regional, a integração docente-assistencial, definindo as áreas de atuação, os níveis de atuação e até os percentuais de colaboração quanto aos recursos, sejam eles econômicos ou humanos. No nível local, as instituições educacionais, a prefeitura, os órgãos prestadores de serviços e as associações locais interessadas também se unirão definindo o plano básico que, obviamente, estaria subordinado às diretrizes fixadas nos níveis nacional e estadual. Além disso, achamos por bem enfatizar a necessidade de integração intra-institucional, envolvendo diversos departamentos numa mesma instituição, expandindo-se de um departamento para a instituição, da instituição para a universidade, agrupando cursos numa mesma proposta; é preciso que se aglutinem cursos, principalmente numa instituição maior, para que se possa realmente ter uma integração programática.

Nosso grupo propõe que se constitua, a partir daqui, um grupo de trabalho que represente o consenso presente nesta reunião, ou seja, que congregue representantes dos ministérios referidos, da OPAS, da Kellogg, da ABEM e de elementos que sejam representativos dos projetos de integração docente-assistencial aqui representados. Desejamos que esse grupo de trabalho se torne, a partir desta reunião, um marco no desenvolvimento de projetos de integração docente-assistencial no país.

O grupo analisou os aspectos organizacionais, e resolveu discutir conforme os três subtemas apresentados no relatório do Dr. Marcos Kasil, ou seja: formalização, processo gerencial e financiamento. Quanto ao item *formulização*, o grupo entende que os instrumentos clássicos de formalização – convênios ou protocolos de intenção – são instrumentos valiosos e necessários, porém não têm sido suficientes para garantir o desenvolvimento dos projetos. Alguns componentes do grupo relataram experiências de descumprimento de cláusulas de convênios, sem que houvesse mecanismos definidos para forçar o compromisso, a não ser a denúncia do convênio; esta tornaria inviáveis os projetos na maioria das vezes, caso fosse executada. Por esta razão, o grupo entendeu que o processo de integração docente-assistencial necessita de outros mecanismos de formalização; o primeiro deles seria a elaboração de projetos de integração docente-assistencial, levando em conta a organização concreta dos serviços, contando com a sua participação na elaboração dos meios. Os projetos de integração docente-assistencial são propostas de formação de recursos humanos superpostas a uma proposta de organização de serviços, e esses projetos devem ser definidos de acordo com as características regionais, levando em conta a disponibilidade de recursos humanos, físicos e materiais existentes. Como propostas concretas para garantir essa formalização, o grupo propôs: 1º: criação de uma comissão interinstitucional de alto nível, envolvendo diversas instituições como as aqui citadas, que estabeleça normas que possam ser transformadas em instrumentos legais capazes de garantir a continuidade dos programas docente-assistenciais; 2º: como estratégia para melhorar as condições de saúde da população e adequar a formação de recursos humanos na área de saúde, estimular a criação de comissões regionais com a participação das instituições locais envolvidas na prestação de serviços e na formação de recursos humanos, a fim de garantir o desenvolvimento dos programas e ao mesmo tempo subsidiar aquela comissão de alto nível; 3º: obter, das instituições, o compromisso de absorver pelo menos parte da mão-de-obra formada nesses programas; 4º: assim como se deseja da parte dos serviços uma integração visando uma proposta de um modelo assistencial, também é um imperativo a definição da instituição formadora por um projeto educacional em que ela se envolva como um todo, e não através de setores, departamentos, ou disciplinas isoladas.

Quanto à gerência, o grupo entende que se deva buscar a integração ensino-serviço: o processo gerencial deve ser compartilhado através de comissões locais ou regionais, como já foi citado, constituídas por elementos das diversas instituições envolvidas, com poder normativo e executivo definido e reconhecido por todas as instituições; estas comissões devem estabelecer os critérios de desenvolvimento, supervisão e avaliação dos programas nos aspectos

comuns às instituições envolvidas; neste nível, deve ser garantida a participação da comunidade de uma forma concreta. Na verdade, a colocação de participação comunitária acaba geralmente funcionando como um chavão, já que os mecanismos efetivos de participação comunitária não vêm sendo completamente desenvolvidos.

Quanto ao financiamento, o grupo entende que este também deva ser compartilhado pelas instituições envolvidas, cada uma destinando recursos de seu orçamento para manutenção de suas atividades características, ainda que o INAMPS, detentor, entre as instituições de saúde, da maior parcela de recursos, esteja comprometido com um repasse de recursos às demais instituições naquelas atividades que estejam dentro de suas atribuições específicas; esse processo deve buscar garantias da universalização da atenção à saúde, independentemente do vínculo das pessoas ao sistema previdenciário; quanto ao financiamento externo desses projetos por agências nacionais ou internacionais, estes recursos devem ser sempre complementares, pois a manutenção de projetos de integração docente-assistencial com recursos exclusivos de agências financiadoras externas, sem contrapartida das instituições de serviços, tem levado ao malogro algumas dessas experiências; esses recursos externos jamais devem ser fonte única, ou principal, de desenvolvimento dos projetos, especialmente no que diz respeito ao pagamento de pessoal e manutenção dos serviços.

#### Hélio de Oliveira Santos

Houve um acerto inicial do grupo para que a discussão não se restringisse ao aspecto técnico-operativo, mas que incluísse uma discussão global, não se fixando em um tipo único dentro dos pontos abordados. Depois de terem sido analisados vários aspectos, como o político-institucional, o técnico-operativo e o organizacional, o grupo concluiu que, de um lado, a sociedade civil vem se organizando no sentido de pressionar por melhores serviços de saúde; por outro lado, já se dispõe de suficientes documentos legais, faltando apenas definições explícitas mais concretas, voltadas para as mudanças pretendidas. Salientamos que o atual programa do INAMPS, o chamado Plano CONASP, tendo como objetivo primordial a reorganização dos serviços de saúde, quando operacionalizado deverá tornar-se importante instrumento de mudança no setor de saúde, e de grande relevo para os programas de integração docente-assistencial. O grupo pondera, também, que tanto serviços, como universidade, dependendo de decisões de ordem política que permitam regionalizar e hierarquizar os serviços de saúde, deverão propor a criação de modelos, instituindo novos instrumentos legais, eficientes, que regulem e incentivem de

uma vez esses empreendimentos, em face da nova situação que se espera seja estabelecida. Finalmente, o grupo reconhece a importância das experiências anteriores de integração docente-assistencial e recomenda que as universidades participem do desenvolvimento dos novos programas em suas respectivas áreas de atuação.

## PERSPECTIVAS DA INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL

Horácio Kneese de Mello, *CFE*  
José Roberto Ferreira, *OPS*  
Mário M. Chaves, *Fundação W. K. Kellogg*  
Pablo Pulido, *FEPAFEM*  
Clementino Fraga Filho, *ABEM* Coordenador

### *Horácio Kneese de Mello*

Quero referir-me ao relatório que me chegou às mãos, e que resulta do levantamento das características do Internato, feito pela ABEM. Parece-me realmente um trabalho da maior importância, muito bem feito; acredito mesmo que terá muito valor para o programa de integração docente-assistencial, porque o internato, está muito ligado a esse programa.

Representando aqui o Conselho, devo referir o que este fez nos últimos tempos, a respeito da integração docente-assistencial. Em abril de 81, o Conselho convocou uma reunião de professores de projeção no ensino médico, a fim de discutir o assunto; nessa reunião, foi nomeada uma comissão, constituída pelos professores Clementino Fraga Filho, José Aristodemo Pinotti e Frederico Simões Barbosa. Eles elaboraram um relatório que muitos dos Senhores conhecem, pois foi publicado no Boletim da ABEM. Apenas para mostrar o apoio que dá o Conselho, cito algumas frases do relatório, como, por exemplo: "O ensino da ciência no Brasil tem-se caracterizado por formar profissionais dirigidos para as especialidades que permanecem nos grandes centros urbanos, enquanto o país necessita daqueles de formação geral, que reforcem a atenção primária, com propensão à capacidade ou possibilidade de deslocar para os municípios onde sejam precárias as condições de atendimento à saúde". Esse documento conclui que o Conselho Federal de Educação deve aconselhar as instituições de ensino superior no sentido de que, desenvolvendo sua própria criatividade, caminhem para um alto grau de integração com os serviços de saúde, como proposta mais condizente com a realidade nacional, lembrando, ainda, que a integração ensino/serviço não se faz apenas na área da saúde, mas em qualquer área do conhecimento. Mais recentemente, a Secretaria da Educação Superior do MEC enviou ao Conselho esse mesmo relatório, e o Prof. João Paulo Mendes foi encarregado de emitir Parecer a respeito. Tal Parecer também já foi publicado na Revista Brasileira de Educação Médica, e

inicia citando vários trabalhos a respeito, principalmente aqueles da Comissão do MEC. Alguns trechos documentam o interesse do Conselho. Por exemplo: “É fora de dúvida que uma nova orientação na atenção de saúde da população exige também um preparo adequado de recursos humanos em todos os níveis e o desenvolvimento de investigações apropriadas à qualidade do setor; torna-se, desse modo, evidente o importante papel que as instituições educacionais de saúde devem desempenhar na estratégia de operacionalização do modelo, particularmente as escolas de Medicina”. Mas, o relatório alerta para o fato de que a organização do sistema regionalizado de serviços de saúde é pré-requisito para a sua efetivação, e tal providência depende muito pouco do sistema educacional.

Isto demonstra que o Conselho Federal de Educação está realmente interessado em entrar nesta luta, embora reconheça sua limitada possibilidade de ação.

Queria terminar dando uma opinião pessoal. Gostaria de ter aqui a fotografia de uma reunião hipoteticamente realizada há 2, 3 anos para estudar o assunto aqui apresentado. Quem veríamos, então, nesta fotografia? Os Profs. Clementino Fraga Filho, Mário Chaves, Sígnos Barbosa, Fernando Figueira, enfim, mais ou menos, o grupo que aqui está, evidentemente enriquecido com outros elementos; caso tivéssemos a gravação da discussão então travada, verificaríamos, provavelmente, que seu conteúdo era o mesmo deste seminário. Isso apenas para demonstrar que, na realidade, caminhamos muito pouco, embora aqui se tenha reconhecido que demos alguns passos. Realmente, nós os demos. Prof. Clementino, por exemplo, deve estar lembrado do tempo em que não se podia, de modo nenhum, falar com representantes da Previdência Social a propósito de usar doentes previdenciários no ensino médico. A primeira vez em que se trocaram idéias a respeito, em público, foi na Reunião da ABEM, em 1973, ocasião em que estiveram presentes representantes do INPS. Mas, de lá para cá, não se caminhou muito. Parece-me que nosso programa só funcionará na hora que conseguirmos motivar as autoridades; e quando digo autoridades, quero referir-me àqueles órgãos governamentais que têm autoridade, não ao indivíduo. Na realidade, só poderá funcionar o sistema de integração docente-assistencial se conseguirmos reunir esses elementos que têm autoridade na área federal; como já foi dito aqui, é necessário que haja integração entre os Ministérios da Saúde, da Educação, da Previdência e mais os Ministérios do Planejamento, do Trabalho, do Interior. Se eles não se conscientizarem do fato de que têm que se reunir, nós não conseguiremos nada de importante na área municipal ou na estadual, pois é preciso, também, que se motivem as Secretarias de Saúde, sem o que não se conseguirá um plano realmente eficaz. Outro problema que se superpõe a este é que tudo isso tem que ser feito com um comando único. Este comando único é que se constitui no entrave maior, porque irá ferir susceptibilidades e vaidades, exigir desprendimento e grande espírito público. Mas não estou descrente, nem criticando aqueles que estão lutando e continuam lutando. Acho mesmo que a ocasião

é muito oportuna, pois temos no momento um elemento chave no INAMPS, o que é indispensável para se conseguir a colaboração desse órgão nesse programa; temos na presidência do INAMPS um professor que conhece bem o assunto, um lutador, cujos resultados já estamos vendo. Parece que chegou a hora de passar do “micro” para o “macro”, como se disse aqui, caso não continuemos com ilhas isoladas, como as que já existem. Creio que estas ilhas devam constituir os modelos iniciais, porque evidentemente não é possível que, no Brasil inteiro, se faça de uma hora para outra a integração docente-assistencial. Acho que deveria haver núcleos iniciais que depois se iriam estendendo, até que atingissem todo o território nacional.

*José Roberto Ferreira*

Depois da sessão da manhã de ontem, e dos trabalhos em grupo, tenho pouco a dizer. É importante assinalar que diante da dificuldade que representa qualquer tentativa de, primeiro, inovar dentro da universidade e, segundo, dentro dessa inovação, tentar integrar a universidade com o serviço, este seminário deve ter valor muito grande. Para mim, esta reunião foi uma surpresa feliz, por ver o quanto foi conseguido.

Quero explicar um pouco mais como tudo começou, ou seja, a proposta inicial de uma avaliação dos programas de integração docente-assistencial. A palavra avaliação tem, às vezes, uma carga um pouco pesada, e costumo dizer que a avaliação é contra a natureza humana. Na verdade, as três organizações envolvidas – OPAS, FEPAFEM e KELLOGG – têm a preocupação, depois de vários anos em programas comuns nessa área, de acertar o passo e saber realmente o que está acontecendo fora dos caminhos tradicionais, o que realizam os distintos grupos, o que será necessário fazer daqui por diante. Eventualmente, muitos poderão aprender com outros. Na verdade, falta-nos uma palavra em português para definir este tipo de exercício; no inglês, usamos muito a palavra “assessment”, que embora signifique avaliação tributária, tem sido usada com o sentido de avaliação mais suave, e com uma vantagem ainda: “assessment” vem de: “assess”, e, assim, associa à avaliação uma idéia mais construtiva. É o que todos nós buscamos nesse exercício. Como podemos seguir adiante, com novas orientações e novos projetos? Se comparássemos com a avaliação educacional mais tradicional, e aplicássemos esse conceito, diria que isto é tipicamente uma avaliação formativa – Onde estamos? Como podemos ajustar vários aspectos e partir para uma nova etapa?

Antes de analisar linhas futuras, quero comentar alguns pontos discutidos ontem. O primeiro deles diz respeito à representação dos serviços. Obviamente, Dr. Jouvai representa a cúpula do INAMPS, mas sonho que algum dia tenhamos uma reunião como essa e que, para cada indivíduo que represente o setor de educação, tenhamos o correspondente representante do serviço, seja

da Previdência Social local, ou do Ministério da Saúde. Reconhecemos que todo o interesse pela integração docente-assistencial e por sua dinamização partiu do campo universitário, buscando fórmulas e soluções novas em lugar do sistema mais caro, mais oneroso e menos eficiente do hospital universitário. Procurou-se também, de forma mais efetiva, uma aproximação com a realidade da área de saúde. Nesse sentido, ontem houve várias referências à hegemonia dos serviços. Para mim, na realidade, a hegemonia que se tem discutido sempre e que afeta o processo de formação é a hegemonia do padrão de prática profissional: enquanto estivermos orientados, predominantemente, para a formação do médico para o exercício da medicina liberal, do médico orientado para o tratamento individual, de natureza curativa, prática que se dá no hospital universitário tradicional, terciário, não conseguiremos avançar muito. A integração docente-assistencial procura reformular esta orientação. Acresce o fato de que esse padrão de prática profissional está em processo de decadência. Outro aspecto que desejo salientar: a integração docente-assistencial deve estar fundamentada numa base populacional. Falou-se muito pouco na relação entre a área docente-assistencial e a população externa. Esta representa um denominador de avaliação natural de todo o impacto do projeto.

Acho que evoluímos nesta tentativa de adequar o processo de formação de profissionais para a saúde, desde uma etapa em que não se faziam mais do que pequenos estágios em centros de saúde, para a etapa intermediária do laboratório de comunidade na qual se trabalha com comunidades pequenas, com quadros demonstrativos de 5 mil habitantes, até o que seria a integração docente-assistencial ideal, provavelmente ainda não alcançada. Estamos falando aqui, hoje, de comunidades de 30, 40, 50 mil habitantes, que eu chamaria de micromodelos. A tendência é caminhar para o macromodelo, que vai estar em torno de meio milhão de habitantes, número ao qual se pode ajustar um serviço de saúde global. Então, parece-me muito importante levar esta idéia em consideração, tanto para o desenho da evolução desse projeto, como para orientação de pesquisas que se possam fazer com relação a isto.

Outro ponto que desejo aclarar, para podermos entrar nessa fase de perspectivas, diz respeito à procura de soluções inéditas, às vezes, até, de outra política para o ensino. Deveríamos levar em consideração um ponto de vista educacional e um ponto de vista do serviço. Quanto ao aspecto educacional, acho que é fundamental reconhecer que a competência profissional existe como manifestação coletiva a respostas circunstanciais; assim, é fundamental que o processo de desenvolvimento e formação de recursos humanos se dê dentro deste contexto circunstancial, coisa que não ocorre. White demonstrou, com o quadrado e o cubo que todos vocês conhecem, como se distribui a utilização dos serviços. Não vou repetir a demonstração porque é longa, mas vou salientar o que me parece fundamental para essa integração. Em primeiro lugar, o tamanho da população abrangida. Se falarmos em integração, temos de nos referir a uma base populacional. Em segundo lugar, o grau de integração dos setores envolvidos nessa integração. Refiro-me, sobretudo, ao interior

da escola. É uma integração do departamento de pediatria com o centro de saúde materno-infantil, ou é uma verdadeira integração da escola como um todo, em uma comunidade à qual se dá cobertura total, primária, secundária e terciária? Em terceiro lugar, temos o regime de participação proporcional dentro dessa hierarquia de níveis de atenção. Estes seriam os três parâmetros para qualquer seguimento desse processo de integração docente-assistencial. Por outro lado, para que os projetos possam funcionar, o primeiro requisito é o planejamento conjunto: representantes do serviço e docência vão ter que se sentar juntos na mesa e planejar tanto a orientação dos serviços, quanto a revisão das normas. A docência implica na análise do perfil ocupacional e do perfil educacional, outro ponto ao qual não se fez, ontem, muita referência, e a base para possibilitar uma avaliação de desempenho fundamental neste contexto. O desenvolvimento de competências que se avaliam por desempenho terá que ser feito, necessariamente, num contexto integrado de serviço e docência. Obviamente, esse processo integrado nos leva à exigência de que as duas equipes trabalhem juntas (o ideal seria que houvesse só uma equipe). Ambas devem integrar-se taticamente em igualdade de condições, do contrário vai ser difícil se chegar a uma integração. Outra exigência corresponde à supervisão da parte profissional e à avaliação de desempenho.

Este ponto é, para mim, a forma de enquadrar todo este processo. Qual seria, então, a posição nossa, como organismo de cooperação técnica, integrado com KELLOGG e FEPAFEM, neste processo? Em primeiro lugar, haveria o apoio para a continuação dos projetos existentes. Este apoio será muito importante em áreas específicas, tanto em relação ao componente educativo, como ao componente de serviços e pesquisa. Admito, por exemplo, que talvez não se tenha analisado suficientemente o fato de que no componente educativo realmente se alcança um nível de integração com o serviço com a participação paralela do professor, do aluno e do médico no mesmo nível de trabalho. Isso vai implicar um sistema muito mais de auto-instrução, de desenvolvimento modernizado, que demanda certo tipo de experiência docente que nem todas as escolas do país têm. A mesma coisa se vê na pesquisa. Creio que esta é uma oportunidade excelente para uma integração entre grupos acadêmicos e grupos de ensino livre, que possam levar ao desenvolvimento do que se está chamando pesquisa do serviço de saúde. Finalmente, quanto à evolução de todo o processo, creio que estamos no momento de passar do micromodelo para o macromodelo; essa vai ser uma etapa difícil. Acho que alcançamos um desenvolvimento muito grande num período relativamente curto; eu esperava um processo mais longo de consolidação, mas é animador o que se ouviu aqui.

Desejo fazer uma referência adicional, um comentário sobre a reunião do próximo ano; é importante fazê-lo, porque vocês participaram desta decisão. Até ontem à tarde não se pensava nessa reunião; ela foi discutida no final da tarde, basicamente em função da satisfação pelo alcance da experiência que vocês demonstraram. Assim, espero que possamos seguir adiante com esse prognóstico.

*Mário M. Chaves*

Gostaria de fazer uma rápida síntese para o grupo sobre as perspectivas que se abrem, e como é que as estamos encarando em termos de conceitos de programação em forma articulada com as instituições. O apoio da fundação é basicamente em termos de colaboração econômica, mas existem vários programas.

Desejo em primeiro lugar comentar os relatórios, reforçando o que o José Roberto acaba de dizer. Foram sumamente práticos e concisos; enfim, é raro sair-se de uma reunião sem estar frustrado com os relatórios de grupos. Sempre acho que a qualidade dos relatórios depende da qualidade dos participantes; é a mesma coisa com o computador, não se pode tirar do computador o que não se pôs; a qualidade dos dados vai se refletir na qualidade do produto. O que preocupa é a operacionalização das sugestões feitas, seu impacto. O tema da reunião é Integração Docente-Assistencial, e, na realidade, integração voltada para o desenvolvimento dos serviços de atenção primária de saúde. Depois daquele dilema de ontem, qual seja o de saber se estamos correndo a corrida num mau cavalo e está na hora de mudar, acho que a conclusão que ficou é de que estamos caminhando, embora numa etapa ainda um pouco empírica do processo. A dimensão real do valor da integração docente-assistencial reside na nossa capacidade de passar da fase empírica para a fase científica. Baseado na experiência de grupos já existentes, alguns presentes aqui, outros não, porque a ABEM não pretendeu atingir a universalidade dos projetos brasileiros, eu queria enfatizar, em termos desta passagem da fase empírica para a fase científica, que nós vamos precisar de coerência em várias atuações, em vários níveis, para que se possa de fato avançar. Nos próximos anos vai se colocar a questão dos micromodelos, dos modelos de prática. Sentimos que, de toda essa filosofia de integração e de toda essa experiência, temos que centrar os esforços na avaliação do desempenho, tanto no ensino como no serviço, construindo algum padrão de aferição. Partindo de modelos de prática com base populacional, temos que introduzir um componente clínico-epidemiológico, em modelos que podem oferecer uma grande variedade de alternativas, mas que possam ser medidos por um instrumento comum orientado no sentido de uma análise custo-eficácia. Isso exige para os projetos um apoio no sentido de como esses modelos de prática podem ser desenhados, implementados e avaliados. Já passaríamos, então, do "assessment", como dizia o José Roberto, para uma avaliação. Esses micromodelos devem-se enquadrar num modelo macro, mas a idéia é a de que nenhum sistema regionalizado, nenhum sistema para grandes números, pode ser melhor que a unidade básica daquele sistema. Esta unidade básica pode ser medida de uma forma uniforme em termos de custo-eficácia, sejam quais forem as suas dimensões. Por exemplo: um ambulatório geral que dá 17 mil consultas por dia e atende a

uma população "x" pode ser reduzido a um custo total de operação em relação ao tamanho da clientela beneficiada. Porém, deveríamos buscar micromodelos que fossem a "menor unidade de prática auto-suficiente em nível de atenção primária", ou seja, em que houvesse a presença de um médico. Quanto mais complexa for essa equipe, maior será o seu custo; ela é, então, vantajosa à medida que aumentamos proporcionalmente a cobertura. Digo isto porque não podemos centrar na figura do médico o custo da atenção primária de saúde, quando se está pensando em equipe multiprofissional. O grande avanço, tanto na possibilidade de classificação de morbidade ambulatorial em que já existem padrões internacionais, como na possibilidade de sistemas mais econômicos de processamento de dados, permite-nos vislumbrar um desenvolvimento importante na América Latina da área de sistemas de informação adequados à avaliação de micromodelos em atenção primária. Este, aliás, é o conteúdo de uma das propostas que estamos agora estudando para um dos projetos brasileiros aqui representados; a idéia é que esta experiência possa ser reproduzida a um baixo custo operacional e com grande flexibilidade, permitindo sua aplicação em modelos alternativos, em projetos de características distintas. Seria desnecessário repetir a esta altura, como frisaram José Roberto e outros, que fossem modelos de tanto interesse, ou de mais interesse, para o sistema de saúde que para a escola médica; para o primeiro, interessa a experimentação de um modelo que pode ser reproduzido em grande escala; à segunda, interessa porque não há melhor instrumento para controlar a qualidade da assistência médica primária do que o conhecimento do que está acontecendo, de seus resultados. A idéia é que o modelo seja agregado em tantos módulos básicos, ou micromodelos, quanto necessários, de acordo com a população a ser atingida; trabalhar-se-ia, simultaneamente, com os níveis micro e macro, ou centrando no nível micro a idéia de modelo experimental e depois introduzindo no macromodelo os problemas de agregação de vários micromodelos. É toda uma área em que temos que usar a base epidemiológica e bio-estatística ao lado da base administrativa, tanto no micromodelo como no modelo macro. Espera-se muito dos projetos docente-assistenciais porque se vê que representam a única saída para o ensino médico e o único modo, eu diria, de conciliar os interesses científico-acadêmicos de um corpo docente de uma faculdade com os interesses sociais da sociedade civil e dos serviços (sem negar que os acadêmicos são parte dessa mesma sociedade civil).

Do ponto de vista do ensino, na graduação, o reflexo do modelo de prática é que vai definir o perfil educacional desejado e o perfil de desempenho ocupacional esperado dos médicos. Voltando à questão do internato, de um internato ampliado, é necessário transformar esse perfil educacional em habilidades desejadas, ou funções, ou o que seja, para que se possa identificar o que, no período de internato, é essencial para que seu produto possa atuar na prática. Na educação continuada vamos buscar coerência no desempenho desejado entre o grande volume de médicos na prática que precisam se atualizar e o produto das escolas. Necessitamos, agora, obviamente do que se falou on-



tem, ou seja, dos professores: algum núcleo de professores que, ao lado dos especialistas, possam servir de "modelos de identificação", possam estimular o aluno a procurar as áreas mais necessárias (Medicina Geral ou Clínica Geral). É preciso que os alunos encontrem também nas faculdades de Medicina os seus "modelos de identificação" e, ao mesmo tempo, possam participar do desenvolvimento científico-acadêmico de uma área da Medicina que nós podemos chamar de Clínica Geral. Daí a necessidade de alguns programas muito bons de Residência orientados para a formação de professores e pesquisadores.

A participação comunitária aqui comentada é, também, uma área importante a ser desenvolvida, porque, em última análise, para poder participar eficazmente das decisões de saúde, é preciso entender de saúde, é, também, preciso aplicar saúde, é preciso viver saudavelmente, é preciso que a pessoa seja o principal responsável pela saúde da sua família. Temos, então, de encontrar uma convergência entre uma idéia muito enfatizada de participação da comunidade nas decisões e a participação da comunidade naquilo que corresponde ao autocuidado, à atenção para a própria saúde (no caso das mães de família e chefes de família, na atenção para com filhos). É, portanto, uma área na qual tanto o serviço como a faculdade estariam interessados.

Finalmente, a área de investigações em serviços de saúde deveria estar quase que inserida na idéia dos micromodelos e modelos de prática, que seriam a célula básica em que seriam realizadas essas investigações em nível micro e também em nível macro. Na questão de referência ou resolução dos problemas a nível primário, devemos definir se estamos fazendo triagem ou estamos resolvendo os problemas de saúde. Estamos aumentando ou abaixando os custos do sistema — este é um ponto crucial.

De um modo ou de outro, as experiências dos projetos docente-assistenciais existentes e dos que vierem a ser criados, prestam-se a ir avançando, numa fase em que se exige coerência entre avanço pedagógico e avanço no sistema de saúde, com base em novas políticas de saúde, no plano do CONASP, e em decisões recentes de órgãos da educação.

Os relatórios da ABEM devem ser citados, bem como os da Comissão de Ensino Médico; são parte de uma série de documentos nacionais. Recentemente, o Dr. João Paulo Mendes consolidou, com rara felicidade, toda uma bibliografia nacional sobre o assunto, em termos de programas docente-assistenciais.

A busca de coerência que Pablo Pulido mencionou em nível internacional foi felizmente conseguida nos últimos meses, com um trabalho muito harmônico, muito entrosado com a FEPAFEM, a OPS e com a colaboração da fundação Kellogg. Agora precisamos, em nível nacional, partindo das idéias do Frederico e do Cícero, buscar um organismo de coordenação nacional que seja ágil, eficaz, e que de fato preste um apoio técnico às áreas necessárias. Esperamos que alguma coisa possa ser obtida através de um programa que a CAPES está propondo e que conta com a colaboração das associações de esco-

las da área de saúde\*. Precisaríamos de algo semelhante na área clínico-epidemiológica e na área administrativa. São necessários esforços da OPS e dos PROASAS e movimentos nas Faculdades de Saúde Pública. Esta reunião está trazendo um grande apoio no sentido de tornarmos coerente esta ação das escolas profissionais, das escolas de saúde pública e de administração. Finalmente, no plano operacional, municipal ou estadual, serão necessários consórcios ou redes de projetos articulados entre si. São vários os níveis de coordenação em que estamos pensando, e nos quais devem ser reforçados, melhorados e aprimorados os mecanismos interinstitucionais.

### *Pablo Pulido*

Meus agradecimentos por estar aqui, com meus colegas do Brasil, e poder expressar a satisfação de trocar idéias e ouvir as experiências brasileiras, canalizadas pela ABEM, no processo de integração docente-assistencial. Quando os ouço falar, parece-me que estou em meu país, ouvindo os mesmos problemas que temos na Venezuela. Parece-me, ainda, que ouço os mesmos problemas existentes no México. É um mesmo processo, com um denominador comum, pois as realidades são muito parecidas e, provavelmente, as soluções também serão semelhantes. Isto me chamou a atenção, e reforça a idéia de que a FEPAFEM deve estar presente através das associações nacionais. E a FEPAFEM vive uma etapa de ressurgimento, de sedimentação e, também, usando a palavra portuguesa, de coerência. A FEPAFEM tem 12 associações nacionais filiações e 9 Faculdades de Medicina, de países onde não existem associações — no Caribe, América Central, Paraguai, Uruguai, num total de 315 escolas filiadas. Mas, quantas há? Também não fizemos, na América, um inventário dessa outra grande bagagem, que é o estudante. Quantos estudantes de Medicina existem? No ano de 70, havia 151 escolas de Medicina; no ano de 80, dez anos depois, 210, abaixo do Rio Bravo; com as 127, ou 130, dos Estados Unidos, mais 20 no Canadá, temos um bloco muito importante de escolas médicas. No ano de 80, somente na América Latina, tínhamos 196 mil estudantes de Medicina. Eu lhes apresento isso porque, para a FEPAFEM, que tem uma obrigação continental, é importante o trabalho das associações nacionais, e, certamente, a ABEM é uma das mais fortes, se não a mais forte.

O que é realmente a FEPAFEM? Como disse Fernando Figueira, a FEPAFEM é um ente catalítico, uma enzima, e, como tal, tem que promover mudança. Creio que tem um programa coerente, que é buscar melhor organização, melhores métodos de trabalho, melhores procedimentos, e estabelecer sistemas de trabalho para fazer com que as instituições públicas e privadas se

\* PAPPS — Programa de Apoio Pedagógico às Profissões da Saúde

transformem. Aqui se pode chamar de INAMPS; no meu país, se chama Instituto Venezuelano de Seguro Social; no México, Instituto Mexicano de Seguro Social; mas, estamos falando de integração da saúde com instituições de seguro social, por um lado, como elemento de serviço; e estamos falando de outro bloco, que são as escolas de Medicina que, quase sempre, ficam à parte do problema. O México, no ano de 62, fez a primeira experiência, quando o Seguro Social, naquele momento, quis fazer a integração docente-assistencial, e não deu resultado. Esse foi o ano em que a FEPAFEM foi criada. Faz vinte anos, portanto, que se iniciou esse processo, que teve início, também, com a FEPAFEM. O esforço já começa a dar frutos. É, hoje, reúne-se aqui um grupo muito interessante, capaz de fazer um relatório histórico, analítico.

Que vamos fazer, e que está fazendo a FEPAFEM? Está apoiando, com o concurso da Fundação Kellogg, da OPS e de outras entidades, um processo mediante o qual vamos enfocar, em três anos, a integração docente-assistencial. Uma primeira área trata da avaliação — que vamos avaliar? As escolas de Medicina, os padrões mínimos requeridos pelas escolas de Medicina: planta física, professorado etc. No Brasil, talvez não tenham esse problema, mas, no Caribe, criam-se escolas de medicina em uma casa. E passa a existir uma nova escola de Medicina, que confere um título. No México, há o problema da Universidade de Guadalajara, onde um percentual elevado de estudantes é americano, em conflito com a situação mexicana. Em nível continental, há o problema de requisitos mínimos nas escolas médicas. Então, o primeiro objeto da avaliação é a escola. Junto à avaliação, o que começamos aqui, como este programa de integração docente-assistencial, para fazer este inventário com Marcos Kisil e o grupo com que está trabalhando, a quem felicito por este Seminário muito bom, que se deve tornar conhecido. Esse processo de esclarecer quem está trabalhando na integração docente-assistencial, quais as organizações comprometidas, que perspectivas têm, que programa vislumbram, é muito importante. Nesse programa, interessa o que poderíamos chamar de desempenho: em nível assistencial, em nível educativo, dos professores, da escola de Medicina, dos estudantes. Fundamentalmente, o perfil que terá o profissional médico é o que interessa à FEPAFEM. À FEPAFEM, o que interessa é a vertente da educação médica. A vertente do serviço também lhe interessa, porque não podemos deixar de lado a assistência. A terceira área de interesse diz respeito a estabelecer micromodelos — no plano das escolas, das regiões — depois, passar a macromodelos. Creio que isso é o importante. Assim, a avaliação, os desempenhos e os micromodelos interessam ao programa.

Por último, creio que seria preciso trabalhar com base em alguma carta, que podemos chamar de “Carta da ABEM”, na qual se resume a posição relativa à integração docente-assistencial, apadrinhada pela ABEM e por ela catalizada. Deve ser dirigida aos indivíduos e às instituições com poder de decisão, quer sejam públicas ou privadas. Esse deve ser o primeiro passo.

A OPS, a Fundação Kellogg e a FEPAFEM querem fazer uma reunião dentro de menos de um ano, em setembro de 1983. Uma reunião continental, de pessoas e instituições com poder de decisão, para estabelecer pautas, dentro de um plano de desenvolvimento de política de saúde, para levá-lo à prática. E aí está o papel catalítico da ABEM, pois essa reunião tem que ter a colaboração de todas as Associações, dos elementos interessados em educação e em serviços de saúde de cada país; do Banco Mundial, onde buscamos financiamento, do Banco Interamericano de Desenvolvimento, de fundações privadas que podem estar interessadas em saúde. Sempre pensando em algo que foi dito em reunião da ABEM: que não devemos trabalhar com programas postíços, que não tenham financiamento próprio, que não nasçam de cada país. E este é, portanto, o nosso programa.

## CARTA DA ABEM

Inconformados, por um lado, com a manifesta incapacidade de renovação do sistema universitário brasileiro e com o papel da escola médica, de mera fornecedora de mão-de-obra para satisfazer interesse do setor de saúde, mas, por outro lado, estimulados por perspectivas atuais, membros da reunião promovida pela Associação Brasileira de Educação Médica, nos dias 16 e 17 de dezembro último, resolveram redigir esta CARTA, endereçada aos Excelentíssimos Senhores Ministros da Educação e Cultura, da Saúde, da Previdência e Assistência Social e a dirigentes de instituições, públicas, ou privadas, direta, ou indiretamente, ligados aos setores da educação médica e da saúde.

Para os educadores em geral, as transformações sociais que vêm ocorrendo no País estão a exigir da Educação novas ações, não limitadas ao campo estritamente didático-pedagógico. Esta visão educacional abrangente contaminou também os educadores médicos, que já não mais aceitam objetivos educacionais restritos ao desempenho escolar capaz de conduzir à formação de um profissional tecnicamente competente. Não que se negue este propósito, mas que se o encare sob novo prisma. Não se trata de melhorar o ensino médico, mas de transformá-lo, a fim de que se possam alcançar metas mais amplas.

Nesse sentido, o objetivo final da educação médica transcende a escola. Situa-se ele no setor social, devendo ser definido em termos da melhoria das condições de saúde e bem-estar da coletividade.

A luz de tal objetivo, passa-se a indagar a que serve a educação médica, o que se entende por qualificação do médico e como se define seu perfil profissional.

Como decorrência lógica dessas postulações, compreendem os educadores que não se pode transformar o setor educacional sem modificações de igual vulto no setor de saúde. Estas vertentes se encontram, inevitavelmente, na proposta de integração docente-assistencial que vem recebendo apoio de várias instituições, particularmente do Ministério da Educação e Cultura e do Conselho Federal de Educação. O novo plano de assistência médica da Previ-

dência Social, considerado como a primeira mudança substancial do setor de saúde, veio também ao encontro da citada proposta.

Na certeza de que modificações de tal magnitude têm de partir de decisões políticas a nível ministerial, reivindicam-se as seguintes ações governamentais, capazes de renovar a escola médica brasileira:

1. absorção do Programa de Integração Docente-Assistencial, editado pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura, pelo sistema formador de médicos, como parte integrante das ações educativas e de saúde desenvolvidas pelos Ministérios da Educação e Cultura, da Saúde, da Previdência e Assistência Social e pelas Secretarias de Saúde;

2. implementação do modelo de assistência médica aprovado pelo CONASP, de modo a facilitar a incorporação das atividades docentes e de pesquisa, atualmente sob a responsabilidade exclusiva das escolas médicas, ou do setor de saúde;

3. apoio à instalação de macromodelos experimentais de integração entre serviços e docência em áreas representativas do País, onde a Previdência Social for implantando seu novo modelo de serviços;

4. constituição de unidades operativas (Distritos Docente-Assistenciais), nessas áreas, como substratos físico-funcionais desses macromodelos, com a participação de todos os órgãos federais, estaduais e municipais de saúde, instituições beneficentes e da comunidade;

5. criação de instrumentos legais (que não somente convênios inter-órgãos, muitas vezes inoperantes), com vistas a conferir autonomia administrativa e financeira a cada Distrito Docente-Assistencial;

6. aceitação da Associação Brasileira de Educação Médica como entidade interlocutora entre a comunidade acadêmica e os órgãos governamentais, capaz de conduzir o diálogo de forma construtiva, na direção das metas desejadas.

## RELAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Alice Reis Rosa, *ABEM*  
Antero Coelho Neto, *Fundação W. K. Kellogg*  
Azarias de Andrade, *EPM*  
Bernard Coutellec, *PROAHSA*  
Cícero Adolpho da Silva, *MEC*  
Clementino Fraga Filho, *ABEM*  
Diana Maul de Carvalho, *UERJ*  
Eda Coutinho Barbosa, *CAPES*  
Edinete Britto Cardoso, *PROAHSA*  
Edison José Corrêa, *UFMG*  
Edson Keiji Yamamoto, *Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo*  
Eduardo Luiz Andrade Mota, *UFBA*  
Ernesto de Pinho Pessôa, *UFCE*  
Ester Souza Santos, *PROAHSA*  
Fabiola de Aguiar Nunes, *SESu/MEC*  
Fernando Figueira, *ABEM*  
Francisco Eduardo Campos, *UFMG*  
Frederico Simões Barbosa, *SESu/MEC*  
Gilson Caleman, *Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*  
Guilherme Montenegro Abath, *UFPE*  
Hélio de Oliveira Santos, *PUCCAMP*  
Henri Eugène Jouval Junior, *INAMPS*  
Horácio Kneese de Mello, *CFE*  
Hugo Tomassini, *INAMPS*  
Jarbas Leite Nogueira, *Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*  
João José Marins, *UFF*  
— José Roberto Ferreira, *OPS*  
José da Silva Guedes, *Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*  
Katsumi Osiro, *EPM*  
Lia Fanuk, *MS*  
Lourdes de Freitas Carvalho, *USP*  
Luiz Alberto da Silva, *FAISA*  
Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva, *UFF*  
Luiz Fernando Nicz, *PROAHSA*  
Luiz Flávio Figueiredo de Lima, *Fundação Educacional do Estado do Pará*  
Magid Iunes, *EPM*  
Magnólia Gripp Bastos, *UERJ*  
Marcos Kisil, *USP, Assessor do PROAIDA*  
Maria Aparecida Zacchi, *FAISA*  
Mário M. Chaves, *Fundação W. K. Kellogg*  
Mayer Snitcovsky, *EPM*  
Nelice Moura, *EPM*  
Nelly Martins Candeias, *USP*  
Nelson Ibañez, *Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*  
Oscar Araujo Filho, *Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*  
Pablo Pulido, *FEPAFEM*  
Ramón Florenzano Urzua, *Universidade do Chile*  
Renato Alves Moretto, *Faculdade de Medicina de Campos*  
Roberto Moreira Nunes da Silva, *Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco*  
Roberto Firaíno, *FUEL*  
Ruy Laurenti, *USP*  
Solange Fernandes de Souza, *UERJ*  
Yaro Ribeiro Gandra, *USP*

## ANEXOS

PLAN DE TRABAJO CONJUNTO  
OPS/W. K. KELLOGG/FEPAFEM  
1982—1983

Inmediatamente después del Seminario Educación Médica y Servicios de Salud'82, se realizó también en Caracas la Conferencia Panamericana sobre POLÍTICAS DE INVESTIGACION EN SALUD, auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud con la colaboración del Gobierno Venezolano.

Este evento convocó a dirigentes de agencias gubernamentales, no gubernamentales y filantrópicas y a los investigadores del área. Aprovechando esta oportunidad, la Dirección Ejecutiva de FEPAFEM entró en contacto con líderes de las distintas instituciones, centrandó su atención en los representantes de la OPS y de la Fundación W. K. Kellogg, quienes habían asistido al Seminario de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Se hicieron otros contactos en especial con representantes de otras fundaciones, entre ellas la Rockefeller.

Con motivo de estas conversaciones preliminares se decidió hacer dos reuniones de trabajo conjunto FEPAFEM/OPS/W. K. KELLOGG en Río de Janeiro el 3 de junio y en Washington el 28 y 29 de junio de este año con la finalidad de discutir las bases de un plan de trabajo interinstitucional a corto y mediano plazo, cuyas bases serían tentativamente.

*Introducción*

La Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM), en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y la Fundación W. K. Kellogg (Kellogg), se propone realizar un análisis de experiencias innovadoras en educación médica que han enfocado en los últimos años el desarrollo del *proceso educativo en estrecha coordinación con los servicios de salud* en proyectos orientados a *medicina comunitaria, medicina familiar y atención primaria de la salud*.

Se espera obtener de esta investigación nuevos conocimientos que permitan orientar el desarrollo futuro de la *educación médica*, con *nuevos enfoques* y técnicas para el adiestramiento y utilización de personal médico y así mismo, introducir metodologías integradas de evaluación del proceso educa-

tivo y de prestación de servicios, que puedan servir de base para delimitar las competencias profesionales.

En términos más específicos se trata de correlacionar los logros educativos y asistenciales de los programas indicados con los parámetros de calidad que constituyen requisitos mínimos para el desarrollo de la formación de médicos, tomando como instrumento el análisis de desempeño que se espera y/o se llega a lograr de parte de los egresados.

Concretamente, se pretende, también, que esta evaluación de actividades innovadoras iniciadas en la década del 70, pueda servir de base para la formulación de un programa de trabajo a ser puesto en marcha en forma coordinada por las mismas instituciones.

### *Antecedentes*

En este último decenio, se han desarrollado en América Latina un gran número de experiencias innovadoras, tanto en el campo de nuevos modelos de prestación de servicios de salud, como en la aplicación de nuevos modelos educacionales para la enseñanza de los profesionales de la salud, especialmente de los médicos. A pesar de que estas experiencias han sido numerosas y de que ofrecen posibilidades para efectuar cambios reales en el sector salud, no han sufrido, hasta el momento, un análisis acucioso o una evaluación que permita conocer sus aciertos y errores, y en consecuencia, exponer sus potencialidades para diseminarlas fuera del ámbito en donde se originaron.

Entre las experiencias innovadoras que surgieron en América Latina en el último decenio, podemos citar:

1. Los esfuerzos realizados en el área de educación médica por la FEPAFEM, a través de los programas de medicina comunitaria y de medicina familiar. A estos se suman los crecientes esfuerzos en términos de capacitación de personal docente, investigación de nuevas técnicas educativas, establecimiento de requisitos mínimos para las escuelas de medicina, en forma conjunta con la OPS.

2. Con la declaración de Alma Ata, la OPS/OMS encontró la racionalidad necesaria para los innumerables programas, que de manera aislada ayudó a implantar en Latinoamérica. Así, SPT/2000, pasó a exigir que las estrategias fuesen articuladas, probadas y diseminadas para lograr dicha meta. Como consecuencia, la reorganización de los servicios nacionales de salud, incorporando, por ejemplo, ideas de atención primaria, regionalización y jerarquización de los servicios, pasa a ser una constante, generando la reformulación necesaria de los programas de capacitación de los recursos humanos, en especial de los médicos, para adecuarla a las nuevas necesidades. Entre otros, podemos citar los siguientes esfuerzos realizados por la OPS.

↳ Creación de centros de tecnología educativa para la salud (CLATES y CEUTES)

↳ PLADES, con la formación de una red de NIDES  
↳ PROASAS, apoyo a los programas de administración de salud  
↳ Salud familiar, con la implantación de programas materno-infantiles en varios países de América Latina.

3. Esfuerzos de la Fundación Kellogg apoyando financieramente gran parte de las iniciativas antes mencionadas y promoviendo ideas tales como:

↳ El necesario apoyo tecnológico educativo para esos proyectos a través del CLATES y de los NIDES, y colaboración a proyectos específicos en el área de la enseñanza médica.

↳ El necesario apoyo gerencial, mediante la creación de una red de PROASAS (programas avanzados en administración de salud) que tienen como objeto de acción, no sólo el mejoramiento administrativo de los actuales servicios de salud, sino también como coparticipante en la gestión de nuevas formas organizacionales que permitan la consolidación y diseminación de los modelos docente-asistenciales contemplados en los proyectos innovadores.

↳ El incentivo a los proyectos de IDA (Integración Docente-Asistencial). Varios de los proyectos descritos, adoptaron como estrategia la IDA, con la intención de posibilitar, por un lado, a los servicios la relación necesaria con la universidad y, en consecuencia, con el conocimiento que socialmente se dispone y, por otro lado, posibilitando a la universidad el participar de una práctica que se desarrolle más de acuerdo con las necesidades y posibilidades sociales de la comunidad.

4. Otros esfuerzos de Asociaciones Nacionales o Facultades de Medicina individualmente consideradas.

Todas las experiencias anteriores representan un conocimiento acumulado que se presenta bajo la forma de un mosaico entre diferentes países y realidades, a pesar de que todos, en mayor o menor grado, estén comprometidos con las ideas provenientes de la atención primaria, la integración docente-asistencial y la medicina familiar.

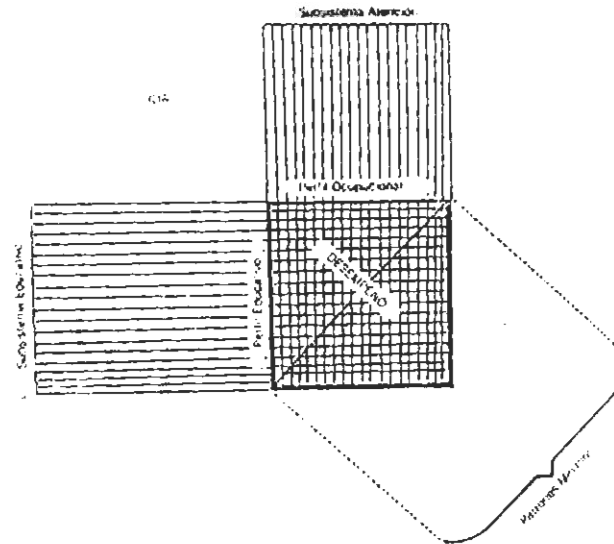
### *La Estrategia de Integración Docente-Asistencial*

El subsistema de servicios de salud ha recibido, a lo largo de los últimos años, una gran atención de contenido racionalizador. Nuevos modelos de financiamiento fueron propuestos e introducidos en varios países de la región. Los Gobiernos vienen adoptando dispositivos legales, que permitirán la constitución de Sistemas Nacionales de Salud. El proceso gerencial de los servicios pasó a recibir más atención con la aplicación de técnicas administrativas orientadas al logro de mayor eficiencia, eficacia y rentabilidad para el sector.

El subsistema educativo (Escuela Médica), estimulado por condiciones desfavorables (plétora de estudiantes e insuficiente red hospitalaria) y, aún por grupos innovadores que proponen un adiestramiento en ámbito más an-

plio que el solamente hospitalario, ha tratado de acercarse más al subsistema de servicio, y, obviamente, al hacerlo se enfrenta con la necesidad de reajustes programáticos y metodológicos, y así mismo, aspectos de naturaleza organizativa y estructural.

La estrategia de IDA es en sí un factor importante a ser analizado. Grados diferentes de articulación — como coordinación, cooperación, integración, etc. — resultan en diferentes divisiones de poder entre las instituciones participantes. Dificultades operativas se presentan en esta nueva división del poder y, como consecuencia, serios problemas de orden gerencial pueden ocurrir en la interrelación entre las instituciones involucradas e incluso en el financiamiento de las acciones conjuntas.



Es igualmente importante considerar en esta estrategia la pérdida de individualidad de los problemas tanto de educación como de servicio y la frecuente yuxtaposición de acciones sea de carácter educativo o asistencial. De hecho el grado máximo de articulación en el cual se aprende — haciendo (o dando asistencia) y se haga (atención) — aprendiendo, tiene como denominador común a los dos subsistemas el elemento “desempeño”. Este desempeño, se constituye con el contenido de ambos, los perfiles educativos y ocupacional, en un determinado contexto.

### Características del Estudio Propuesto

El estudio que se propone tratará de identificar los proyectos que serán analizados y revisar la literatura disponible al respecto.

Se elaborará un modelo de análisis que tomará en consideración la estructura orgánica del componente educativo y del de servicios, la disponibilidad y características de los recursos utilizados por ambos sectores y la tecnología empleada.

Igualmente, se hará un estudio comparativo de los perfiles educativos y ocupacionales, tomando como indicador el desempeño observado.

El análisis así realizado será revisado a nivel subregional en 3 reuniones, en Brasil, Colombia y México, que contarán con la participación de coordinadores de los proyectos en estudio.

### Producto Final

Finalmente, a nivel central, las instituciones patrocinadoras, FEPAFEM, OPS y KELLOGG, se reunirán para la formulación de un plan de actividades tomando en consideración las conclusiones del estudio realizado.

De antemano, se pueden señalar algunas características básicas de este producto final, que estaría orientado a la promoción y refuerzo de la aplicación de la estrategia de integración docente-asistencial, ajustada a distintos planteamientos programáticos que pueden incluir, el desarrollo de medicina general, familiar y/o comunitaria.

En todo caso, el enfoque de estos programas deberá estar orientado a dar énfasis a un adiestramiento en función de la atención primaria de la salud, y estará basado en una serie de actividades de apoyo, relacionadas al desarrollo de tecnologías apropiadas, tanto de naturaleza educativa como de servicios, al desarrollo de metodologías de evaluación basado en perfiles educativo-ocupacionales y análisis de desempeño, y el desarrollo de criterios para el perfeccionamiento permanente de la formación de médicos.

### Objetivos Específicos

- Identificar y caracterizar los principales proyectos innovadores referentes a la educación médica en América Latina y el Caribe y que usen un enfoque que contemple Integración Docente-Asistencial, Medicina Familiar, Medicina Comunitaria y Atención Primaria.
- Adoptar y aplicar un modelo analítico de proyectos seleccionados como “estudios de casos”.
- Crear oportunidades para el intercambio de experiencias entre los dis-

tintos proyectos y que resulten en la identificación de conflictos, coherencias y estrategias que expliquen el éxito o fracaso de un programa.

- Crear Banco de datos sobre los proyectos innovadores.

#### *Preguntas a ser respondidas por el estudio*

?Cuáles son los proyectos innovadores en enseñanza médica que se desarrollaron a partir de 1970, y que han utilizado la estrategia IDA?

?Qué características presentan estos proyectos?

?Cuáles son los factores intervinientes en el desarrollo de esos proyectos?

?Cuáles son los principales productos y efectos que resultaron de esos proyectos?

?Cómo los responsables por los proyectos valorizan la importancia de esos proyectos para el cambio y mejoría del sector salud en América Latina?

#### *Metodología*

Para la realización de ese estudio se ha decidido utilizar las siguientes metodologías:

1. *Análisis de datos existentes.* (fuentes secundarias).

Datos relativos a los proyectos y sus contextos, que serán compilados de agencias internacionales y nacionales, y de los propios proyectos.

2. *Observación en Campo de los Proyectos en Operación*

Serán realizadas visitas a los proyectos identificados y a través de la utilización de una guía de observación serán editadas informaciones sobre la operacionalización de los proyectos. Esas observaciones deben permitir la preparación de *estudios de caso*.

3. *Evaluación empírica de los proyectos*

Será realizada a través de discusiones técnicas con los representantes de los proyectos en seminarios subregionales en México, Colombia y Brasil.

El estudio bajo la responsabilidad y dirección formal del Director Ejecutivo de FEPAFEM, estará coordinado por el Director de Programas de FEPAFEM. Deberá ser contratado un consultor-investigador, que trabajará de manera armónica con el Director de Programas, y que conjuntamente, responderán por la ejecución de las actividades relativas a la presente proposición. Para las actividades nacionales deberán ser contratados consultores temporales para realizar actividades específicas de acuerdo con la programación del estudio.

#### *1. Revisión de la literatura*

La literatura a ser recolectada se refiere a la IDA, MF, MC, AP, con especial énfasis en el material publicado a partir de 1970 y referente a América

Latina. La investigación bibliográfica se hará a través de BIREME y de contactos que se mantengan con los proyectos, especialmente en lo que se refiere al material de distribución reducida o mimeografiada. Estas actividades generarán dos productos:

- Guía bibliográfica.

- "Memorias" de los proyectos, especialmente en cuanto al material de circulación limitada o mimeografiada.

#### *2. Identificación y clasificación de los Proyectos*

A través de los archivos de KELLOGG, OPS, FEPAFEM y otras fuentes, se levantará la información sobre los proyectos innovadores en América Latina y que representarán el universo del estudio. Como producto deberá generarse:

- Un directorio de Proyectos.

#### *3. Análisis retrospectivo de los Proyectos*

Basado en (1) y (2) se deberá hacer un primer análisis de los Proyectos que se orientará a la preparación de una guía de observación y de los proyectos que serán visitados en las fases siguientes, como parte del proceso.

#### *4. Revisión de la experiencia de los países escogidos*

Debido al hecho de poseer la mayor proporción (2/3) de los proyectos ya identificados, Brasil, México y Colombia fueron seleccionados para que se realizara una revisión de sus proyectos. Para esta revisión se utilizará un Taller o Seminario Nacional, donde los documentos de trabajo, previamente elaborados por "personas claves" de los proyectos, servirán de base para una amplia discusión sobre los problemas y soluciones encontrados en cada proyecto. Como resultado se espera que se establezca un consenso sobre las razones del éxito o fracaso de los referidos proyectos. Esta actividad incluye los siguientes productos:

- Documentos de trabajo, especialmente preparados por consultores nacionales. Se deberán analizar "las cuestiones descriptivas, explicativas y prescriptivas"

- Seminarios (3), eventos donde serán tratados los temas emergentes de las actividades anteriores y que deberán propiciar, a nivel nacional, respuestas a las cuestiones formuladas.

- Informes consolidados de cada Seminario.



### 5. Revisión de experiencias de otros países de América Latina

La experiencia de otros países que no son Brasil, Colombia y México será analizada a través de dos mecanismos:

- A través de visitas a esos países por miembros del grupo investigador, que aplicarán una guía de observación a los referidos proyectos.
- A través de participaciones de observadores de esos países en los Seminarios Nacionales.

Como productos de esta actividad deberán resultar:

- Documentos de síntesis sobre las diferentes experiencias de los países.

### 6. Revisión de proyectos-soporte a los proyectos innovadores

Especialmente los proyectos de Tecnología Educativa (CLATES) y Administración (PROASA). Como producto resultará:

- Documentos de síntesis sobre las experiencias de esos proyectos-soporte.

### 7. Consolidación de la información y análisis

La información proveniente de las actividades anteriores, una vez consolidada, será utilizada en un Seminario Final. En este Seminario, destinado a los Consultores participantes en las diferentes fases del estudio, deberán ser presentados los principales hallazgos, que analizados, deberán resultar en sugerencias específicas en cuanto al futuro de los proyectos innovadores. Como producto de esta actividad tendremos:

- Un Seminario Final en el cual participarán los Secretarios Ejecutivos de las Asociaciones Nacionales y Decanos de las Facultades Afiliadas.
- Un informe de FEPAFEM e PAHEF.

La presencia de las asociaciones nacionales de Educación Médica en la preparación y realización de los seminarios de Brasil (ABEM), Colombia (ASCOFAME) y México (AMFEM).

Consultor-investigador:

- revisión bibliográfica y preparación de la guía bibliográfica.
- revisión de los informes de los proyectos y preparación del Directorio.
- realizar las observaciones de campo de los proyectos.

NOTA:

Cada visita de Campo deberá ser realizada conjuntamente con un representante de la Asociación nacional respectiva, así es que para los proyectos de:

- México, Centro-América y Caribe, con el representante de AMFEM.
- Colombia, Venezuela y Bolivia con el representante de ASCOFAME.
- Brasil, con el representante de ABEM.

El proyecto será analizado con relación a:

1. *Productos*: De acuerdo con el cronograma propuesto, deberán ser producidas actividades intermediarias que son "inputs" para las actividades siguientes. Cada actividad resulta en uno o más productos. La consolidación de cada producto será un indicador evaluativo para la fase siguiente del proyecto.

2. *Efectos*: Cada actividad y cada producto deberá provocar efectos variados, analizados a través del indicador propio. Así para:

◦ Guía bibliográfica y Directorio: Serán distribuidas por todas las Facultades de Medicina, Salud Pública, Departamentos de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud. La realización de este esfuerzo será indicativo de efecto.

◦ "Memoria": Deberá ofrecer un número de consultas en un determinado período de tiempo.

◦ Documentos de Trabajo, Seminarios e Informes: sufrirán evaluación opinativa de los participantes.

Evidentemente ocurrirán efectos fuera del período de estudio. Por ejemplo la aceptación de las sugerencias apuntadas y los cambios de políticas de las agencias interesadas en el tema deberán ocurrir fuera del plazo de este proyecto. Esos efectos deberán ser objeto de evaluación futura.

El presente estudio tiene su importancia y valor determinados por los resultados y efectos que deberá producir así:

◦ La revisión bibliográfica, el directorio de proyectos y la consiguiente formación de acervo sobre AP, IDA, MC y MF, y que constituirán el Banco de Datos sobre esos temas, representarán una contribución significativa para preservar y promover las experiencias latinoamericanas.

◦ El análisis de las experiencias innovadoras contribuirá de manera efectiva para orientar futuras decisiones sobre los temas en epígrafe.

En cuanto a la aplicación de los resultados de este análisis, los principales beneficiarios serán:

a) FEPAFEM que tendrá un valioso y básico ingrediente para orientar sus futuros programas.

b) Las Asociaciones Nacionales de Escuelas Médicas, que tendrán materiales para reorientar sus políticas.

c) Los países de la región, que podrán reorientar sus políticas nacionales de acuerdo con las sugerencias del estudio.

d) Organismos Internacionales (Gubernamentales, no gubernamentales, filantrópicos) que podrán beneficiarse de las sugerencias originadas en el estudio.

## EXPERIÊNCIAS DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL INCLUÍDAS NO PROAIDA

1. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRADA DE SAÚDE  
Faculdade de Medicina de Campos – Secretaria do Estado da Saúde do Rio de Janeiro – Associação dos Plantadores de Cana.
2. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA NO MUNICÍPIO DE EMBU  
Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina – Prefeitura Municipal do Embu – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.
3. PROGRAMA DE MEDICINA COMUNITÁRIA  
Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Júlio Mesquita Filho – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.
4. PROGRAMA COMUNITÁRIO DE ATENÇÃO FAMILIAR  
Departamento de Medicina Geral e Saúde Comunitária da Prefeitura Municipal de Londrina – Fundação Universitária Estadual de Londrina.
5. PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL COM ÊNFASE NA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL  
Fundação de Amparo à Infância de Santo André – Prefeitura Municipal de Santo André – Faculdade de Medicina do ABC.
6. PROJETO DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL COM ÊNFASE EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL E CUIDADOS PRIMÁRIOS  
Secretaria de Saúde do Estado/Organização de Saúde do Estado de Goiás – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – Prefeitura Municipal de Porto Nacional – Prefeitura Municipal de Goiânia.
7. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU, RJ, COM ÊNFASE NO TREINAMENTO DE PESSOAL MÉDICO  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Secretaria do Estado da Saúde do Rio de Janeiro.
8. PROGRAMA INTEGRADO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – Unidade de Saúde de Planaltina Centro de Desenvolvimento Social.
9. PROJETO COTIA  
Associação Hospital de Cotia – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa – Faculdade de Saúde Pública da USP.
10. PROGRAMA DE SAÚDE DA COMUNIDADE  
Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – Prefeitura Municipal de Paulínia.
11. PROGRAMA INTEGRADO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL  
Centros de Ciências Médicas e de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal Fluminense – Secretaria de Saúde do Estado – Prefeitura Municipal de Niterói – INAMPS.
12. PROGRAMA DE FORMAÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
Universidade Federal de Minas Gerais – Secretaria de Saúde do Estado – Prefeituras Municipais.
13. PROGRAMA DE MELHORIA DO ENSINO MÉDICO PELA UTILIZAÇÃO DE UNIDADES DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE  
Fundação de Ensino Superior de Pernambuco/Faculdade de Ciências Médicas – Fundação Amaury de Medeiros/Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.
14. PROJETO VITÓRIA  
Universidade Federal de Pernambuco – Secretaria de Saúde de Pernambuco – Prefeituras dos Municípios de Vitória de Santo Antão, Pombos e Chã Grande.
15. PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS BÁSICOS DE SAÚDE  
Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina – Universidade Federal da Bahia – Secretaria de Saúde do Estado – INAMPS.

16. PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL COM ÊNFASE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

Secretaria de Saúde do Estado do Pará – Universidade Federal do Pará  
– Fundação Educacional do Pará.

17. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL/PROGRAMA COMUNITÁRIO DE SAÚDE FAMILIAR

Universidade Federal do Ceará – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza – Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

## AS UTOPIAS DA EDUCAÇÃO MÉDICA\*

Toda revolução autêntica é precedida por um pensamento utópico. As utopias estiveram presentes na revolução francesa, como na revolução marxista, para citar apenas as que mais influência tiveram no mundo ocidental moderno. A própria ideologia liberal pode ser utópica, quando pretende mudar a realidade.

Em outras palavras: “O que não é, mas que se deseja que possa vir a ser, caracteriza a utopia”. Há, assim, diversas formas de utopia.

Atrás da imaginação utópica, para que ela seja legítima, existe sempre uma força criadora de extraordinário poder. Mas é evidente que a utopia é contraditória por natureza, desde que se opõe à realidade que pretende mudar. É essencialmente transformadora, e só assim pode ser entendida. Entrando em conflito com a realidade, ela questiona – e questionando o faz em base dialética – aceitando que... “o desenvolvimento das coisas e dos fenômenos é provocado pelas suas contradições internas” e que... “a interdependência e a luta dos aspectos contraditórios que lhes são próprios determinam a sua vida e animam o seu desenvolvimento”.

É evidente que os participantes da reunião sobre Integração Docente-Assistencial, de iniciativa da ABEM, acontecida nos dias 16 e 17 de dezembro último, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, não estavam ali para discutir a educação médica sob o prisma de utopias messiânicas, visionárias, ou anacrônicas. Ali estavam porque acreditavam que a imaginação utópica não é um meio de fuga face à cruel realidade. Tampouco ali estavam empenhados em disputas diletantes ou acadêmicas. Ali estavam, sim, porque acreditavam que a utopia é a única força capaz de transformar a imaginação em algo de concreto. Ali estavam os que acreditam na transformação da educação médica, compreendendo que os deveres da universidade para com a sociedade, da qual faz parte, exige outra visão da educação. O objetivo finalístico da educação médica passa a ser definido em termos de seus compromissos com a comunidade, visando, em consequência, a melhoria de seus níveis de saúde e bem-estar.

\* BARBOSA, Frederico Simões – As utopias da educação médica (editorial). *Rev. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, 7(1): 7-8, 1983.

Concordaram os participantes, presentes à reunião, em vários e importantes pontos. Debateram-se aspectos político-institucionais, organizacionais e operacionais. A experiência dos dois últimos decênios foi analisada, tendo sido o modelo instituído na Universidade de Brasília, em 1966, considerado como o primeiro e decisivo marco referencial de integração entre docência e serviços no país.

Instituições como a Fundação Kellogg, a FEPAFEM, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Associação Brasileira de Educação Médica contribuíram de modo significativo para o desenvolvimento de projetos de integração docente-assistencial. A validade desses projetos, como de micromodelos, foi discutida, concordando-se com a sua importância no processo de desenvolvimento da integração docente-assistencial, particularmente no melhoramento do conhecimento, no reforço de ordem conceitual, no desenvolvimento de *know-how* apropriado e no treinamento de pessoal. Entretanto, esses micromodelos foram incapazes de influir substancialmente nas pretendidas mudanças na educação médica e nos serviços.

Salientaram ainda os participantes a importância de leis, portarias, documentos e pareceres produzidos por órgãos governamentais (MS, MPAS, MEC) em apoio ao desenvolvimento de programas integrados docência/serviços, mencionando-se em particular os opúsculos “Integração Docente-Assistencial” e “Relatório do Grupo Interministerial de Recursos Humanos”, editados pela SESu/MEC, em 1981, e o recente Parecer emitido sobre o assunto pelo Conselho Federal de Educação.

Outro aspecto de extrema importância, com o qual concordaram os participantes, foi o de que as mudanças qualitativas da educação médica (de modo mais abrangente, das ciências da saúde) não poderiam ser realizadas sem mudanças equivalentes no setor de saúde. Por este motivo rejubilaram-se, saudando e se congratulando com o Presidente do INAMPS e seus colaboradores, pela adoção do novo plano de saúde da Previdência, que vem se constituir o primeiro passo efetivo de mudança na atenção à saúde no país.

Por todos esses motivos concordaram os participantes que somente através de novos modelos educacionais da universidade brasileira, montados sobre a nova realidade a ser criada com a implantação do modelo previdenciário (CONASP), aliada a uma efetiva, concreta e democrática forma de participação comunitária, poderemos chegar a formalizar a utopia da educação médica que, uma vez institucionalizada, propiciará o desenvolvimento de novas utopias em permanente processo de renovação e mudança.

As discussões, mantidas no mais elevado nível de cordialidade, fizeram dessa reunião um marco decisivo da educação médica no país. Os micromodelos de integração docente-assistencial devem ser transformados em macromodelos, envolvendo, de um lado, o setor de formação de recursos humanos e, de outro, o setor de saúde em todos os seus níveis. Assim, seria constituídos, através de instrumentos legais a definir, programas extensos de integração serviços/docência.

Os que estavam na reunião — muitos com relevante folha de serviços na luta constante e de muitos anos — ali estavam porque acreditavam na necessidade de uma mudança estrutural da educação médica e do sistema de prestação de serviços de saúde em função das demandas sociais de nossa época.

Os que acreditam nas utopias sabem que elas são realizáveis, porque têm compromisso com o tempo, são utópicas, estão presentes. Embora temporalmente defasadas, têm objetivos e metas, procuram o futuro partindo do presente, sem negar o passado. Não importam os descaminhos, os retrocessos, as distopias. As utopias continuam a marcar os caminhos da imaginação criadora. Elas estão seguras do amanhã, porque rompendo com as utopias do presente, projetam-se para o futuro, distinguindo-se, assim, das ideologias.

Embora a hegemonia dos serviços, no sistema integrado, seja reconhecida, cabe aos órgãos formadores de recursos humanos papel muito particular e relevante. Enquanto os serviços representam a realidade concreta à qual se deve ajustar o modelo educacional, cabe à universidade o exercício permanente das utopias transformadoras. De fato, (...) “a tradição deve ser ensinada, não para ser reproduzida, mas para ser transformada”.

## PARA UMA INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL COERENTE\*

A reunião realizada em São Paulo, sob o patrocínio da ABEM e com vistas ao estudo das experiências de integração docente-assistencial, resultou em acontecimento de extraordinária eficiência e em intercâmbio de opiniões de grande importância para orientar os trabalhos em curso na FEPAFEM. Isto se reveste do maior valor, porque a filosofia de trabalho da FEPAFEM está dirigida para o aperfeiçoamento da educação médica em função dos objetivos dos serviços de saúde.

A doença tem sido concebida pelo setor acadêmico, em geral, como meio para a produção de conhecimentos, e, pelo setor assistencial, como fim, já que sua atenção e solução decorrem de exigências sociais. São necessárias relações coerentes entre os dois setores, que permitam interligação entre a equipe formadora de recursos humanos e o setor que utiliza os serviços.

À tradicional dicotomia entre os setores mencionados, acresce o fato de o ensino médico na Ibero-américa inspirar-se fortemente em fontes anglo-saxônicas, em que prevalece um sistema de relação de oferta-demanda privada, do que resulta incongruência, e até certa incompatibilidade, quando se aplica tal modelo educacional a um sistema assistencial público, que chega a incluir até 90% da população.

Quanto à integração docente-assistencial, deve dizer-se que distintas instituições governamentais, não governamentais, filantrópicas, assim como diferentes líderes, tanto na área acadêmica, como na assistencial, têm propiciado o estudo e desenvolvido modelos, mediante os quais podem vincular-se de maneira efetiva seus componentes. Metas comuns são o bem-estar dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Programas neste sentido são inspirados em conceitos de Medicina Geral/Familiar ou Comunitária, desenvolvidos em diferentes regiões da América Latina sob a forma de estudos formais de graduação e pós-graduação e, eventualmente, de educação continuada. Sem dúvida, até o momento, é de lamentar-se que tais propósitos tenham encontrado sérias dificuldades. Sua coordenação tem-se deparado com inconvenientes de natureza diversa, como, por exemplo: legais e gerenciais; administrativos e fi-

nanceiros; políticos e técnicos, e, ainda, de ordem pessoal, tal como foi discutido francamente na aludida reunião, nos dias 17 e 18 de dezembro de 1982. A controvérsia de conceitos e práticas se resume numa palavra: *incoerência*; e, também, em um protesto ao exigir que, não obstante seguir investindo no chamado hospital especializado, o qual absorve uma porcentagem muito mais importante dos recursos destinados à saúde, seja dada a precedência que requer a assistência primária. Na decorrência da falta de continuidade gerencial nos projetos e sistemas ou modelos, seguem-se o término dos financiamentos, a carência de decisões comprometedoras e de convênios, para fazer com que as diversas instituições que prestam serviços de saúde cumpram as normas emanadas da experiência em educação médica. Esta, dentro da tendência de vincular-se com os serviços de saúde, deve desenvolver-se conforme esquema que dê respostas concretas aos desafios operativos e estratégicos, bem adaptadas ao meio, constituindo realidades distintas, segundo as regiões de cada país e, mais que isso, com diferenças entre cada um dos países, cujas Associações de Faculdades e Escolas de Medicina constituem a razão de ser da FEPAFEM.

A FEPAFEM reconhece, desde 1978, e mesmo antes, a importância do processo de assistência primária à saúde e iniciou, a partir de seu programa de atenção comunitária, uma análise profunda acerca das razões que justificam a formação do médico geral, ou de família, necessário para esta ação primária efetiva e eficiente. Este foi o desafio estabelecido na VII Conferência de Educação Médica, realizada em New Orleans naquele ano.

Resulta óbvio que o sucesso, ou o fracasso, dos chamados programas de Medicina Geral e Familiar depende do apoio, ou não, dos serviços de prestação de saúde. A formação desse médico geral/familiar deve responder aos princípios básicos que se imprimam desde os primeiros anos da Escola de Medicina, e não apenas na pós-graduação. Deve estabelecer-se um processo ordenado em sua formação, que envolva, permanente e fundamentalmente, as escolas médicas.

Neste processo de renovação estratégica para aproximar e vincular, de maneira efetiva e eficiente, os sistemas formador e utilizador de recursos humanos para a saúde, inclui-se a necessidade de valorizar de maneira concreta o que ocorreu até o momento no campo da educação médica e sua conexão com os serviços de saúde. Com esta finalidade, a FEPAFEM, em conjunto com a OPS e a Fundação W. K. Kellogg, realizam, atualmente, dois programas básicos. O primeiro deles se relaciona com o desenvolvimento de padrões mínimos para a educação médica, com início no próprio Brasil há alguns anos, e o segundo, recentemente iniciado, consiste na análise da integração docente-assistencial (PROAIDA), que permitirá estabelecer instrumentos para a auto-avaliação contínua dos dois processos, e, assim, corrigir, ou sugerir correções efetivas, para as situações que dificultam a obtenção dos objetivos traçados. Possibilitará, também, discutir e conhecer as causas do bom êxito e do fracasso na relação entre escolas médicas e serviços de saúde, que, em nosso

\* PULIDO, Pablo — Para uma integração docente-assistencial coerente. *B. Assoc. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, 15 (3): 1-2, maio/jun. 1983.

continente, têm seguido estratégias distintas e obtido resultados diversificados.

Desses programas, com enfoques diferentes, devem obter-se experiências e planos concretos, que permitam sugerir soluções para o problema de assistência à saúde e sua inter-relação com o processo de formação de recursos humanos.

Tal inter-relação coloca-se em termos de definir, não só as necessidades quantitativas e qualitativas, expressas em volume, qualidade e distribuição dos recursos humanos que se formam no setor educacional e que se utilizam no setor assistencial, mas, também, as bases para a organização e a estrutura dos métodos e procedimentos que conduzam a uma melhor gerência dos sistemas, tanto educativos, como assistenciais.

A integração docente-assistencial coerente deve, sem dúvida alguma, ter dois denominadores comuns. Por uma parte, a *organização e coerência das gerências e dos sistemas administrativos envolvidos, tanto na área educativa, como da saúde*, e, por outra parte, o esclarecimento de vias de comunicação próprias e práticas para *integrar os diversos setores que intervêm no campo da saúde*.

A forma de articular e fazer coincidir os setores referidos baseia-se nos critérios para obter os chamados "desempenhos", desenvolvidos sob as formas de padrões mínimos pelo processo de auto-avaliação permanente das escolas médicas e dos serviços de assistência.

A determinação das competências do médico geral, familiar ou comunitário encerra a delimitação ou inventário de tarefas, sua descrição ou seleção dos elementos constitutivos das atividades e sua análise em comparações entre o aprendido e o realizado efetivamente pelo médico, com base nos padrões de referência educativa e assistencial estabelecidos.

As tarefas de determinar e validar os procedimentos e sua adequação aos níveis de competência das diferentes modalidades docente-assistenciais para a assistência primária constituem um dos resultados que se deseja obter do Programa de Análise da Integração Docente-Assistencial, agora em fase de novo estudo pela FEPAFEM. A tarefa poderia fazer-se pelo apoio a *centros de desenvolvimento*, ou grupos de trabalho, que, tomando como base localidades limitadas, com condições geográficas, epidemiológicas e culturais bem definidas, e restritas a pessoas, famílias ou comunidades, poderiam, também, analisar as necessidades de saúde e os tipos de serviços úteis para resolvê-las, ou aptos para sua atenção.

Em face das alternativas ou modalidades docente-assistenciais em processo de implantação e da constituição da equipe humana requerida para tal fim, a FEPAFEM se interessa de maneira especial pelo que se relaciona com a educação médica. Aos princípios e necessidades de organização e de melhor gerência, tanto nos serviços de educação como nos de assistência, acrescenta a FEPAFEM o imperativo de delimitar as responsabilidades e a autoridade de cada um dos setores envolvidos. Estas, além de lideranças adequadas e de ní-

veis de excelência programática com avaliação permanente, constituem componentes essenciais para o sucesso desse renovado programa da FEPAFEM. A ele estamos dedicando esforços especiais para que, partindo do bem sucedido seminário de São Paulo, continuemos com um segundo enfoque, correspondente à região de Centro-América e México; e, mais adiante, ao obter as respostas de análises em marcha na Colômbia, sob os auspícios, respectivamente, da Associação Mexicana de Faculdades e Escolas de Medicina (ANFEM) e da Associação Colombiana de Faculdades de Medicina (ASCOFAME), tenhamos o marco de conhecimentos adequados para desenvolver programas altamente prioritários.

## INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL\*

O documento preliminar relativo à integração docente-assistencial, elaborado por Comissão\*\* designada pelo Presidente do Conselho Federal de Educação, será encaminhado às escolas médicas pelo Professor João Paulo do Valle Mendes, membro do Conselho Federal de Educação e Relator do respectivo processo, com a finalidade de receber a contribuição dessas escolas.

É o seguinte o teor desse documento:

“O ensino das ciências da saúde no Brasil, particularmente na área médica, tem se caracterizado por formar profissionais, dirigidos para especialidades, que permanecem nos grandes centros urbanos, enquanto o país necessita daqueles de formação geral para reforçar a atenção primária, com propensão e capacidade, ou possibilidade, de se deslocarem para os municípios onde sejam precárias as condições de atendimento à saúde.

Essa distorção vem se agravando, apesar da proliferação de escolas de medicina e dos esforços que têm sido dispensados pelo Governo, pela Associação Brasileira de Educação Médica e pelas próprias Faculdades de medicina, no sentido de evitá-la.

A solução dos problemas relacionados com a preparação de pessoal para a saúde assume, nesse momento, importância maior, pelo fato de o Governo iniciar ações relevantes para a implantação do programa nacional de serviços básicos de saúde.

Os Institutos de Ensino Superior na área da saúde, vivem, em geral, isolados da realidade e têm, na quase totalidade dos seus professores, especialistas que dirigem os serviços dos hospitais de ensino voltados, como é natural, para as questões relacionadas com suas respectivas áreas de conhecimento.

Fecha-se, assim, um círculo vicioso, no qual o processo de formação do pessoal para a saúde acaba produzindo profissionais que reforçam as distorções do sistema de prestação de serviços de saúde, em lugar de corrigi-las. Em

outras palavras, o setor educacional não chega a influir sobre o setor saúde. De fato, as escolas continuam a formar profissionais de acordo com o mercado de trabalho. Por outro lado, observa-se uma tendência universal para completa reformulação da conceituação de assistência à saúde.

No mês de setembro de 1978, realizou-se em Alma-Ata a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, co-patrocinada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo Internacional de Proteção à Infância. Ficou evidenciada, nessa reunião, a necessidade de uma “ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde, do desenvolvimento e da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo”. A declaração deixa bem claro que a realização da meta proposta requer a ação conjunta de muitos outros setores sociais e econômicos. A saúde foi considerada como um direito fundamental do homem e, como tal, a consecução do mais alto nível de saúde é a meta social mais importante.

Todo o esforço dos países, particularmente daqueles em desenvolvimento, deve ser concentrado nas mudanças institucionais que lhes permitirão reestruturar seus serviços a fim de que possam, através da extensão da cobertura de serviços de atenção primária a toda a população, cumprir a meta com a qual estão comprometidos: “Saúde para todos no ano 2000”.

Em nosso país, as estruturas atuais dos Ministérios da Saúde e da Previdência, em coerência com o exposto acima, vêm se concentrando em desenvolver um sistema amplo de atenção primária à saúde.

Esse importante passo proporcionará a oportunidade para que os programas possam ser descentralizados e racionalizados de modo a atender ao princípio fundamental de que as ações de saúde, para que sejam permanentes, devem ser globais e acompanhadas de ações em outros setores que permitam o desenvolvimento integral do homem.

É evidente que o nível primário de atenção deve ter como suporte os demais níveis, constituindo-se o conjunto num sistema nacional de saúde, no qual estejam bem definidas a regionalização e a hierarquização dos serviços.

A universidade deve estar integrada com o sistema de saúde local de modo permanente, não se limitando à simples utilização de seus serviços para a prática da docência. O sistema educacional deve interagir com o de prestação de serviços, a fim de que os termos desta equação se equilibrem em contínua interfertilização.

Entre as múltiplas ações que são necessárias para solucionar esse importante problema, existe uma que parece das mais relevantes, e que poderá levar a uma correção gradativa e natural dessa situação. Refere-se à integração das faculdades de ciências da saúde aos sistemas loco-regionais de atenção primária e secundária, criando-se pequenos sistemas regionalizados de assistência, chamados de distritos docente-assistenciais. A referência ao nível terciário será feita por meio do hospital de maior complexidade na área comprometida com o ensino, que é, em geral, o hospital universitário. Os sistemas organi-

\* INTEGRAÇÃO docente-assistencial. *B. Assoc. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, 13 (6): 1-3, nov./dez. 1981.

\*\* Integrada pelos Professores Frederico Simões Barbosa, Clementino Fraga Filho e José Aristodemo Pinotti.

zados dessa forma, à medida que se forem aprimorando, poderão conter inserções do processo de ensino e aprendizado das diferentes profissões de saúde. Sistemas desse tipo poderão servir de modelos assistenciais para serem utilizados pelo sistema de saúde; de oportunidade de aprimoramento do trabalho em equipe de saúde e campo para realização de investigações mais relacionadas com a problemática de saúde.

O ensino das profissões de saúde e o exercício da prestação de cuidados à população são práticas indissociáveis, que, por força da evolução histórica das nossas instituições, têm sofrido um processo artificial e maléfico de individualização.

Cumpra, pois, a universidade brasileira, no momento em que se articulam o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social para criar uma nova realidade no campo da saúde, partir para um sistema de integração docente-assistencial que lhe permita ampla reflexão, alimentada na prática realística da prestação de serviços.

Uma vez conseguida essa integração, espera-se que ela gradativamente mude o sistema de formação, o sistema de investigação e ofereça alternativas para mudança do sistema de atenção médica no país. Isso significaria a posição crítica reservada à universidade, que nem sempre a mesma tem assumido de forma construtiva.

Entende-se que esse processo só poderá ter encaminhamento gradual, e que terá particularidades inerentes à região onde se desenvolver, pois é sabido que um grande número de hospitais de ensino não têm, no momento, condições de ir além da prestação de cuidados secundários.

Sabe-se, também, que, enquanto não se implanta a integração docente-assistencial, o hospital universitário deve desenvolver ações de saúde abrangentes, sem o que não estará servindo adequadamente ao ensino de graduação. No futuro, esses hospitais, à medida que se integrarem na rede de saúde, poderão chegar a ser exclusivamente terciários, e até quaternários, o que, entretanto, está longe da realidade atual.

Obviamente, o problema é pleno de dificuldades, que não podem ser expressas no conteúdo de um documento sumário como este. Em agosto de 1980, a ABEM reuniu-se em São Paulo para discuti-lo durante três dias, e as recomendações finais demonstram não só sua importância, como, também, e principalmente, os percalços e conflitos inerentes.

A matéria preocupou os órgãos governamentais e foi objeto de um acordo OPS/MS/MEC/MPAS, cujas recomendações levaram a SESu (MEC) a elaborar um programa de integração docente-assistencial com o objetivo de estimular o desenvolvimento de projetos nesse sentido. Esse documento analisa em profundidade o assunto e propõe medidas práticas de apoio a projetos emergentes nas instituições de Ensino Superior brasileiras.

Dada a importância do assunto e a situação de relacionamento do ensino com o sistema de saúde, que tende a agravar suas dificuldades e distorções, criando círculo vicioso de conseqüências catastróficas, entende-se que, apesar

dos obstáculos, a regionalização docente-assistencial pode e deve iniciar desde já, de forma gradativa, a sua implementação no maior número de faculdades de ciências da saúde do país. Somente a experimentação prática desse processo dará a medida exata de suas reais dificuldades, assim como dos diversos modelos regionais através dos quais deverá se implantar no país a integração docente-assistencial.

Esse processo é fundamental e urgente para integrar o sistema formador com o sistema utilizador de mão-de-obra na área de saúde, condição *sine qua non* para melhorar o panorama de saúde e sem a qual qualquer modelo de modificação que for proposto carecerá de padrões mínimos de eficiência e coerência.

Em função do exposto acima, respeitadas as condições loco-regionais, o CFE aconselha aos Institutos de Ensino Superior que, desenvolvendo sua própria criatividade, caminhem para atingir elevado grau de integração com os serviços de saúde, como proposta mais condizente com a realidade nacional, lembrando ainda que a integração ensino/serviço não se faz apenas na área da saúde, mas em qualquer área do conhecimento.

O CFE reconhece as dificuldades para a plena realização desse *desideratum*, mas admite que as modificações que se fazem necessárias às mudanças não conflitam com as disposições legais que regem o ensino das ciências da saúde no país.

Em termos gerais, o CFE acredita que a problemática da integração docente-assistencial comporta duas ordens de recomendações:

#### 1 -- Políticas:

Um dos pré-requisitos para a integração docente-assistencial é a existência de serviços de saúde regionalizados e hierarquizados. Em plano nacional, já existe a decisão política de racionalizar os serviços de saúde e instrumentos legais foram, ou vêm sendo, criados com esta finalidade.

Por outro lado, o MEC-SESu estimula programas de IDA, apelando para que as universidades "procurem situar-se no momento histórico que a sociedade brasileira atravessa para aceitar o desafio proposto".

Entretanto, a decisão política de integrar ensino/serviço é também de ordem local, isto é, das universidades e dos serviços estaduais e municipais de saúde.

A integração docência/serviço nada mais é do que a decorrência lógica da própria racionalização dos serviços de saúde, porque o próprio processo racionalizador implica a formação de recursos humanos adequados à nova realidade.

#### 2 -- Institucionais:

O processo de integração deve ser realizado sem ferir a autonomia e a responsabilidade das entidades envolvidas, exigindo, entretanto, um tipo de administração participativa em todos os níveis onde nenhuma das instituições é predominante.



Para que isto seja viável, há necessidade da criação de mecanismos inter-institucionais através de convênios e/ou outros instrumentos legais que permitam o desempenho eficiente do sistema operativo serviço/docência, o que deverá envolver mudanças estáveis de ordem institucional para que o órgão colegiado que venha a ser criado, responsável pela administração do Distrito Docente-Assistencial, tenha suficiente autonomia.

As responsabilidades e lideranças permanecem, e o que se espera é que a integração de ambos (órgãos formadores e utilizadores dos recursos de saúde) resulte num produto terminal muito mais útil que a simples soma de ações desordenadas, como vem sendo feito até agora.

A administração docente deve ser reformulada para atender às exigências operacionais de um novo currículo a ser montado sobre a prática dos serviços.

É indispensável promover a justa valorização do pessoal docente e de serviço comprometido com o atendimento primário.

Em conclusão:

As inovações de ordem política e institucional propiciarão o desenvolvimento de um sistema operativo serviço/docência sob a responsabilidade conjunta das entidades envolvidas, com todas as vantagens resultantes dessa associação. A comunidade deverá participar do programa IDA em todas as suas fases.

O profissional formado em um sistema de saúde regionalizado deverá ser capaz de atuar em níveis de atenção primária e secundária, exercendo todas as funções inerentes à complexidade de cada nível, e de assumir a responsabilidade social que decorre de sua própria formação, atuando criticamente nos processos de mudança.

**INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL DAS FACULDADES  
DE CIÊNCIAS MÊDICAS DO PAÍS:  
CESu, 2º GRUPO – PAR. Nº 505/82,  
APROVADO EM 7/10/82 (PROC. Nº 1.252/81)**

*I – Relatório*

Ao Conselho Federal de Educação a Secretaria da Educação Superior do MEC encaminhou documentos relativos à “*Integração Docente-Assistencial das Faculdades de Ciências Médicas do País*”, solicitando a manifestação deste Colegiado que, amplamente divulgada, “*será da maior valia para a consecução dos objetivos do programa hoje oficializado pela SESu*”.

Os documentos se fundamentam nos mesmos princípios, se assemelham nas conclusões e encerram proposições que se identificam em sua essência. São os seguintes:

a) “*Proposta Preliminar de Documento a ser submetido à aprovação do CFE sobre Integração Docente-Assistencial das Faculdades de Ciências Médicas do País*”, elaborado por Comissão, designada pelo Conselho Federal de Educação e constituída de Clementino Fraga Filho, Frederico Simões Barbosa e José Aristodemo Pinotti.

b) Idem, idem, organizado pelo professor José Aristodemo Pinotti.

c) Relatório Final da I Reunião do Programa de Integração Docente-Assistencial, realizada de 27 a 29/4/81, com participação do MEC, MS, MPAS e OPAS.

d) Publicação “*Programa de Integração Docente-Assistencial – IDA*”, divulgada pela SESu/MEC, Série Cadernos de Ciências da Saúde, nº 03, 1981.

O assunto, por sua grande relevância, interessa sobremaneira ao sistema educacional em virtude de envolver questões fundamentais relativas ao preparo, não somente de médicos, mas dos profissionais da saúde, em geral. Do mesmo modo, tem importância destacada para o sistema de prestação de serviços de saúde do País, particularmente quando se definem normas para a adequação e expansão da rede de atenção à saúde no Brasil.

O problema de *integração* ensino/serviço na área da Medicina tem sido amplamente discutido por professores, técnicos e administradores do setor.

\* *Documenta* (263) Brasília, out. 1982.

Mesmo não se podendo falar da existência de consenso sobre a questão, há um amplo reconhecimento quanto à conveniência e, até certo ponto, necessidade de se promover a implantação de programas que visem à união das ações assistenciais com as educativas, buscando situar a formação dos profissionais da área em nossa realidade nacional e regional de saúde.

Já no estudo *O Ensino Médico no Brasil – A Expansão da Rede Escolar*, da Comissão de Ensino Médico, produzido em 1972 e considerado “*marco valioso para o contínuo aperfeiçoamento do processo educacional no Brasil*” (Ministro Jarbas Passarinho, prólogo do Documento nº 1), se assinalava

a importância dessa ação integrativa e a indispensabilidade de adotar medidas efetivas e eficientes para sua efetivação. Assim, nas conclusões e recomendações, todas aprovadas pelo CFE através do Parecer nº 1.430/72, acolhido pelo Plenário em 11 de dezembro de 1972, encontra-se expresso: “*De um modo geral, a orientação das escolas tem sido preparar para o diagnóstico e tratamento das doenças, em ambiente hospitalar, observando-se, ainda assim, deficiente utilização dos ambulatórios para o mesmo. Ora, é indispensável formar profissionais conforme uma concepção médica global, isto é, no sentido biopsicossocial, e voltado para os problemas da saúde comunitária. Para isso, é mister que o ensino não tenha por cenário somente o hospital, mas os vários órgãos do sistema de saúde*”. E, mais adiante: “*Devem as faculdades entrar em entendimento com os serviços de saúde locais, permitindo ao aluno uma participação em todos os seus níveis de atendimento ao indivíduo e à comunidade: enfermarias e ambulatórios do hospital geral, hospitais especializados, centros de saúde, consultório geral, visitas domiciliares. É recomendável que se estabeleçam convênios e planos de ação conjunta, regulamentando sua utilização, e prevendo melhor articulação entre os responsáveis pelas atividades docentes e os encarregados da assistência médica*”. (Parte da conclusão e recomendação nº 6).

O vigor e a intensidade desse sentimento eram de tal ordem no seio da Comissão, e disso o Relator pode dar testemunho na qualidade de seu componente desde a constituição inicial, que o problema mereceu estudo especial, consubstanciado em documento próprio, o de nº 2, intitulado *Ensino Médico e Instituições de Saúde*. Este estudo, divulgado no início de 1974, provocou largo interesse não apenas na comunidade das escolas de Medicina, mas também, nos diversos setores de assistência à Saúde. Ratificando na sua introdução o princípio de que a formação do médico deve incluir, obrigatoriamente, a participação nos trabalhos de unidades de saúde de vários tipos, de modo a proporcionar ao estudante o desempenho de tarefas de crescente complexidade, ressalta que, no relacionamento entre as atividades de ensino e a prestação de serviços, o foco da atuação deve ser invariavelmente o paciente, cujos legítimos interesses devem merecer atendimento prioritário sobre todos os aspectos. Tal manifestação, inserida logo no início do documento, define de modo inquestionável a diretriz fundamental na inter-relação docência/assis-

tência, visando a evitar o equívoco em que, por vezes, incidiam alguns responsáveis pelos referidos setores. Do mesmo modo, não existindo, na organização simplificada dos “*sistemas regionais*” de saúde no passado, definição de critérios nem qualquer escala de prioridade quanto à assistência médica prestada à comunidade, destaca a necessidade de serem consideradas as condições mórbidas segundo seu grau de complexidade, insistindo na formalização de relações mais estreitas entre os hospitais ligados ao ensino e o restante da rede regional de unidades de saúde, particularmente no que diz respeito à divisão de tarefas. Fortaleciam-se as bases dos fundamentos da hierarquização e da regionalização, tendo em vista a transformação das características da organização social, urbana e rural, no Brasil.

Não é intenção do Relator desenvolver um exercício evocativo de valorização do Documento nº 2 da CEM. Todavia, sua atualidade, no momento em que este Colegiado é convocado a se manifestar sobre o tema da Integração Docente-Assistencial, apresenta-se tão expressiva que se torna imperativo relembrar alguns pontos de suas conclusões. “*Mesmo que as Escolas Médicas do País dispusessem de leitos em número suficiente para o ensino, ainda assim seria necessário que os futuros médicos tivessem contato com os problemas da saúde que são preferentemente atendidos em outras unidades do sistema. As transformações sociais e o progresso da ciência modificaram, por completo, não só as perspectivas da assistência à coletividade, senão mesmo o próprio conceito de saúde. As idéias de prevenção de doença e promoção da saúde constituem objetivos essenciais na formação profissional. Não será mais justificável formar médicos de acordo com os esquemas tradicionais, baseados no caráter paternalista das instituições assistenciais e no sentido individualista da chamada medicina curativa*”. Cuidando da hierarquização nas diversas unidades do sistema de saúde, em articulação com o de ensino, o documento convoca os responsáveis pelo setor para a elaboração de um plano cujas atividades seriam dimensionadas na dependência de condições regionais, ou locais, ligadas às disponibilidades da rede de saúde e aos fatores sócio-econômicos. Era o alerta indispensável com vistas a evitar a elaboração de programas universais, difíceis de cumprimento quando não se levam em conta as peculiaridades assinaladas. Fundamentando-se na experiência negativa de tantas tentativas de articulação em outros campos, o documento termina pugnando por sua inclusão em planos nacional e regional e pela necessidade de se implantar, no Brasil, “*uma política de saúde sem a qual não é possível a coordenação do sistema utilizador com o produtor de recursos humanos*”.

Após a divulgação desses dois documentos ocorreram alguns acontecimentos primordiais na linha dos objetivos neles traçados, a saber:

- a) Protocolo de 1974 entre o MEC e a Previdência Social relativo ao relacionamento INPS/Hospitais de Ensino;
- b) Lei, do Sistema Nacional de Saúde, nº 6.229/75, cujos enunciados básicos encampam recomendações contidas naqueles estudos;

c) ampliação da consciência na comunidade das Escolas de Medicina quanto à necessidade de ações educativas integradas às atividades assistenciais da rede de serviços;

d) desenvolvimento de esforços para implantar no País um sistema de atenção primária à Saúde através do PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento) e PREVSAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde);

e) renovação do Acordo OPS/MS/MEC/MPAS, relativo ao Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil;

f) Seminários Regionais realizados pela Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, no ano de 1980, sobre o tema Integração Ensino/Serviço, nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Pará, com a participação das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e superintendências do INAMPS;

g) reunião especial promovida pelo Conselho Federal de Educação, em 1981, com a presença de educadores da área de Saúde, administradores do MEC, do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, na qual foi amplamente debatida a Integração Docente-Assistencial, resultando na constituição de Comissão encarregada de organizar o Documento preliminar referido no item “a” da página 1 deste parecer;

h) mais recentemente, criação da CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação/MPAS/MS e do CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária.

Identifica-se, assim, em nosso país, um amplo esforço voltado à reestruturação dos serviços dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, a fim de possibilitar a implantação de um sistema nacional de Saúde, no qual estejam bem definidas a regionalização e a hierarquização das ações de saúde, com ênfase na atenção primária e na extensão de cobertura. Dentro desse contexto, a atuação das instituições responsáveis pela formação dos recursos humanos é decisiva para melhorar o panorama atual, sem o que qualquer modelo de modificação proposto dificilmente conseguirá os resultados esperados.

O conceito de Integração Docente-Assistencial é objeto de destaque nos documentos que constituem o processo em exame. Segundo ele, a instituição de ensino deve estar integrada com a rede assistencial de saúde local de modo permanente, não se limitando à simples utilização de seus serviços para a prática da docência. O sistema educacional deve interagir com o de prestação de serviços de modo que os termos desta equação se equilibrem “em contínua interfertilização”. Na verdade, pode-se resumir o conceito de IDA como a “reunião de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino”. Segundo tal compreensão, há pelo menos três importantes aspectos

a considerar: assistência, pesquisa e formação profissional.

Uma das ações mais relevantes do processo é a *integração das Faculdades aos sistemas loco-regionais de atenção primária e secundária*, criando-se pequenos sistemas regionalizados de assistência, os distritos docentes-assistenciais, os quais, à medida que se forem aprimorando, deverão satisfazer às necessidades de Saúde da comunidade, mediante atenção adequada. A referência, a nível terciário, será feita por meio do Hospital de maior complexidade na área vinculado ao ensino, que, em muitos lugares, é o hospital universitário. Desse modo, há nítido comprometimento das instituições envolvidas com a melhoria da prestação de serviços, com redefinição de suas práticas, quando necessário.

Dentro deste ângulo assistencial, é primordial a determinação dos níveis de complexidade, fundamentada no grau de diferenciação das atividades desenvolvidas em cada um deles, primário, secundário e terciário. A ação articulada do MS e do MPAS assim os define.

O nível primário se caracteriza por atividades de promoção, proteção e recuperação da Saúde a nível ambulatorial, desenvolvidas por médicos generalistas, odontólogos, pessoal de nível médio e **elementar**. As ações têm caráter essencialmente dinâmico, tomando-se indispensável manter a visita domiciliar. As atividades englobam o controle das **doenças transmissíveis**, vigilância epidemiológica, educação em Saúde, alimentação e nutrição, imunizações, saúde materno-infantil, saúde escolar, atendimento odontológico e primeiro atendimento aos agravos da saúde. Como apoio diagnóstico, é prevista cobertura através de laboratório de patologia clínica de modo a permitir a resolução nas unidades do próprio nível do atendimento à população nos programas desenvolvidos.

O nível secundário compreende além das ações do nível primário, *atividades assistenciais nas quatro áreas médicas básicas*, utilizando especialistas: Clínica Médica, Toco-ginecologia, Pediatria e Clínica Cirúrgica e especialidades estratégicas, nas modalidades de *atenção ambulatorial*, internação, urgência e reabilitação. O apoio diagnóstico instalado neste nível envolve laboratório de Patologia Clínica e Radiodiagnóstico, este restrito aos exames factíveis com equipamentos convencionais, deixando os especializados para o nível seguinte. Proporção suficiente da capacidade de atendimento ambulatorial, de internação e de serviços de apoio deve ser reservada para os casos referidos pelo nível primário.

A nível terciário assegura-se maior capacidade resolutive nos casos mais complexos do sistema através de atendimento ambulatorial, internação e urgência.

Além do componente assistencial, antes sumariado, IDA implica também um processo de produção do conhecimento, através do questionamento constante de suas ações, e inevitável, em decorrência da visão crítica inerente à instituição educacional. As atividades de pesquisa, tradicionalmente restritas ao mundo acadêmico, proporcionarão oportunidade à participação de pessoal

dos serviços, conduzirão a uma revisão no modo de escolher o objeto da investigação e o ambiente para seu desenvolvimento, bem assim quanto às formas de apropriação e divulgação do conhecimento produzido.

Tão importante quanto os demais, o terceiro elemento desse processo, centrado na prestação de serviços, é a formação de recursos humanos, cuja preparação deverá estar adequada aos fins a que se destinam e deve fluir da identificação de suas necessidades. Daí por que a integração preconizada importa uma concepção diferente do tradicional binômio ensino/aprendizagem, fundamentando-se nas vivências práticas da realidade concreta, em função dos quais devem ser desenvolvidos os conteúdos acadêmicos, com a participação ativa dos discentes. Tal formação não se restringe a determinadas categorias profissionais da saúde ou a alguns níveis do sistema educacional, mas compreende todas elas e os diferentes níveis de formação.

Em resumo, *“IDA constitui um processo social, parte integrante do processo global de desenvolvimento da sociedade”*.

Os documentos do processo destacam a necessidade da existência de uma infra-estrutura de serviços de saúde com capacidade instalada ou potencial para o desenvolvimento dos mecanismos de integração. Os estabelecimentos assistenciais, ordenados dentro de um sistema hierarquizado, cumprirão tarefas próprias dentro do complexo da atividade assistencial. Assim, os encarregados da atenção primária são os Postos e Centros de Saúde. Os primeiros responsáveis pelo apoio ao sistema de atenção informal e formal de maior penetração em área de população dispersa ou de pequenos núcleos, utilizando técnicas simplificadas e pessoal elementar. Os segundos, destinados a proporcionar atendimento médico permanente nas quatro áreas básicas, apresentam 3 tipos (1, 2 e 3), em função da magnitude da população a que servem, a saber:

- CS 1 – comunidade de 2.000 a 5.000 habitantes
- CS 2 – comunidade de 5.000 a 10.000 habitantes
- CS 3 – comunidade de 10.000 e 20.000 habitantes

A nível secundário, os estabelecimentos característicos são os ambulatórios gerais, unidades mistas, hospitais locais e hospitais regionais.

Os ambulatórios gerais são destinados a proporcionar assistência médica ambulatorial e odontológica, incluindo atenção preventiva. São preconizados dois tipos, A e B, ambos podendo contar com leitos de observação. Representam a referência dos centros de saúde da sua área programática.

A unidade mista tem como característica principal a existência da internação como modalidade de atendimento de apoio às atividades desenvolvidas no centro de Saúde que a integra e nos da rede de Serviços de sua área programática. Seu componente ambulatorial corresponde a um centro de Saúde tipo 3 e o de internação é concebido para atender às quatro especialidades médicas básicas e dar cobertura ao atendimento de urgência da própria unidade e àqueles referidos da área.

O hospital local, com a responsabilidade de assistir pacientes nas 4 áreas médicas básicas, deve ser, para os municípios com mais de 20.000 habitantes, a primeira referência de internação para os centros de Saúde e ambulatórios gerais. É-lhe indispensável contar com laboratório de Patologia Clínica e Radiodiagnóstico. Já o hospital regional há de ser estruturado para assegurar, além dessas tarefas, o atendimento das especialidades consideradas estratégicas e necessárias para sua área.

O nível terciário tem nos ambulatórios de especialidades, nos hospitais de base e nos hospitais especializados a base física que assegura a plena realização de suas tarefas. O primeiro desses estabelecimentos é estruturado de modo a prover, em regime ambulatorial, o atendimento em uma ou mais especialidades, além das básicas e estratégicas. O segundo, ou seja, o hospital de base, se organiza para proporcionar a assistência médica especializada a pacientes internados referidos, das áreas de menor complexidade do sistema. Finalmente, o hospital especializado é o estabelecimento de saúde organizado para assistir enfermos em uma só especialidade em regime de internação e emergência.

No esforço para prover a melhoria da qualidade assistencial e na busca da universalização do atendimento às populações urbana e rural, com base na assistência ambulatorial e nos serviços básicos, os documentos acentuam o papel dos recursos humanos para a integração das atividades de recuperação com as de promoção e prevenção da saúde. Nessa linha de pronunciamento põem em relevo o trabalho a ser desenvolvido não apenas nas escolas médicas, mas em todas as instituições de ensino da saúde convocando-as *“a uma ampla reflexão, alimentada na prática realista da prestação de serviços”*. O encaminhamento gradual da questão e o acolhimento às particularidades inerentes a cada região onde o processo venha a se implantar, constituem sentimento de consenso esposado na matéria em exame, uma vez que grande número de hospitais de ensino não têm, no momento, condições de ir além da prestação de cuidados secundários.

A publicação da SESu/MEC, Série de Cadernos de Saúde nº 3, ao estimular a implantação de programas de integração docente-assistencial, conclama *“as universidades a situar-se no momento histórico que a sociedade brasileira atravessa para aceitar o desafio proposto”*.

## II – Voto do Relator

A busca de soluções para os problemas relacionados com a preparação de pessoal destinado a atuar no setor Saúde assume, neste momento, maior significado em virtude das ações relevantes iniciadas pelo Governo para implantar programa nacional de serviços básicos de saúde. O processo de formação de recursos humanos não pode continuar a produzir profissionais que reforcem as distorções de sistema.

É fora de dúvida que uma nova orientação na atenção à saúde da população exige, também, um preparo adequado de recursos humanos em todos os níveis e o desenvolvimento de investigações apropriadas à realidade do setor. Torna-se, deste modo, evidente o importante papel que as instituições educacionais de saúde devem desempenhar na estratégia e operacionalização do programa, particularmente as Escolas de Medicina. Parece oportuno assinalar, desde logo, o extraordinário significado da integração ensino/serviço para o alcance da meta comum que é a melhoria da qualidade da educação médica, entendida esta melhoria de qualidade, antes de tudo, como expressão objetiva de *adequação* no processo formador. O apoio natural à proposta, fruto da experiência havida como professor, dirigente de unidade educacional e de associação de educação médica, completada pelas observações colhidas no efetivo convívio de mais de 27 anos no setor, constitui renovação de posicionamento antigo do Relator, ora reafirmado nesta análise. É um aval, no presente, de entendimento claramente manifestado no passado. Ratificam-se, neste momento, as posições contidas nos documentos da Comissão de Ensino Médico.

Necessário se torna, contudo, avaliar determinados pontos da proposição, tendo em conta as numerosas dificuldades inerentes a um complexo processo como é o da integração docente-assistencial.

Não nos deteremos na apreciação dos recursos materiais indispensáveis à implantação de qualquer modelo integrador. Saliente-se, porém, que a provisão de campo de prática real, em todos os níveis de complexidade e no contexto das realidades sociais da região, há que ser assegurada. A prestação de serviços "*é o eixo em torno do qual se desenvolve o processo de integração docente-assistencial*". Desse modo, a organização de um sistema regionalizado de serviços de saúde é pré-requisito para sua efetivação. Tal providência depende muito pouco do sistema educacional, razão pela qual nos limitamos a assinalar sua indispensabilidade. Em conseqüência, concederemos particular atenção a outros aspectos do problema.

Assim, vale recordar que a Lei nº 6.229/75, em seu artigo 19, item III, dispõe que ao MEC, incumbido principalmente da formação e da habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao Setor Saúde, cabe, particularmente, orientar a formação dos recursos humanos "*para atender às necessidades prioritárias da área em qualidade*" (Alínea a). É "*promover a integração progressiva de hospitais e institutos de treinamento de pessoal de Saúde no sistema Nacional de Saúde*" (Alínea d). Há, portanto, amparo legal ao que se pretende nos documentos apreciados. Trata-se, pois, de testar a capacidade de desenvolver mecanismos que possibilitem a articulação funcional, para fins assistenciais, didáticos e de investigação entre os dois sistemas, de tal modo que a rede de instituições de Saúde venha a atuar, lado a lado, com a de escolas. Existindo instrumentos que avalisem tal conduta, a adoção de locais que sirvam à integração completará o poder de ação, legitimado por se tratar da prestação de um serviço social.

Todavia, é indispensável uma forma de relacionamento que se baseie na existência de maturidade emocional e cultural dos dirigentes e componentes das instituições envolvidas, para o que é importante a persuasão como instrumento de convicção.

Não cabe ao Conselho ditar as normas de procedimento a serem adotadas. O estabelecimento de critérios por comissões conjuntas confrontando o desempenho real com a atenção ideal pretendida, programas de educação continuada e outros modelos já utilizados nas experiências em andamento, podem servir para alcançar os objetivos almejados, preservando-se a cooperação e assegurando-se a autonomia das instituições em jogo.

Muito se tem dito e repetido quanto à necessidade da educação médica proporcionar ao futuro profissional uma visão da saúde e da doença como processos dinâmicos. A concentração dos programas de ensino no Hospital não permite esse descolamento. As unidades sanitárias, sob este aspecto, se apresentam como o ambiente de eleição para este aprendizado, oportunizando ao estudante integrar-se à equipe de saúde, reconhecer na comunidade os indivíduos expostos a maior risco do ponto de vista sanitário, conscientizar-se do extraordinário significado de estender os benefícios da saúde à generalidade da população e informar-se sobre o complexo sistema assistencial em que deverá atuar, e no qual terá de desempenhar, freqüentemente, papel de liderança.

Não se deve descuidar dos riscos que a integração mal conduzida pode propiciar. A participação dos estudantes nas tarefas assistenciais deve ser sempre efetivada sob supervisão docente direta ou correntemente delegada, 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, previdenciárias ou não. Igualmente não pode e nem deve, sob qualquer hipótese, 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. As autoridades que detêm o poder, quer nas escolas, quer na rede assistencial, não que se compenetrar da responsabilidade comunitária que lhes cabe, definindo um modelo de atendimento que enseje melhor integração, respeitadas as características regionais e locais. O que parece indispensável, qualquer que seja o mecanismo adotado, estabelecidas as metas prioritárias, é definir proposições concisas e lógicas, equilibrando serviços de saúde individual, serviços de saúde ambiental e atividades orientadas para a comunidade, vencendo as resistências naturais a todo processo de mudança.

Ao lado disso, a integração pretendida deve contemplar duas variáveis, igualmente significativas: os diferentes aspectos de política de Saúde no desenvolvimento econômico e social, onde a educação é primordial, e a articulação dos diversos programas de saúde a nível nacional e regional (Saúde mater-

no-infantil, nutrição, prevenção de doenças contagiosas, educação sanitária, etc.).

Ponto importante a considerar é o gradualismo na adoção de providências destinadas a favorecer a integração. Uma etapa que se pode chamar de política, caracterizada fundamentalmente pela decisão dos responsáveis pelas escolas no sentido de desenvolver este tipo de ação, parece o passo inicial a ser adotado pelas instituições educacionais. Algumas faculdades já o fizeram envolvendo professores e alunos. Cabe às comunidades de todas as instituições educacionais ligadas ao setor discutir amplamente as profundas alterações que ocorreram nas condições gerais de vida de grande parcela da população, das mais precárias, como resultado da base econômica e social em que tais condições se produzem, uma vez que essa realidade influencia fortemente a saúde das pessoas, exigindo mudanças no concernente à educação médica. Nessa fase política, os que se dispuserem à iniciativa devem estar preparados para as resistências que se apresentarão, sob as mais diversas formas, por parte de alguns professores, administradores e até de alunos, já condicionados pela medicina especializada.

Após essa etapa política, uma outra, que bem pode ser chamada de acadêmica, certamente haverá de assegurar os ajustamentos na estrutura e nos currículos das escolas, visando a fortalecer a docência e a pesquisa dentro dos princípios da IDA. Sempre é bom lembrar que, simultaneamente a essas providências no sistema educacional, o de serviços deverá prover a adaptação ou criação da infra-estrutura assistencial a fim de possibilitar a efetivação dos mecanismos de integração.

É indispensável assinalar que o papel da escola nesse processo de interação não se restringe à prática ou prestação concreta de serviços e sua supervisão. A nível do sistema como um todo, deverá participar do seu planejamento, proverá apoio técnico e fará sua avaliação. Esta responsabilidade não lhe reduzirá os compromissos específicos, nem sua função própria. Apenas amplia sua ação em virtude de um comprometimento comum interinstitucional.

Cabe observação particular sobre a questão da investigação científica nesse processo integrador. Acentue-se, desde logo, que em um País em desenvolvimento como o Brasil, com grandes diferenças regionais e enormes contrastes locais, é fundamental que as unidades voltadas ao ensino da Medicina dediquem substancial apoio às pesquisas predominantemente sociais, vinculadas de forma direta às necessidades sentidas na prática de saúde. Nessa perspectiva, os recursos humanos envolvidos nas ações concretas de assistência ou de ensino devem ser necessariamente participantes da função investigadora, que utilizará o ambiente real para sua consecução, sem necessidade de laboratórios sofisticados, muitas vezes reprodutores de modelos inadequados aos nossos problemas. Tão importante quanto o objeto da investigação é a divulgação do conhecimento obtido que deverá beneficiar os que são parte do problema, não ficando restrito a uns poucos usuários.

Por fim, uma palavra especial à escola médica no que respeita ao componente formação profissional no contexto da integração preconizada. Respeitando a autonomia da instituição educacional, creio necessário recordar alguns pontos essenciais para alcançar o objetivo comum: a educação médica como instrumento capaz de melhorar as condições de saúde da população. Não cabe, num documento como este, detalhar a natureza e a profundidade das mudanças que se fazem necessárias no âmbito do sistema educacional com vistas a situá-lo em consonância com as profundas alterações propostas para o setor Saúde. Aos seus responsáveis, de acordo com sua sensibilidade diante do fato social e com sua criatividade, caberá identificar o elenco de medidas a serem postas em prática quanto ao conteúdo curricular, à organização das matérias, aos métodos de ensino-aprendizagem e à estrutura administrativa e pedagógica que lhes sirva de suporte. Não é demais salientar a conveniência e a oportunidade de se estenderem as modificações a todo o curso, não as limitando ao período de estágio. A SESu/MEC, através da Assessoria ao Programa de Integração Docente/Assistencial, oferece apoio às instituições que o desejarem.

Para concluir, o Relator, considerando os assuntos abordados neste estudo, o estágio atual de saúde da população brasileira e as medidas adotadas e em adoção pelo sistema prestador de serviços, vota no sentido de que o Conselho Federal de Educação acolha o expediente da Secretaria da Educação Superior do MEC e decida no sentido de:

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, em atenção ao disposto na Lei nº 6.229/75, art. 19, item III, alíneas *a* e *d*.

b) Sugerir ampla avaliação, nos diferentes Colegiados de Medicina de diversos níveis, das questões relativas à Integração Docente/Assistencial, levando em conta os documentos já produzidos e as iniciativas existentes, particularmente as relacionadas com os aspectos assistenciais, educacionais e de pesquisa.

c) Propor a efetivação de convênios interinstitucionais ou outros instrumentos legais, a fim de assegurar o desempenho eficiente do sistema operativo docência/serviço e permitir a professores e alunos do curso médico efetiva convivência com a realidade de Saúde da população, bem como sua participação no planejamento e avaliação dos programas de saúde locais e regionais.

d) Lembrar aos responsáveis pelas instituições educacionais que os cursos de graduação em Medicina não podem constituir etapa preparatória da pós-graduação, mas devem assegurar a sua terminalidade, considerando, entre outros, o objetivo de formar um médico capaz de atender às necessidades básicas de Saúde da comunidade nos níveis de atenção primária e secundária.

e) Salientar a importância que deve ser concedida pelas escolas médicas do País à supervisão docente direta ou delegada, com vistas a garantir correto treinamento dos estudantes, através do qual possam eles assumir, progressiva-

mente, responsabilidades crescentes na atenção à Saúde do indivíduo e da comunidade.

f) Recomendar que o processo integrativo se concretize mantidas a autonomia e a responsabilidade das unidades envolvidas, adotando-se uma administração participativa sem predomínio de qualquer das instituições.

### *III – Conclusão da Câmara*

A Câmara de Ensino Superior, 29 Grupo, acompanha o voto do Relator.

Sala das Sessões, em 5 de outubro de 1982.

(aa) Dom Serafim Fernandes de Araújo – Presidente/João Paulo do Valle Mendes – Relator

### *IV – Decisão do Plenário*

O Plenário do Conselho Federal de Educação aprovou, por unanimidade, a Conclusão da Câmara.

Sala Barretto Filho, em 7 de outubro de 1982.

## **ACORDO CAPES/KELLOGG**

### **PROGRAMA DE APOIO PEDAGÓGICO AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE – PAPPS**

#### *Introdução*

O presente documento contém as diretrizes básicas e operacionais que nortearão o Programa de Apoio Pedagógico aos Profissionais da Saúde PAPPS, resultante de um Acordo entre o Ministério da Educação e Cultura, através da CAPES, a Fundação Kellogg, as Universidades Federais dos Estados do Ceará, Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, a Universidade Estadual de Campinas, a Fundação Universidade Estadual de Londrina, a Fundação Educacional do Pará e o Centro de Estudos Superiores do Estado do Pará. O Acordo contará com a colaboração das seguintes Associações da área da saúde: ABEM, ABENO, ABRAPES, ABRASCO e ABEE.

O PAPPS surgiu através do interesse de sete docentes brasileiros da área de saúde que em 1980 fizeram um treinamento na Universidade de Kentucky, com bolsas concedidas pela Fundação Kellogg. Os participantes da UNICAMP e da PUC de Campinas, juntamente com representantes do LIMEC (Laboratório Interdisciplinar para a Melhoria do Ensino e Currículo, da UNICAMP) expressaram interesse em criar na UNICAMP um "Centro de Apoio Pedagógico aos Docentes das Profissões da Saúde".

O Ministério da Educação e Cultura, através da CAPES, e a Fundação Kellogg resolveram unir esforços e interesses e decidiram fazer uma reunião em Campinas, de 3 a 10 de novembro de 1981, com o fim de discutir o Programa PAPPS. Participaram dessa reunião dois representantes da Fundação W. K. Kellogg, dois representantes da CAPES, um representante da Secretaria de Ensino Superior do MEC, três professores da Universidade de Kentucky, representantes da ABEM, ABEE, ABRAPES e ABENO e quatro representantes de cada provável futuro Centro Regional: (1) Universidade Federal do Pará; Fundação Educacional do Pará; Centro de Estudos Superiores do Estado do Pará; (2) Universidade Federal do Ceará; (3) Universidade Federal de Pernambuco; (4) Universidade Federal de Minas Gerais; (5) Universidade Federal do Rio Grande do Sul; (6) Universidade Estadual de Campinas. A Universidade Federal do Rio de Janeiro, apesar de ter interesse no Programa, não pôde

enviar o representante do NUTES (Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde).

O objetivo dessa reunião era o treinamento de pessoal para atuar como docentes multiplicadores nos sete Centros Regionais a serem criados e o planejamento do "Programa de Apoio Pedagógico aos Profissionais da Saúde".

A Programação da primeira semana constou de um *workshop* de três dias, terça, quarta e quinta-feira, para se fazer o treinamento completo em um dos módulos e mais um dia e meio (sexta-feira e manhã de sábado) para a apresentação e comentários dos restantes dos módulos do Programa TIPS (Teaching Improvement/Project System for Health Care Educators), da Universidade de Kentucky. Nos dois dias da semana seguinte fez-se uma análise da viabilidade e interesse na tradução e adaptação dos módulos TIPS e discutiram-se formas de operacionalização do PAPPS.

Os representantes das Universidades demonstraram interesse em desenvolver na sua Instituição um subprograma do PAPPS. Ficou acertado que seria enviado à CAPES, até o dia 20 de dezembro de 1981, uma pré-proposta a ser desenvolvida em cada área geográfica onde as Instituições se encontram localizadas. Um ofício da Direção da CAPES foi enviado, no dia 16 de novembro, a todos os Reitores com as conclusões da Reunião de Campinas e a solicitação de que fosse designado um Grupo de Trabalho responsável pela elaboração do subprograma da Instituição.

Após o recebimento das pré-propostas, os representantes da Kellogg e da CAPES visitaram as Instituições integrantes do PAPPS com o fim de discutir *in loco*, com o Reitor e a Equipe Local Coordenadora, o subprograma a ser desenvolvido nos próximos três anos.

### Finalidade

O PAPPS é um programa nitidamente interprofissional e interinstitucional que visa criar um consórcio entre as instituições de diversas regiões do País, a fim de treinar docentes e profissionais da área da saúde, promovendo a melhoria de seu desempenho nas atividades docente-assistenciais desenvolvidas a nível local e regional.

### Objetivos

O PAPPS objetiva:

1. promover o aperfeiçoamento pedagógico e técnico de pessoal docente e de serviços da área de saúde, propiciando-lhes o desenvolvimento de habilidades específicas para o desempenho satisfatório de suas atividades docente-assistenciais;

2. propiciar a reflexão dos docentes das diversas áreas da saúde sobre a necessidade de eventuais adaptações curriculares que atendam à filosofia de integração docente-assistencial, às necessidades e características de cada região;

3. promover o intercâmbio interinstitucional de experiências, materiais instrucionais e recursos humanos e o desenvolvimento de um consórcio que possibilite um trabalho de cooperação e evite duplicidade de ações e de recursos para o mesmo fim;

4. estimular a realização de estudos e experiências individuais e em grupo que venham servir de apoio à formação de recursos humanos, dentro das linhas preconizadas pelo Programa;

5. promover a introdução de mudanças nas diversas áreas da saúde através de assessorias prestadas *in loco* e à distância.

### Metas

No período de três anos de execução do Programa, espera-se alcançar as seguintes metas:

a) oferecer cursos de treinamento pedagógico a docentes das áreas de medicina, odontologia, enfermagem, saúde pública, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e demais profissões da área da saúde;

b) coordenar a edição e divulgação trimestral de catálogos referentes a programação de cursos, seminários, *workshops* etc., oferecida pelos sete Centros Regionais;

c) apoiar a produção e reprodução de materiais instrucionais de diferentes formatos (áudio e vídeo-cassetes, módulos, diapositivos, transparências etc.) para o treinamento de docentes da área de saúde;

d) apoiar a criação e implementação de uma Biblioteca de Multimeios, que deverá possuir um Centro de Reprodução e um Centro de Divulgação de Materiais Instrucionais;

e) traduzir e adaptar os módulos TIPS e promover sua disseminação e uso pelos diversos Centros Regionais;

f) realizar levantamento do apoio pedagógico existente nas diferentes escolas da área de saúde, e desenvolver estratégias para suprir as necessidades dos docentes;

g) promover reuniões dos coordenadores dos subprogramas a fim de avaliar o progresso obtido;

h) prestar assessoria na seleção e instalação de equipamento instrucional;

i) publicar quadrimestralmente o INFORME/PAPPS a ser distribuído gratuitamente entre todas as Escolas de Medicina, Odontologia, Enfermagem e áreas afins.



## *Desenvolvimento do Programa*

### *1. Administração do Programa*

Caberá à CAPES a Coordenação Geral do Programa. Essa Coordenação contará com um Conselho Consultivo que recomendará à Coordenação Geral a política e diretrizes do Programa. O Conselho Consultivo será composto pelo Diretor da CAPES, por um representante da SESu, por um representante da Fundação W. K. Kellogg, pelos representantes das diversas Associações de Ensino da Saúde e pelos Coordenadores dos diversos Centros.

A Coordenação Geral será eventualmente assessorada por um corpo de consultores a ser indicado pelo Conselho Consultivo. Esses consultores deverão assessorar e avaliar as atividades programadas pelos Centros Regionais.

Cabem à Coordenação Geral as seguintes funções:

1. coordenar as diversas atividades do Programa de acordo com a política e diretrizes estabelecidas pelo Conselho Consultivo;
2. coordenar a implementação da Biblioteca de Multimeios a ser criada no NUTES, a edição e divulgação trimestral de catálogos referentes a programação de cursos, seminários, *workshops* etc., e a publicação quadrimestral do INFORME PAPPS;
3. estabelecer o intercâmbio de pessoal docente e assistencial dos sete Centros Regionais;
4. proporcionar assessoria na seleção e instalação dos equipamentos e treinamento de pessoal técnico;
5. coordenar a confecção, tradução, reprodução e duplicação de materiais instrucionais;
6. coordenar visitas, estágios e reuniões de interesse para o Programa.

### *2. Dinâmica de Execução do Programa*

O treinamento deverá visar a ações a curto prazo e poderá se desenvolver através de diferentes estratégias a serem escolhidas pelos próprios Centros. Deverá visar à integração docente-assistencial e se constituir de estratégias flexíveis, rápidas e criativas. A ênfase deverá ser no treinamento de habilidades através da técnica de micro-ensino e de demonstrações. Os módulos TMS, bem como outros materiais instrucionais a serem utilizados nos treinamentos, deverão ser o veículo de uma estratégia que procure estimular experiências inovadoras de integração docente-assistencial.

Os cursos, *workshops*, seminários etc., deverão ser de atualização pedagógica, com ênfase em micro-ensino. Os cursos curtos que exigem um tempo menor de afastamento do profissional das suas atividades na Instituição e fora dela, deverão ser preferidos. Currículo, avaliação, integração docente-assisten-

cial e micro-ensino deverão se constituir em prioridades para os treinamentos.

Uma série de serviços será oferecida, no nível da Coordenação Geral, para benefício dos diversos Centros envolvidos, a saber:

#### *a) Reuniões e Grupos de Trabalho:*

Serão promovidas reuniões anuais dos Coordenadores dos Subprogramas e dos representantes das diferentes Associações de Ensino da área de saúde, a fim de avaliar o progresso obtido, detectar as falhas ocorridas e propor os mecanismos de aperfeiçoamento do Programa.

#### *b) Consultorias:*

Haverá um corpo de consultores, indicados pelo Conselho Consultivo do Programa, cujas funções serão as de assessoramento e avaliação das atividades desenvolvidas nos diversos Centros Regionais.

#### *c) Diagnóstico:*

Será feito um diagnóstico das unidades de integração docente-assistencial do setor saúde existentes nas áreas geográficas onde se localizarão os sete centros. Este diagnóstico envolverá uma sondagem dos aspectos quantitativos e qualitativos de seus docentes e demais profissionais da saúde, bem como do apoio pedagógico com que contam. Concomitantemente será pesquisado o grau de interesse potencial dessas organizações em relação ao Programa. Esse levantamento será realizado, conjuntamente pela CAPES e pela SESu. Ele fornecerá subsídios aos diversos centros para que os mesmos possam produzir um “efeito multiplicador” de suas experiências nas diversas instituições localizadas em suas áreas de influência e desenvolver estratégias que venham a suprir as necessidades docente-assistenciais detectadas.

#### *d) Banco de Informações:*

1. *Biblioteca de Multimeios* – Será centralizada no NUTES/CLATES. Terá um Centro de Reprodução e um Centro de Divulgação de Materiais Instrucionais produzidos pelo consórcio dos Centros. Deverá estabelecer uma memória do ensino nas diversas áreas da saúde através da criação de um “Banco de Materiais Instrucionais”, buscando catalogar e editar catálogos de tudo que se produz na área, de forma a servir como referência a todos os interessados. Serão catalogados todo o material instrucional produzido, os tipos de equipamentos simplificados utilizados, os projetos inovadores já realizados e em andamento.

2. *Catálogo de Programas* – Caberá ao NUTES, editar trimestralmente catálogos consolidados da programação de cursos, seminários, *workshops* etc., oferecida pelos sete Centros Regionais do PAPPS.

3. *Catálogo de Multimeios* – O NUTES editará bimestralmente o catálogo dos materiais recebidos e o enviará aos outros seis Centros do Programa e às Escolas da área de Saúde.

e) *Equipamento de Tecnologia Instrucional:*

Deverá ser fornecida assessoria para seleção e instalação dos equipamentos e, quando necessário, será dado treinamento ao pessoal técnico encarregado de operar os equipamentos.

f) *Material Instrucional:*

Serão feitas a tradução, produção e distribuição dos módulos TIPS que forem selecionados pelo corpo de consultores do PAPPS, com as adaptações necessárias a nossa realidade. Além disso, deverão ser duplicados e distribuídos outros materiais instrucionais, produzidos no Brasil, que tenham demonstrado sua eficiência como elementos facilitadores da aprendizagem.

g) *Comunicação e Divulgação*

Um Boletim Informativo será distribuído quadrimestralmente a fim de estabelecer a comunicação com todas as Escolas e instituições da área de saúde do País. Este Informe será uma publicação fácil de ser lida e terá como enfoque principal o apoio aos docentes da área de saúde e o treinamento para a integração docente-assistencial.

### 3. Avaliação

#### 3.1. Avaliação do Treinamento

A avaliação deverá ser feita através de diferentes estratégias:

- a) auto-avaliação dos Centros Regionais sobre as suas ações oferecidas às Escolas e instituições de Saúde de cada região em que o Centro atua.
- b) avaliação dos cursos, *workshops*, seminário etc., a ser realizada pelos participantes de cada evento, utilizando formulários padronizados para todos os Centros.
- c) avaliação a ser feita em reunião anual dos Coordenadores dos Sub-programas.
- d) avaliação feita através das visitas dos Consultores aos diversos Centros Regionais.

#### 3.2. Avaliação do Programa

Será feita uma avaliação global das atividades do Programa, realizadas durante os três anos, relacionando o progresso alcançado às metas propostas inicialmente e às melhorias observáveis no ensino da área da saúde, de um modo geral, e ao desenvolvimento da filosofia de integração docente-assistencial.

## BIBLIOGRAFIA

01. ABEM. Núcleo Regional de Minas Gerais -- *Programa de Regionalização docente-assistencial em saúde no Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte, ABEM, 1981. 34p. mimeog.
02. ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CORTEZ Jr., Lupércio de Souza & LEBRÃO, Maria Lucia -- Integração e regionalização das atividades de ensino e atenção médica. Problemática de Botucatu. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS MÉDICAS, 9., Curitiba, 4-7 set. 1971. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1971. p. 189-96. Tema Livre.
03. ALMEIDA, Rodolfo de Braga; FARIA, Nice Muller Xavier; CARVALHO, Valéria Maria Barbosa & XAVIER, Vinícius -- Olhos d'água. Uma experiência de integração docente-assistencial. FM-UFMG. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 18., Goiânia, 2-6 dez. 1980. *Anais*. Goiânia, ABEM, 1980. p. 125. Tema Livre.
04. ALMEIDA FILHO, Naomar -- A noção de integração docente-assistencial: planejadores de saúde como intelectuais orgânicos. *R. Bras. Educ. Méd.*, 4(1): 57-71, jan./abr. 1980.
05. ANDRADE, Maria Nilda de -- Integração docente-assistencial em enfermagem. Projeto Vitória. In: CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6., E CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 14., Rio de Janeiro, 17-19 nov. 1976. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1976, p. 397-406. Tema Livre.
06. BARBOSA, Frederico Simões -- O programa brasileiro de integração docente-assistencial no sistema de educação superior no campo da saúde. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, 7(1): 1983.
07. ———. — As utopias da educação médica (editorial). *Rev. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, 7(1): 1983.
08. BARBOSA, Frederico Simões -- A experiência de integração docente-assistencial no programa de Planaltina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17., Poços de Caldas, 14-17 nov. 1979. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1981. p. 84-92.

09. BARBOSA, Frederico S.; CARVALHO, Áttila G.; LAVOR, A. Carlile H. & SANTANA, J. F. N. Paranaguá – Atenção à saúde e educação médica: uma experiência e uma proposição. *Educ. Méd. Salud*, 11(1): 26-40, 1977.
10. BARBOSA, Frederico Simões; LAVOR, Antonio Carlile H. & GUANCIALE, Flora – Programa integrado de saúde comunitária. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS MÉDICAS, 12., São Paulo, 11-14 set. 1974. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1974. p. 309-22.
11. BARBOSA, Frederico Simões & SANTANA, José Francisco N. P. de – Regionalização docente-assistencial. O projeto Planaltina. In: CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6., E CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 14., Rio de Janeiro, 17-19 nov. 1976. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1976. p. 203-12.
12. BARBOSA, William et alii – Projeto Nerópolis. In: SEMINÁRIO A SAÚDE DA COMUNIDADE: A ESTATÍSTICA COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO, Guanabara, 19-22 ago. 1969. *Anais*. Guanabara, ABEM, 1969. p. 145-86.
13. BASSO, Julio Henrique – Programa de Saúde da comunidade da UNICAMP. Projeto de Paulínia. In: CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6., E CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 14., Rio de Janeiro, 17-19 nov. 1976. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1976. p. 139-49.
14. BELTRÁN, Roberto – Integración docente-asistencial. In: REUNIÃO DEL COMITE DEL PROGRAMA DE LIVROS DE TEXTO EN ODONTOLOGIA, 1., novembro, 1978. *Documento de trabalho*. OPS, 1978.
15. BRAGA, Ernani – Planejamento de saúde e integração docente-assistencial: algumas considerações. *R. Adm. Púb.*, Rio de Janeiro, 11(3): 57-68, set. 1977.
16. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. *Programa de integração docente-assistencial – IDA*. Brasília, MEC/SFSu, 1981. 32p. (Série Cadernos de Ciências da Saúde).
17. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Departamento de Administração Médica – *Projeto de integração, regionalização e hierarquização de serviços de saúde para áreas metropolitanas*. 16p. mimeog.
18. CAMPOS, Rubens Metello de – Integração docente-assistencial na Faculdade de Medicina de Barbacena. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17., Poços de Caldas, 14-17 nov. 1979. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1981. p. 140-1. Tema Livre.
19. ———. – Integração docente-assistencial: trabalho em equipe para relação de ajuda. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17., Poços de Caldas, 14-17 nov. 1979. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1981. p. 141. Tema Livre.
20. CHAVES, Mário M. – Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência. *R. Adm. Púb.*, 11(3): 69-80, jul./set. 1977.
21. CLEMENTE-H., Antonio & GROSSMANN, Edgard – Regionalización docente-asistencial en Venezuela. In: CONFERENCIA PAN-AMERICANA DE EDUCACIÓN MÉDICA, 6., E CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 14., Rio de Janeiro, 17-19 nov. 1976. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1976. p. 465-9. Tema Livre.
22. CONFERÊNCIA ESTADUAL SOBRE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL EM SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1., Rio de Janeiro, 7-10 maio 1980. In: *R. Bras. Educ. Méd.*, 4(2): 27-40, maio/ago. 1980.
23. COUTINHO, Amaury – Integração docente-assistencial: uma experiência na Universidade Federal de Pernambuco. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17., Poços de Caldas, 14-17 nov. 1979. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1981. p. 67-83.
24. DUEÑAS, Abel – Sistema nacional de salud en la integración docente-asistencial. In: SEMINÁRIO EL MEDICO GENERAL: una respuesta al futuro. Ascofame, jun. 1978.
25. FALEIROS, J. Justino; HALA, Iná Santos; SILVEIRA, Filasneiva & GONÇALVES, Maria Luiz – Integração docente-assistencial: relato de uma experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17., Poços de Caldas, 14-17 nov. 1979. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1981. p. 119-26.
26. FELIPE, José Saraiva – Relacionamento da equipe de saúde na prática da integração docente-assistencial. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 18., Goiânia, 2-6 dez. 1980. *Anais*. Goiânia, ABEM, 1980. p. 123-4. Tema Livre.
27. FELIPE, José Saraiva & CAMPOS, Francisco Eduardo – Sistema de saúde e integração docente-assistencial. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17., Poços de Caldas, 14-17 nov. 1979. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1981. p. 146-7. Tema Livre.
28. FUNDACION UNIVERSIDAD DEL NORTE. División Ciencias de la Salud – *Programa de regionalización docente-asistencial con énfasis en la atención primaria de salud*. Baranquilla, 1983. 63p.
29. GALÁN MORELA, Ricardo – *Integración docente-asistencial. Modelo de evaluación*. Bogotá, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1980. 43p.
30. GALÁN M., Ricardo – *Integración docente-asistencial*. Colombia, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1981.
31. GOULART, Flávio Alberto de Andrade – Obstáculos à integração docente-assistencial: o caso do programa de saúde escolar da Universidade Federal de Uberlândia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17., Poços de Caldas, 14-17 nov. 1979. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1981. p. 140-1. Tema Livre.

- ÇÃO MÉDICA, 18., Goiânia, 2-6 dez. 1980. *Anais*. Goiânia, ABEM, 1980. p. 120-1. Tema Livre.
32. GOULART, Flávio A. de Andrade & AMBRÓSIO, Melicégenes R. – Programa de saúde escolar da Universidade Federal de Uberlândia: uma experiência de integração docente-assistencial. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17., Poços de Caldas, 14-17 nov. 1979. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1981. p. 142-3. Tema Livre.
33. INTEGRAÇÃO docente-assistencial. *B. Assoc. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, 13(6): 1-3, nov./dez. 1981.
34. INTEGRAÇÃO docente-assistencial. – *R. Bras. Educ. Méd.*, 6(3): 189-95, set./dez. 1982.
35. JODROSIC, Alfredo – Integração do ensino com os serviços médicos e de saúde pública. Estudos nacionais e regionais para a realização deste propósito. In: CONFERÊNCIA DE ESCOLAS MÉDICAS DA AMÉRICA LATINA, 7., novembro de 1971. *Anais*. 1971. Tema II.
36. LAGUNA, José – Responsabilidad conjunta de las instituciones educativas y de salud en la formación del personal médico; concepto y práctica de la integración docente asistencial. 1981. mimeog.
37. MAGRO FILHO, João Baptista – Integração docente-assistencial: a experiência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17., Poços de Caldas, 14-17 nov. 1979. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1981. p. 93-118.
38. ———. – Integração docente-assistencial: a experiência na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17., Poços de Caldas, 14-17 nov. 1979. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1981. p. 145-6. Tema Livre.
39. MAGRO FILHO, João Baptista; SALGADO, João Amilcar & FERNANDES, Antônio Dilson – Projeto de regionalização docente-assistencial, integração e educação contínua em saúde, no Estado de Minas Gerais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 18., Goiânia, 2-6 dez. 1980. *Anais*. Goiânia, ABEM, 1980. p. 121-2. Tema Livre.
40. MARTINEZ, Rodrigo Barcelo – *Programa de regionalización docente-asistencial con énfasis en la atención primaria de salud*. Baranquilla, Univ. del Norte, 1981. 73p.
41. MEC – Secretaria da Educação Superior – DF. Integração docente-assistencial das faculdades de ciências médicas do país. CESu, 2º grupo – Par. nº 505/82, aprovado em 7/10/82 (Proc. nº 1.252/81). *Documenta*, Brasília, (263): 71-81, out. 1982.
42. PARROCHIA B., Esteban – Regionalización medica docente-asistencial, perfeccionamiento continuo de postgrado y adiestramiento en servicio. In: CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6., E CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 14., Rio de Janeiro, 17-19 nov. 1976. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1976. p. 191-202.
43. PLAN de trabajo conjunto OPS/W. K. Kellogg/FEPAFEM 1982 – 1983. *Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina*, 18(2): 4-5, mayo/ago. 1982.
44. PROGRAMA de apoio pedagógico aos profissionais da saúde – PAPPS. *Informe PAPPS*, 1(1): 2-3, fev. 1983.
45. PULIDO, Pablo – Para uma integração docente-assistencial coerente. *B. Assoc. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, 15(3): 1-2, maio/jun. 1983.
46. RODRIGUES RIVERA, Luis – Criterios y mecanismos para la integración docente-asistencial. In: CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA, 10., Santo Domingo, 20-5 nov. 1977. *Anais*. Santo Domingo, 1977.
47. RODRIGUEZ Neto, Eleutério – *Integração docente-assistencial em saúde*. São Paulo, Fac. Med. USP, Dep. Medicina Preventiva, 1979. Dissertação (mestrado).
48. RODRIGUEZ R., Jaime – *Marco de referênciu para trabajo docente-asistencial*. Mimeog.
49. SEMINÁRIO SOBRE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL, 19, 2-6 de ago. 1976. Brasília, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Organização Pan-Americana da Saúde, 1976. *Relatório Final*.
50. SEMINARIO SUB-REGIONAL DE INTEGRACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL EN SALUD, Cartagena, 10-11 mayo 1983. *Programa de integración operacional de servicios de salud materno infantil* -- PLOSSMI. Cartagena, Univ. Industrial de Santander, Servicio Seccional de Salud, 1983. 27p. *Informe Final*.
51. SEMINARIO SUB-REGIONAL DE INTEGRACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL EN SALUD, Cartagena, FEPAFEM/ASCOFAME, 10-11 mayo 1983. 10p. *Relato General*. mimeog.
52. SEMINÁRIO de Cirurgia Ambulatorial – O componente cirúrgico em projetos docente-assistenciais de cuidados primários e secundários de saúde. *R. Bras. Educ. Méd.*, 6(1): 52-6, jan./abr. 1982.
53. SEMINARIO NACIONAL SOBRE INTEGRACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD, México, FEPAFEM, 1983. 27p.
54. SONIS, Abraam – Educación en ciencias de la salud y atención médica: análisis de su interrelación. *Educ. Méd. Salud*, 10(3): 233-53, 1976.
55. SOUZA, Virgínia Cândido Tosta de & MACHADO, Benedito Faria – Integração docente-assistencial regional – estágio rural. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17., Poços de Caldas, 14-17 nov. 1979. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1981. p. 143-4. Tema Livre.

56. TEIXEIRA, José Carlos de Oliveira & OLIVEIRA, José Limar de – Nossa experiência em integração docente-assistencial no Hospital Escola e Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 17., Poços de Caldas, 14-17 nov. 1979. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1981. p. 141-2. Tema Livre.
57. TERUEL, J. R. – Regionalización docente assistencial. In: CONFERENCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6., E CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 14., Rio de Janeiro, 17-19 nov. 1976. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1976. p. 213-6.
58. VELOSO, Cid – Integração docente-assistencial. *Boletim dos Centros de Estudos – INAMPS*, Minas Gerais, 3(12): 85-8, maio/ago. 1981.
59. ZELDIS MANDEL, Alejandro – Regionalización docente-asistencial. In: CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6., E CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 14., Rio de Janeiro, 17-19 nov. 1976. *Anais*. Rio de Janeiro, ABEM, 1976. p. 165-70.

Este livro deve ser devolvido  
na última data carimbada

03.10.2001			