

A FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (MFC): A EXPERIÊNCIA DE PROFESSORES NO DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Autores Marina Patrício Arruda, Paola Branco Schweitzer Arantes, Júlio César de Castro Ozório, Naiani Sgarbi Silveira, Áureo Renato Matias de Souza

Instituição 1. UNIPLAC, Universidade do Planalto Catarinense, Av. Castelo Branco
170

Resumo:

Caracterização do problema: Sabe-se que a universidade, a exemplo da sociedade, se fragmentou em busca da especialização e que, por longo tempo, manteve um pensamento reducionista possibilitando o surgimento de diferentes questionamentos acerca da educação médica, muitas vezes, centrada na doença e com base hospitalocêntrica. Segundo TESSER (2001), a atual crise da atenção à saúde vem ligada ao exercício cotidiano desse saber biomédico de racionalidade linear e mecânica. Assim, o reducionismo biológico deve dar lugar a um olhar plural que dê conta de outros fatores que envolvem outras instâncias, a cultura, o entorno social e ambiental, por exemplo, indissociáveis da vida humana. Tomando por base a teoria sistêmica, experimentamos uma mudança paradigmática da visão centrada no indivíduo para uma visão centrada num sistema relacional - pois "Não é mais possível considerar o indivíduo sem o seu contexto"(Morin, 2000). Neste processo está o desafio da reforma do pensamento de modo a superar especializações lineares e reducionistas que não condizem com a complexidade do campo da saúde. O pensador Edgar Morin defende a interligação de todos os conhecimentos, combatendo o reducionismo instalado em nossa sociedade e valorizando a complexidade do todo, tendo em vista que o conjunto facilita a aprendizagem porque contextualiza o conhecimento e nos permite conhecer o papel do pensamento reducionista na formação do profissional da área biomédica. O pensamento linear oriundo do século XIX colocava o desenvolvimento da especialização como supremacia da ciência, contrapondo-se ao saber generalista e globalizante. A complexidade propõe um modelo educacional emancipador, pois favorece a reflexão do cotidiano, o questionamento e a transformação social. O ser humano traz em si um conjunto de características antagônicas e complementares. Ao mesmo tempo que é sábio é louco; é razão e emoção; vive de muitos jeitos e se apresenta com várias perspectivas. É uma unidade complexa, portanto admite antagonismos, complementaridade e indissociabilidade. Esta mudança paradigmática na forma de pensar o ser humano possibilita a transformação das práticas profissionais e situa a capacidade docente dos professores da Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC, na adoção da Estratégia da Educação Permanente (EP) para a formação do Médico de Família e Comunidade (MFC) voltado à atenção integral à saúde de pessoas de todas as idades e gêneros, de maneira continuada e interdisciplinar. Formar para esta especialidade é buscar uma fundamentação na interligação de todos os conhecimentos, se opondo ao reducionismo instalado em nossa sociedade e valorizando a complexidade do todo, tendo em vista que o conjunto facilita a aprendizagem porque contextualiza o conhecimento. **Descrição da experiência:** Originalmente criada como Medicina Geral Comunitária, esta especialidade médica foi oficialmente reconhecida pela Comissão Nacional de

Residência Médica (CNRM) em 1981, através da edição da Resolução 07/81. Em 2002, após uma ampla mobilização da sua entidade associativa, houve a troca do nome para Medicina de Família e Comunidade, nome com o qual passou a integrar a lista oficial de especialidades médicas reconhecidas pela Comissão Tripartite composta pela CNRM, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Vale destacar que no final de 2003 a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) passou a integrar oficialmente a Associação Médica Brasileira (AMB). Especificamente em relação à formação médica, o número de programas de residência médica é reconhecidamente “ínfimo em relação às necessidades da população” (Grossman, 2002). Em todo o Brasil, existem atualmente menos de quarenta programas de residência credenciados ou em processo de credenciamento pela CNRM e em funcionamento, oferecendo cerca de 200 vagas para ingresso no primeiro ano. Buscando superar em parte essas dificuldades já no âmbito da graduação, os Ministérios da Saúde e da Educação instituíram em 2002 o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED. O seu objetivo principal era incentivar as escolas médicas brasileiras a incorporar mudanças pedagógicas significativas nos seus currículos, ao mesmo tempo em que aproximassem a formação ao Sistema Único de Saúde (Brasil, 2002). No caso específico da Residência Médica em “Medicina de Família e Comunidade”(MFC) da UNIPLAC, a Educação Permanente configurou-se como uma estratégia de formação dos preceptores envolvidos no processo de formação médica frente a necessidade de mudança do modelo de saúde do país. Esta experiência se desenvolveu por meio de encontros quinzenais de Educação Permanente, ao longo dos anos de 2008 e 2009, e as reflexões para a transformação da prática destes professores-médicos obedeceram a lógica das problematizações registradas a cada encontro. **Efeitos alcançados e recomendações:** Nesta experiência observou-se que o caminho para a formação médica propõe desafios estruturais porque trazem à tona o confronto entre uma formação centrada na doença e com base hospitalocêntrica e outra, voltada ao saber generalista e globalizante. A Educação Permanente em Saúde (EPS), tal como concebida pelos gestores do Ministério da Saúde, tem como pressuposto pedagógico a noção de aprendizagem significativa, e a orientação de que os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho. Dessa forma, a experiência dos professores no desenvolvimento da Educação Permanente pautou-se na transformação das práticas e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades dos residentes, desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações (Arruda et al, 2008). O trabalho dos residentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) possibilitou discussões sobre a diversidade de casos encontrados, a necessidade de aprimoramento para o trabalho em equipe, planejamento de ação e execução, aprofundamento do conhecimento, dedicação dos preceptores e da coordenação do programa tendo em vista a estrutura física precária e a falta de experiência de todos na integração com os serviços de saúde. Neste sentido, a Educação Permanente apresentou-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir na transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde. Muito se investiu na criação de um ambiente propício à construção

compartilhada do conhecimento, no qual o “escutar” se tornou mais importante que o “falar”. Em muitos momentos tornou-se importante refletir sobre a concepção do **aprender a aprender** como um processo de responsabilidade no qual todos os participantes se tornaram co-construtores de um projeto de residência médica desejado. A idéia de co-responsabilidade não está relacionada ao estabelecimento de um *programa* de aprendizagem estabelecido *a priori*, pois vários esforços voltaram-se ao enfrentamento de incertezas decorrentes da dinâmica estabelecida a cada dia naquele espaço de formação. *Aprender a aprender* dentro da proposta da educação permanente é um tipo de aprendizagem orgânica, que comporta correções, modificações, adaptações dinâmicas para produzir mudanças profundas na forma de pensar o processo de educação em saúde. E neste encaminhamento, reflexões profundas emergiram. Os integrantes da EP concordaram que a formação de uma primeira turma teve o ônus da inexperiência, mas em contrapartida congregou a possibilidade da criação e inovação de uma Residência Médica na qual tudo estava por fazer. Na reflexão sobre esta experiência concluíram que a proposta foi levada adiante por idéias e ideais já que não havia compensação financeira. E foi com muita responsabilidade que responderam às inúmeras exigências, já que se tratava de um grupo composto por apenas quatro professores. Por isso, atribuíram à colaboração do Programa de mestrado em Saúde Coletiva, parte do êxito obtido na concretização da proposta aqui registrada. O espaço da *educação permanente* foi considerado como estratégia de renovação da prática por meio da reflexão e da relação de troca entre estes professores médicos. No desenvolvimento do processo de EP problematizaram; a necessidade de se investir na formação humana do residente, a retomada da própria capacitação docente dos preceptores e o desafio de um processo de educação mútua, no qual todos pudessem aprender uns com os outros. Registraram também a necessidade de se pensar: a valorização das qualidades individuais de cada residente, o estímulo à troca de experiências entre eles, a criação de um espaço para discussões de casos clínicos dentro das UBS, a distribuição do tempo de modo a se reservar espaço para ouvir as reclamações/sugestões dos residentes, a importância de se ter autonomia em relação à Secretaria Municipal de Saúde e a capacitação dos funcionários da unidade sobre o que é, e como funciona uma Residência Médica. Destacaram ainda que é preciso orientar melhor os residentes sobre “como atender melhor os pacientes”. Observaram que tecnicamente as pessoas não falham, mas falham com as pessoas. O bom atendimento dificilmente aparece. O acolhimento como atitude de respeito e cuidado nas ações de atenção nas unidades de saúde pode garantir um ambiente de confiança favorável aos residentes, às equipes e aos serviços. Eis que a interdependência de ações problematizada pelo processo de educação permanente surge como fundamento de grande significado para a formação do Médico de Família e Comunidade (MFC).

Palavras-chaves: formação, médico de família e comunidade, educação permanente

Referências Bibliográficas

ARRUDA, M. P. ET all . EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA ESTRATÉGIA METODOLÓGICA PARA OS PROFESSORES DA SAÚDE. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 34, p. 508-524, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância ambiental em saúde. Brasília: MS/FUNASA, 2002.

GROSSMAN C. Os desafios da saúde. Nates – Núcleo de Assessoria, treinamento e estudos em saúde. 1998; 1:8-10.

MORIN, E. A cabeça bem-feita. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.