

A close-up photograph of a doctor's hands in a white lab coat, holding a blue stethoscope over a patient's chest. The patient is lying in a hospital bed, covered with a white sheet. The background is softly blurred, showing more of the patient and the hospital environment.

3

NOVOS CAMINHOS

NOVAS ESCOLAS MÉDICAS E REGIONALIZAÇÃO

NOTA TÉCNICA 3/2015

NOVAS ESCOLAS MÉDICAS E A REGIONALIZAÇÃO
NEW MEDICAL SCHOOLS AND REGIONALIZATION

GUILHERME ARANTES MELLO* †
MARCELO MARCOS PIVA DEMARZO*

Os autores integram o grupo de pesquisadores do projeto Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes). Também são membros da Unidade Gestora do Projeto (UGP).

* Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP

† Universidade Católica de Santos/ UNISANTOS

Nos últimos anos o conceito de regionalização assumiu um lugar central no debate da organização da assistência no SUS. Uma questão inicial é que grande parte deste destaque ainda se concentra na alta burocracia e círculos acadêmicos, de modo que a mentalidade gerencial – e clínica – mantém-se permeada pela ótica da descentralização e municipalização. O que equivale dizer que a incorporação tecnológica ainda é fortemente pensada pelas Secretarias de Saúde em termos de ‘equipamentos municipais (ou estaduais)’, em detrimento da visão de interdependência e integração de redes regionalizadas. Há ainda outro grave problema para essa consecução regional, estratégico e de notória responsabilidade acadêmica: a realidade é que resta ainda ao conceito de regionalização dialogar francamente com o século XXI.

A ideia de regionalização em si não é nova. Defendida desde a primeira metade do século XX, alcançou maior visibilidade a partir da década de 1960, anos de efervescência do discurso do planejamento em saúde.¹⁰ É interessante observar que desde seus primórdios a ideia mantinha-se fortemente vinculada ao sistema de ensino, extensão e pós-graduação médica.^{4,14}

No Brasil, a incorporação histórica da regionalização no discurso sanitário trilha um caminho comum ao campo, na qual o conceito é moldado em um arcabouço administrativo do pensamento burocrático na saúde, e que enfim se vê delimitado a um plano que poderia ser tratado como intra-setorial. Com isto progressivamente se afasta de um ideal mais abrangente de interações, não somente do ensino médico, como também de outras propostas e desenhos regionais da área da educação, agricultura, trabalho, cidadania etc. (este raciocínio é mediado pelo conceito de ‘integralidade’, que, da mesma forma, ao se restringir ao campo ofusca a ideia de integração do setor saúde com outros setores produtivos da sociedade – vista ainda nos anos 1970 por Reinaldo Ramos como integração ‘intersetorial’^{13,p.5} –; contribuindo também para baixa visão estratégica da ciência, tecnologia e inovação no pensamento sanitário das décadas seguintes).

Como é sabido, mesmo incorporada aos princípios do SUS a visão regional é eclipsada nos anos 1980-90 pela janela histórica que se oportunizou à municipalização do sistema, em sinergia com a antiga aspiração municipalista.^{10,16} Sua reabilitação política pode ser acompanhada em particular pelas normativas ministeriais e sua sopa de letrinhas na qual se inscreve NOAS, PDR, PDI, PPI, Pacto,

CIB, CGR, CIRS, COAP etc. No entanto, essa dinâmica – que se estende por um período significativo de mais de uma década desde a inflexão das NOAS – não é acompanhada na mesma intensidade no plano intelectual; refreando o navegar do SUS pela própria dificuldade de identificar correntes audaciosas.

Essencial, a análise de condicionantes e determinantes para a coordenação e cooperação regional em saúde expõe toda uma gama multidimensional de desafios em face do arcabouço interfederativo brasileiro.⁸ Mas, grosso modo esse corpo analítico confere pouca relevância ao papel acadêmico neste processo, especialmente de formação (caberia o ditado ‘quem não é visto não é lembrado’?). Ao contrário, aqui se entende como crucial ao processo de regionalização a responsabilidade e protagonismo acadêmico, desde sua base formadora à atualização do conceito, desvelando novos veios teóricos, processos e tecnologias.

O Programa Mais Médicos para o Brasil – com suas dezenas de novos cursos ávidos por uma cultura institucional vibrante – deve ser encarado em seu enorme poder indutor de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CTIS). Trata-se da previsão de abertura de 11,5 mil vagas nos cursos de medicina nos próximos dois anos e quantidade semelhante na formação de especialistas até 2020⁽⁷⁾. Neste ponto vale a pena um olhar sobre as opções da Universidade Federal do ABC.¹¹

Diante de uma daquelas raras janelas históricas que se abre – não em um tempo qualquer, mas de raríssima ruptura epistemológica global – o setor saúde deve passar intensivamente a ser ensinado e aprendido (e apreendido) como um poderoso complexo regional e produtivo da saúde. Mas, ainda assim não satisfaz, pois é fundamental que se indague: qual a escala e magnitude da aposta epistêmica desse novo processo?

Não é motivo deste texto estender sobre tão vasta seara, senão, pelo menos, instigar questões que parecem mais prementes e provocar o debate. De início não deve restar dúvida que a escala de transformação deva ser sistêmica, global. O modelo teórico de Hartz e Contrandiopoulos⁵ traz um bom auxílio visual sobre essa pretensão, enquanto distingue o tamanho do problema. Integração normativa, funcional, de equipe clínica e cuidado, representam dimensões sociais, profissionais e políticas das mais diversas; e relaciona governança, capacidades técnicas e representações de valores. Ainda

assim, em uma atualização esquemática seria desafiante suplantar a ideia de modelo fechado, mecânico, binário e sem uma clara dimensão regional de interdependência.

Por outro lado, como propor uma nova episteme se apenas aprendemos a pensar burocraticamente em termos de protocolos, decretos, departamentos e autarquias? Não que isto seja dispensável, é de grande valia, mas claramente insuficiente ao diagnóstico atual; e já anacrônico a uma visada brevíssima.

Segue então o elenco de algumas ideias para debate do protagonismo acadêmico necessário:

Hospitais de ensino

O hospital de ensino tem um papel central no modelamento regional dos serviços saúde. A rigor, é possível dizer que sem um hospital de ensino, ou equivalente, não há regionalização possível (questão que não deve ser confundida com o atenção individual, com seu foco privilegiado na atenção primária e oposição ao modelo hospitalocêntrico de cuidado). Oportunamente, todo hospital ligado aos novos cursos deve ter a compreensão e o delineamento regional moldando formalmente sua cultura institucional (missão, valores, estatutos etc.).

Ensino-aprendizagem

Os novos cursos já contam com o benefício do padrão pedagógico baseado em metodologias ativas. Entretanto, não se pode confundir a ferramenta com o projeto. É bem possível reforçar estruturas arcaicas com ferramentas novas. Também não há ferramenta universal; não só uma construção precisa de uma caixa completa de ferramentas como, para aquelas vanguardistas, é preciso desenvolver outras tantas próprias.

Com ferramental apropriado, uma matriz curricular ambiciosa deve orientar o projeto pedagógico para as necessidades atuais e futuras. Um dos desafios agudos trata do excesso de horas que os estudantes brasileiros dispendem em sala de aula em contraste com o modelo internacional – em correlação indireta com horas de estudo. Passividade que repercute nos desígnios da própria formação nacional em CTI (tema

frequente de palestras ligadas à CAPES*). Fora de sala, além de uma adequada carga de estudos, por que não elaborar situações problemas para as quais são necessárias visitas ou entrevistas in loco; como poderia ser o caso das CIRS? Programar participação em planejamentos. Além disto, considerando todo o aporte multiprofissional e intersetorial, pensar em currículos verdadeiramente centrífugos em oposição ao aprendizado centralizador do atual modelo. Para isto talvez se faça necessário pensar o curso de trás para frente, isto é, iniciando pelo ponto de chegada – profissional inserido num sistema regionalizado –, e a partir daí desenhar o caminho curricular de maneira incremental². Estágios para serem cumpridos nos vários equipamentos regionais – numa visão de ‘currículo baseado no sistema de saúde’³ –, fazendo com que o estudante compreenda na prática e na pele a necessária integração regional. Indiretamente, dois ganhos inéditos podem ainda ser contabilizados. Primeiro, ao inculcar da maneira mais crua possível a imperiosa necessidade de políticas e critérios de incorporação tecnológica no sistema de saúde¹⁵. Noutra vertente, a combinação regional de graduação, extensão e pós-graduação propicia que uma cultura do ‘nós’ tome lugar da atual relação ‘eu-eles’.

Epistemologia

Aqui se encontra um grande desafio, posto que qualquer visão setorial se insere numa transição epistemológica global. E que poucas linhas sobre o assunto sempre redundará em grave reducionismo.

De um ponto de vista específico e setorial, é mister suplantando a antiga compartimentação em sistema primário, secundário e terciário. Atualmente a menor parte do sistema, ou seja, a menor unidade de subsistema autônomo, significa cada uma das pessoas envolvidas naquele momento. Seguramente a visão de sistemas mecânicos reguladas por protocolos deve ser refinada pela influência dos sistemas complexos adaptativos.¹² Tudo isso voltado para as necessidades coletivas, mas agora também centrado nas expectativas dos usuários (consumer-driven health systems). A necessidade de atualização tecnológica básica da assistência em relação àquelas disponíveis cotidianamente em outros setores vê as distancias crescerem a

* Por exemplo, palestra de Marcio de Castro Silva Filho, diretor de Programas e Bolsas no país (DPB) da CAPES, na Universidade Católica de Santos, Santos-SP, em 26 de novembro de 2014.

cada dia. Com lembra um dos mais conhecidos diagnósticos norte-americano sobre este atraso, é como se precisássemos ultrapassar a barreira do som e tivéssemos disponível apenas um Ford 1929.7,p.24 As possibilidades das ‘tecnologias disruptivas’ são ilimitadas.6 Sem necessidade de maior detalhamento neste instante, algumas considerações iniciais acerca de possibilidade de CTIS e atenção primária, base elementar da formação em saúde, pode ser encontrada em texto anterior.9

De outro ponto de vista, o debate tecnológico deve ser confrontado com o humanístico. Não há como ir contra a inovação, dela depende a independência tecnológica do país (que dela dependem as políticas sociais). Mas inovação pressupõe relações de mercado, que acirram a dimensão financeira, que por sua vez desnuda um vetor de acumulação. Do seu lado, não se desconhece o forte apelo de mercado para que o consumo no setor saúde se naturalize como em qualquer outro. Tal constatação coaduna com as palavras de sabedoria do Frei Betto, que antevê a nova epistemologia global como voltada para mercadorização total do humano, natureza e suas relações; e cuja antítese da humanização médica se dá justamente através da mercantilização da medicina*. Portanto, embora a regionalização traga potencialmente embutida toda a discussão curricular, de complexidade e CTIS, ela por si mesma não pode confrontar seus próprios percalços. E a nova episteme clama à medicina grande sistematização e tessitura pelo campo da bioética e equidade social. Defender o paciente dos excessos do sistema, da medicalização, das doenças criadas (disease mongering) e do sobrediagnóstico (overdiagnosis); e o próprio sistema da captura puramente mercantil.

Considerações finais

Este ensaio nasce do diálogo da experiência docente dos autores em contato com propostas e atuação de novos cursos médicos – ou previstos – oportunizadas em visitas de campo ligadas ao “Projeto Região e Redes” e outras, como visitas de avaliação de novos cursos pelo MEC. Como aventado acima, o texto busca provocar o campo do ensino médico – e os demais da saúde, atravessado pelos departamentos de medicina preventiva/saúde coletiva –, ir além da polarização de ferramentas (por ex. metodologias ativas, simulação), processos (por ex. integração, coordenação) e conhecimentos (atenção primária versus especializada); todos importantes mas

* Palestra no Simpósio do Programa Mais Médicos. UNIFESP, 11/02/2015.

insuficientes ao século XXI. Neste propósito despontariam três grandes conceitos a permear os novos currículos: ‘Regionalização’, como menor unidade de complexidade do sistema integral; ‘Bioética’, como campo de proteção das bases humanísticas; e ‘Equidade’, como base de construção do papel social da medicina.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diagnóstico da Saúde no Brasil [Internet]. 2015 [citado 2015 fev 12]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>>.
2. Demarzo MMP, Fontanella BJB, Melo DG, Avó LR, Kishi RGB, Mattos ATR et al. Internato Longitudinal. Rev. bras. educ. med. 2010;34(3):430–7. DOI: 10.1590/S0100-55022010000300013
3. Demarzo MMP. Transforming health professionals' education. Lancet. 2011;377(9773):1235. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60492-3
4. Grant JB. Medical Regionalization and Education. J Med Educ. 1955;30(2):73–80.
5. Hartz ZM de A, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública. 2004;20(supl 2):S331–6. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800026.
6. Iglehart JK. Connected health. Emerging disruptive technologies. Health Aff. 2014;33(2):190. Doi: 10.1377/hlthaff.2014.0042
7. Institute of Medicine (U.S.). Crossing the quality chasm. Washington, D.C.: National Academy Press; 2003.
8. Lima LD, Viana ALD, Machado CV. A regionalização da saúde no Brasil. Condicionantes e desafios. In: Scatena JHG, Kehig RT, Spinelli MAS, (org). Região de Saúde diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 21–46.
9. Mello GA, Bousquat A, Demarzo MMP. Ciência, tecnologia e inovação na atenção primária: subsídios ao debate. In: Viana AL, Ibañez N, Bousquat A (org). Saúde, desenvolvimento, ciência, tecnologia e inovação. São Paulo: Hucitec:CEALAG; 2012. p. 414–63.

10. Mello GA, Viana AL. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2012;19(4):1219–40. DOI: 10.1590/S0104-59702012000400007
11. Nassif L. A revolução da Federal do ABC [Internet]. 2014 [citado 2015 fev 28]. Disponível em: <http://jornalggn.com.br/noticia/a-revolucao-da-federal-do-abc>.
12. Plsek P. Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems. In: Institute of Medicine (U.S.). *Crossing the quality chasm*. Washington, D.C.: National Academy Press; 2003. p. 309–22.
13. Ramos R. A integração Sanitária: doutrina e prática [Tese de livre-docência]. [São Paulo]: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1972.
14. Ryder B. Regionalization of medical services in New England. *Am J Public Health*. 1950;40(5):602–4.
15. Silva HP, Petramale CA, Elias FTS. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Públ*. 2012;46:83–90. DOI: 10.1590/S0034-89102012005000060
16. Viana AL. Descentralização e política de saúde. Origens, contexto e alcance da descentralização. São Paulo: Hucitec; 2013.