

# TEMAS AMBIENTAIS NA EDUCAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

---

*Jadete Barbosa Lampert*

A Terra é um planeta sinfônico. A sinfonia chama-se Vida. As notas são tudo o que está vivo. Através dos tempos, uma das notas, o homem, salientou-se e quis que toda a sinfonia estivesse voltada para ele. A criatura humana, sem dúvida, se destaca da natureza pelas possibilidades de investigar, construir modelos teóricos, registrar e transferir às gerações subseqüentes suas experiências acumuladas, mecanismos que lhe permitiram elevar-se bem acima das demais espécies com as quais convive na biosfera. No entanto, nenhuma espécie vive sozinha. E, após destruir preciosos trechos da partitura, o homem percebeu que a sinfonia só existe como conjunto. Para a sua sobrevivência, é preciso que todos os demais seres tenham também a sua chance. Em outras palavras, é imprescindível garantir a perpetuação da diversidade biológica que caracteriza o nosso planeta. Portanto, estamos falando de saúde em escala planetária, ou seja, da vida, da ameaça das doenças, do envelhecimento e da morte. E, por extensão, do papel que o conhecimento científico pode desempenhar para proporcionar melhor qualidade de vida a todas as espécies, em particular à espécie humana, e igualmente para melhor qualificar o processo de formação dos profissionais que se dedicam a esta nobre tarefa.

## Alterações do ambiente e saúde

A noção da existência de relações entre a manifestação de doenças e certos fatores ambientais é referida desde a mais remota antiguidade. Os fenômenos meteorológicos como os eclipses, as secas e as chuvas diluviais eram tidos como de mau agouro e interpretados como prenúncio de castigo, relacionando-se ainda com o surgimento de doenças e epidemias. Em toda a história do ocidente há referências também à importância das condições de vida como determinantes da saúde. Trabalhos científicos e formulação de políticas têm-se voltado para esta relação.

A degradação do meio ambiente que presenciamos e que se reflete na saúde mobilizou, progressivamente, diversos segmentos da sociedade para o entendimento das reais dimensões e para alternativas atenuantes do problema. Dessa forma, a saúde teve de voltar-se necessariamente para uma abordagem interdisciplinar e intersetorial. A ciência social tem procurado analisar a dinâmica e as inter-relações das forças propulsoras das modificações ambientais no nível das atividades econômicas, do uso da tecnologia, de comportamentos e padrões de consumo, de valores culturalmente aceitos – determinantes sociais – e do crescimento populacional. A ciência ambiental tem analisado os fenômenos e processos ambientais em seus níveis físico-químico e biológico com o objetivo de avaliar a dinâmica dos componentes das mudanças no meio ambiente, cada vez mais intensas. E ao setor saúde, por sua vez, coube a responsabilidade de entender de que maneira estes mesmos fatores ambientais afetam negativamente a saúde e o bem-estar humanos.<sup>1</sup>

A temática ambiental nas últimas três décadas experimentou, desde a Conferência de Estocolmo<sup>2</sup>, em 1972, uma aproximação relativamente bem-sucedida, em termos conceituais, com a temática do desenvolvimento, tendo ficado consagrada a partir da Rio/92<sup>3</sup> a expressão *desenvolvimento sustentável* para se referir a um crescimento econômico que não mais fosse devastador dos recursos naturais e que levasse em conta as necessidades das gerações futuras e seu direito à vida e à natureza. Desenvolvimento sustentável vem sendo usado para analisar as possíveis soluções integradas para duas crises contemporâneas simultâneas que se reforçam mutuamente: a) *a do desenvolvimento social global*, que se refere à totalidade complexa de forças que têm contribuído para processos de exclusão social, de marginalidade, de hipermobilidade do capital financeiro e industrial, de declínio dos salários, de desemprego, de colapso

<sup>1</sup> CONFALONIERI, Ulisses E. C. Qualidade de vida e controle dos riscos para a saúde: o caso das mudanças ambientais globais. In: HERCULANO, Porto & FREITAS, Carlos Machado de. (org.) *Qualidade de vida & riscos ambientais*. Niterói: EDUFF, 2000. p. 323-343. ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da Medicina*. Tradução Laureano Pellegrin. Bauru/SP: EDUSC, 2001. 139 p.

<sup>2</sup> Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano (UNCHE) realizada em Estocolmo, 1972.

<sup>3</sup> Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (CNUMAD/UNCED) realizada no Rio de Janeiro, 1992.

<sup>4</sup> HERCULANO, Selene. Apresentação. In: HERCULANO, Selene.; FREITAS, Carlos Machado de. & PORTO, Marcelo Firpo de Souza (org.). *Op. cit.*

<sup>5</sup> A reunião da CMDS, realizada de 26 de agosto a 4 de setembro de 2002, constituiu-se no principal evento promovido pelas Nações Unidas fora da área estritamente econômica na última década. A presença de 193 países com 105 Chefes-de-Estado, mais 58 organizações internacionais, fez com que se reunissem 7.900 delegados oficiais e cerca de 40 mil pessoas num megaevento que ao final produziu dois documentos: a *Declaração Política* e o *Plano de Implementação*, sendo este último o texto de conteúdos que foi debatido parágrafo por parágrafo nas reuniões que, de um lado, compreendiam o G7 formado pelos países desenvolvidos e, de outro, o G77 com as nações em desenvolvimento (Informe de Vitor Gomes Pinto, Coordenador da Unidade de Conhecimento e Tecnologia da Saúde – Departamento Nacional Sesi/CNI – componente da delegação brasileira em Johannesburg, setembro, 2002). O Compromisso de Johannesburg está centrado no respeito às necessidades básicas dos seres humanos; no acesso à saúde; na dignidade humana; no acesso à água limpa, ao saneamento básico, à energia, à segurança alimentar; no respeito à diversidade biológica, tendo como fatores de importância fundamental a tecnologia, a educação, a capacitação e a criação de empregos.

<sup>6</sup> HERCULANO, Selene C.; FREITAS, Carlos Machado de. & PORTO, Marcelo F. de Souza. Introdução: qualidade de vida e riscos ambientais como um campo interdisciplinar em construção. In: HERCULANO, Selene C.; FREITAS, Carlos Machado de. & PORTO, Marcelo F. de Souza (org.) *Op. cit.* p. 24.

das instituições monetárias reguladoras, de ampliação da dívida global que têm feito com que o dito terceiro mundo persiga um modelo de desenvolvimento orientado para a exportação e para o ajustamento estrutural; e b) *a crise ambiental global*, que diz respeito não somente a questões ambientais relativamente em moda – efeito estufa, buraco na camada de ozônio, poluição dos oceanos etc. – mas também a uma acumulação em escala global do que pode ser encarado como miríades de problemas locais (embora tendo na origem uma lógica econômica global), tais como degradação dos solos, desertificação, envenenamento da água.<sup>4</sup>

Os debates nesta área mostram linhas de tensão entre os que têm perspectiva humanista, cuja premissa é priorizar o ser humano, e os defensores estritos da natureza. Aqui nos referimos à perspectiva humanista entre a militância ambiental e social, que se consubstanciou na Agenda 21 (UNCED, Rio/92), reforçada recentemente na reunião da Cúpula Mundial do Desenvolvimento Sustentável (CMDS), realizada na cidade de Johannesburg, na África do Sul.<sup>5</sup>

A problemática ambiental vem trazendo cientistas da natureza e cientistas sociais para um convívio e um trabalho convergente. Os cientistas da natureza aprendem a se pausar por valores da cidadania e não naturalizar os fenômenos sociais, que são históricos, enquanto os cientistas sociais aprendem a usar conceitos das ciências naturais para elaborar indicadores para políticas de planejamento de qualidade de vida e de controle de poluição ambiental.

*Discute-se o próprio conhecimento científico e o papel social da ciência na elaboração e implementação das políticas. Os cientistas vêm tendo sua expertise sobre os efeitos nocivos da ação produtiva sobre o meio ambiente e sobre a saúde a um só tempo convocada e criticada pelas partes em confronto. O chamado direito, a saber, vem-se configurando como um dos direitos básicos da cidadania.<sup>6</sup>*

A educação de recursos humanos em saúde pressupõe uma formação de profissionais com competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para tratar de forma crítica as demandas em saúde, no enfoque geral, abordando sua totalidade, ou em áreas específicas dos diferentes cursos e nas diversas especialidades. Em um contexto dinâmico de interação do homem com a natureza, estes profissionais devem ter, além do diagnóstico e tratamento das doenças, a visão abrangente das causas físico-químicas, sociais e ambientais que estão nas suas origens. Trata-se, portanto, da compreensão, em qualquer área da saúde, de como a mesma se situa na preservação e promoção da saúde dentro do contexto maior.

O setor de saúde, em tempos modernos, organiza-se em torno de um modelo de atenção à doença, tendo fortemente os hospitais e a tecnologia sofisticada como o centro da assistência. O imaginário popular se remete facilmente a situações de doenças quando se fala ou trata-se de saúde.

Durante a década de 50, houve uma proliferação de conferências e seminários que fixaram as linhas gerais de desenvolvimento da medicina preventiva para as décadas seguintes. Portanto, inicia-se um movimento notabilizado a partir do *Informe Lalonde* de 1974.<sup>7</sup>

Este movimento teve como marco a Carta de Ottawa, de 1986, que formulou oficialmente a proposta de Promoção da Saúde<sup>8</sup> e ampliou o seu entendimento como qualidade de vida. Isso se fez com a identificação de determinantes da saúde situados no plano biológico e, além dele, no estilo de vida do indivíduo e no meio ambiente em que o mesmo se insere. Esta Carta propõe cinco campos de ação: 1) a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) a criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) o reforço da ação comunitária; 4) o desenvolvimento de habilidades pessoais; 5) a reorientação do sistema de saúde. Ficam assim propostas mudanças com a superação do modelo biomédico centrado na doença como fenômeno individual e na assistência curativa desenvolvida em clínicas e hospitais, como o foco essencial de intervenção. “Os resultados são transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e na formação dos profissionais”.<sup>9</sup>

O Brasil marca na sua história a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, e o movimento da Reforma Sanitária fundamentada no modelo da medicina preventiva e da promoção da saúde, fatos que influíram decisivamente na formulação das políticas constitucionais do setor. Lê-se no artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988: “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. No artigo 200, o inciso III prescreve: “ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”.<sup>10</sup> Nesta Constituição Cidadã, saúde é definida de forma ampliada, como uma resultante de condições e qualidade de vida.

<sup>7</sup> *Informe Lalonde – A New Perspective on the Health of Canadians*. Lalonde, ministro da Saúde do Canadá à época, elaborou esse estudo motivado por interesses políticos, técnicos e econômicos. Pretendia enfrentar os custos crescentes da assistência médica e responder ao questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças, com resultados pouco significativos, relegando os fatores que as originam.

<sup>8</sup> A 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa/Canadá, que enfatiza a solidariedade e a equidade, seguiram-se mais quatro conferências internacionais sobre Promoção da Saúde: Adelaide/Austrália (1988) – sobre políticas públicas saudáveis e novas alianças em saúde; Sundsvall/Suécia (1991) – para o engajamento ativo dos povos na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde; Jacarta (1997) – enfoque em novos atores para uma nova era e no reforço da ação comunitária; México (2000) – reforçando o conjunto das declarações resultante das conferências anteriores, relatou aspectos relativos a prioridades, liderança, importância de planos nacionais que incluam o relativo à promoção e a possibilidade de desenvolvimento de Redes Nacionais, com os programas de promoção que sejam criados.

<sup>9</sup> BUSS, Paulo. Promoção de saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Abrasco, 5(1): 163-77, 2000. p. 171.

<sup>10</sup> REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. *Constituição Brasileira*. Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, 1988.

*Sua conceituação ultrapassa a visão biomédica, permite a integração, na sua elaboração histórica, tanto da interdisciplinaridade, da discussão do híbrido biológico-social, como da incorporação da cultura e do protagonismo dos movimentos e dos sujeitos sociais.*<sup>11</sup>

<sup>11</sup> MINAYO, Maria Cecília. Ciências sociais em saúde no Brasil: vida longa e recente relevância. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, maio/agosto, 2000. p. 46.

## Promoção da saúde: um novo paradigma?

A discussão de experiências reforça o papel da Promoção da Saúde como um campo de ação interdisciplinar e intersetorial cujo objetivo comum é a qualidade de vida e o desenvolvimento humano sustentável. Articulando a academia, a administração pública e a sociedade civil, essas experiências qualificam e referendam a gestão social como estratégia fundamental ao enfrentamento cotidiano dos problemas de saúde e de seus determinantes.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> ABRASCO. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Promoção da Saúde no contexto do DLIS - desenvolvimento local integrado e sustentável. *Boletim Abrasco*, ano XIX, maio/ago., n. 85; 6-8, 2002.

*A promoção da saúde reintroduz a visão de que a saúde não é o análogo inverso da doença, mas um conceito construído socialmente. (...) Muitas evidências empíricas demonstram que o enfoque biomédico não é capaz de dar conta da complexidade dos problemas de saúde-doença das populações, nem tampouco de propor novas formas de organização da sociedade para enfrentá-los.*<sup>13</sup>

<sup>13</sup> ABRASCO. *Boletim Abrasco*, ano XIX, maio/agosto, número 85, p. 10-11, 2002.

A situação do meio ambiente tem-se agravado e exige mudanças. Mudanças que para serem legitimadas devem ser percebidas pela sociedade como progresso. Para Thomas Kuhn, é necessário tratar a atividade cognitiva como ciência inseparável da percepção de progresso, porque ela é o produto exclusivo de comunidades de cientistas especializados.<sup>14</sup> As comunidades científicas, segundo Kuhn, são caracterizadas por seqüências de entendimentos tácitos compartilhados, que são os paradigmas. O verdadeiro progresso científico é descontínuo e só se produz quando um paradigma é substituído por outro, que supera o primeiro.

<sup>14</sup> KUHN, Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

Na área da educação em saúde, mais especialmente em educação médica, tem-se usado o termo paradigma *lato sensu*, no âmbito da América Latina, para designar o modelo dominante influenciado pelos estudos de Flexner, o paradigma flexneriano.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Abraham Flexner foi um educador, graduado em química, que fez um estudo da situação das escolas e da educação médica americana e canadense, por encomenda da American Medical Association (AMA) à Fundação Carnegie para o Progresso no Ensino. Deste estudo resulta o Relatório Flexner, publicado em 1910 (*Medical Education in the United States and Canada* - A report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Fifth Avenue York City, 576 p.).

Esses estudos foram determinantes na reforma de ensino médico americano, influenciando fortemente no desenvolvimento das ciências da saúde, com incentivo à pesquisa, ao ensino ligado ao hospital de ensino e a professores com dedicação exclusiva, o que propiciou o avanço de conhecimentos em especialidades.

No Brasil, a Reforma Universitária de 1968 (Lei nº 5.540/68) levou as escolas brasileiras a adotar oficialmente o modelo americano. As cátedras foram substituídas por departamentos contendo disciplinas que se configuram nas áreas de especialidades. Os programas curriculares de graduação, dessa forma, apresentam uma estrutura que tem permitido acrescentar conhecimentos, mostrando número crescente de disciplinas. Entretanto, o que significou e foi reconhecido como progresso passou a constituir um problema, pelo fato de as disciplinas identificadas com as especialidades pouco interagirem, mesmo fazendo parte de um mesmo departamento e estando ligadas à formação de um mesmo perfil de profissional. Isso porque o modelo Flexner está estruturado em uma abordagem individualista, biologicista, hospitalocêntrica e com ênfase nas especializações.

A idéia de formular um novo paradigma, para se contrapor ao modelo hospitalocêntrico, vem sendo elaborada desde a década de 70, com o advento da proposta da medicina preventiva. Na seqüência, surge a Declaração de Alma-Ata, de 1978, com o lema *Saúde para todos no ano 2000*, visando estender universalmente a atenção primária em saúde. Mas foi na Conferência de Ottawa que se formulou a proposta de Promoção da Saúde, ampliando-se desde então o entendimento de que saúde é qualidade de vida. Isso ocorreu com a identificação dos determinantes da saúde situados no campo biológico e além dele, no estilo de vida do indivíduo e no meio ambiente em que se insere, os quais são elementos fundamentais para compor uma existência saudável.

No exercício da profissão, segundo o modelo hegemônico de assistência, entre o médico e a população identifica-se uma barreira, que acontece através de um código de linguagem fechado e específico. Esse código retrata e refrata a realidade na medida que: 1º) atém-se ao contorno biológico e individual do doente e, dessa forma, explica o fenômeno saúde-doença como o bom funcionamento dos órgãos e como responsabilidade individual. Separa, portanto, o sujeito de seu meio, de sua experiência existencial, de sua classe e dos condicionamentos de sua situação; 2º) transforma o conceito de doença numa especialidade a respeito de determinado órgão, considerando o corpo do doente principalmente como objeto de saber e espaço da doença; e 3º) a práxis médica chega a prescindir da realidade mais imediata e sensível que é o corpo e seus sintomas, voltando-se para as mensagens infracorporais fornecidas pelos equipamentos laboratoriais.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

A abordagem restrita ao corpo ou a partes do paciente não considera a visão do contexto em que o indivíduo se insere. Desta forma, o que, por um lado, representou um avanço com o desenvolvimento da ciência biológica e com a resolução de problemas insondáveis quanto a diagnóstico e terapêuticas nas diversas especialidades, por outro, distanciou-se da integralidade do ser humano no contexto social, econômico, político e ambiental do qual faz parte. E uma forma de atuar sobre o corpo moldou o perfil da profissão médica moderna, muito mais impessoal e técnica, desumanizando o ato médico.

### Educação de recursos humanos em saúde

A relação entre o ensino e a prática em saúde tem surgido como tema necessário e obrigatório para os que questionam a inadequação pedagógica atual. Entre as várias questões levantadas descobre-se a impossibilidade de tratar o problema da formação de modo isolado para cada profissão, aceitando-se conceitos cada vez mais integrados, tais como, os de recursos humanos para a saúde.<sup>17</sup>

A evolução dos conhecimentos científicos e tecnológicos referentes à saúde tem desafiado as escolas responsáveis pela formação dos recursos humanos em saúde. Desafio para que as escolas, na implementação dos seus currículos, dêem flexibilidade aos seus programas de forma que possam, constantemente, adequar às necessidades de formação de profissionais às demandas. Tais demandas são dinâmicas e em razão de novos conhecimentos mudam com velocidade crescente no entendimento dos determinantes de saúde.

Dada a evolução do enfoque na doença para a ênfase nos determinantes da saúde, percebe-se um descompasso na efetivação das transformações propostas e exigidas para a correspondente mudança no modelo de educação de recursos humanos em saúde e no modelo assistencial. O modelo continua ainda voltado predominantemente para as especialidades, para áreas restritas do conhecimento, abordando o ser humano de forma fragmentada.

As mudanças na formação e na capacitação dos recursos humanos em saúde são uma necessidade declarada e exaltada pelas autoridades condutoras das reformas. Contraditoriamente, na prática, não se destacam como prioritárias. Na prática o enfoque é na reorganização das disciplinas e cargas horárias – nas escolas – e reorganização dos serviços e forma de financiamento do setor – na assistência. A capacitação dos recursos humanos em saúde, nos aspectos de

<sup>17</sup> VILLAREAL, A. Prólogo In: GARCIA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. OPAS/OMS, Publicação Científica, n. 255, 413 pp., 1972.

sua formação e atuação, aparece assim como um problema nebuloso e contraditório. Nos momentos de diagnósticos e avaliações, é evidenciada como componente essencial para as mudanças, e quando se trata de implementá-las, é tratada como mero reflexo da organização dos serviços. Dessa forma fica indicado que o setor educacional, em particular as universidades, continua desvinculado da reorganização dos serviços, da redefinição das práticas de atenção e dos processos de reforma.<sup>18</sup>

O planejamento da formação de recursos humanos deve levar ao fortalecimento dos programas, sem desconhecer fatores influentes nas atitudes que decorrem do prestígio dos profissionais, do poder das instituições universitárias e do respeito à liberdade acadêmica. Também é preciso levar em conta que o campo da saúde, no que se refere ao trato do doente: a) tem-se importado mais com a lógica médica da enfermidade do que com a lógica sociológica dos sujeitos; b) e que o planejamento estratégico no campo organizacional tem seus objetivos voltados mais para perceber a vontade dos diferentes atores, a fim de controlá-los e dominá-los, do que para chamá-los à participação efetiva, conforme mostra a crítica muito bem elaborada por autores como Uribe e Minayo.<sup>19</sup>

Por outro lado, sabe-se que o processo de produção dos profissionais da saúde, em especial de médicos, não é isolado, uma vez que se acha subordinado à estrutura econômica dominante na sociedade onde se desenvolve.<sup>20</sup>

Sob o ponto de vista do estruturalismo, segundo Lévi-Strauss, a estrutura social não tem qualquer relação com a realidade empírica, mas com os modelos construídos sobre ela.<sup>21</sup> Minayo ao tratar de estrutura e sujeito, fazendo referência aos atores clássicos, busca compreender os determinismos e o protagonismo histórico no campo da saúde, enfatizando as correntes que conferem papel ativo à subjetividade no debate atual sobre o pensamento complexo.<sup>22</sup> Esse debate evidencia, de um lado, o papel das instituições que tendem à rotina para legitimar-se, e, de outro, a importância dos atores sociais (estudantes, professores, funcionários e gestores das escolas) para concretizar mudanças em relação à repetição de modelos.

Portanto, o programa curricular dos cursos da saúde não é um elemento transcendente e atemporal, mas tem sua história vinculada a formas específicas de organização da sociedade e da educação, transmite visões sociais particulares e interessadas e produz identidades individuais e sociais específicas.<sup>23</sup>

<sup>18</sup> ALMEIDA, M. J. *Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança*. Londrina, Rio de Janeiro: Editora UEL, Abem, 1999. 196 p.

<sup>19</sup> URIBE, Francisco Javier. *Agir Comunicativo e planejamento social*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.  
MINAYO, Maria Cecília. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Abrasco, 6(1): 7-19, 2001.

<sup>20</sup> GARCIA, Juan Cesar. *La educación médica en la América Latina*. OPAS/OMS, Publicación Científica, n. 255, 413 pp., 1972.

<sup>21</sup> LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1<sup>a</sup>. vol., 1974.

<sup>22</sup> MINAYO, Maria Cecília. *Op. cit.*, 2001.

<sup>23</sup> MOREIRA, A. F. B. & SILVA, T. T. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: *Currículo, cultura e sociedade*. São Paulo: Cortes, 1994. p. 7-39.



Tratando do currículo oficial e do currículo não explicitado que efetivamente acontece nas salas de aula e no convívio com os professores e profissionais da saúde, autores mencionam o processo de socialização em que o aluno da graduação incorpora, como próprias, formas de comportamento e valores dominantes no grupo, para chegar a pertencer a esse segmento social. Processo esse, quase imperceptível, que ocorre concomitante com a aprendizagem formal.<sup>24</sup>

Pensando recursos humanos em saúde e tratando de profissão, estudos sociológicos se interessaram em saber como os estudantes se transformam em médicos, e qual a margem de controle das sociedades profissionais sobre esse processo. Vários autores chegam a conclusões mais ou menos consensuais de que durante o período de aprendizagem, a profissão assegura o controle dos seus membros, iniciando-os na aquisição de uma nova cultura, a cultura normativa do grupo.<sup>25</sup>

A prática médica, por exemplo, tem atuado com dois modelos protótipos: um liberal e privado e outro assistencial e público, este de base sócio-epidemiológica e com fins de cobertura. Os dois modelos aparecem na forma híbrida cada vez com maior frequência. Os modelos profissionais permeiam de maneira invisível a totalidade da estrutura da formação profissional, que, por sua vez, tende a legitimar no estudante as práticas gerais de assistência. Desse fato se pode deduzir que as práticas médico-educativas orientam seu eixo conceitual em função do modelo médico em que a escola se insere. Por outro lado, nenhum modelo é impermeável, na medida em que todos são eivados de contradições, a partir das quais se produzem as mudanças.

Em relação ao mercado de trabalho, a incorporação de recursos humanos – quantidade e qualidade de profissionais requeridos para a efetivação das prestações de serviço – depende da maneira particular como se organiza a resposta social de uma sociedade concreta diante da doença, mais concretamente, das características particulares que assume a organização da oferta de atenção. Do modelo de organização dos serviços adotados dependerão a quantidade e qualidade dos recursos humanos a incorporar. Exemplo da diversidade de situação pode ser identificado nos recursos que são absorvidos por dois sistemas distintos: um tem a “porta de entrada”, com predomínio na atenção primária e atividades preventivas, enquanto outro privilegia a atenção da demanda espontânea e o recurso direto à consulta especializada.

<sup>24</sup> MERTON, R. K. Some preliminaries to a sociology of medical education, appendix A, “Socialization: a terminological note”. In: MERTON, R. K. *The student-physician introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press, 1957. p. 289-293.

GALLI, A. Argentina: transformación curricular. *Educación Médica y Salud*, 23(4)344-53, 1989.

CARAPINHEIRO, G. Os valores na socialização médica. In: *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 2. ed. São Paulo: Afrontamento, 1993. p. 165-84.

SOUZA, N. A. Formação Médica, racionalidade e experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Abrasco, 6(1): 87-96, 2001.

REGO, S. T. A. *A prática na formação médica: o estágio extracurricular em questão*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1994.

REGO, S. T. A. *Saindo da Adolescência com a vida (dos outros) nas mãos: estudo sobre a formação dos estudantes de medicina*. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

<sup>25</sup> A cultura normativa do grupo é definida como o conjunto de idéias, valores e critérios padronizados de prática profissional, acervo de tradições e regras que constituem importante elemento regulador dos comportamentos profissionais futuros.

Ainda em relação ao mercado de trabalho e à educação de recursos humanos, não se pode desconhecer que a oferta de trabalho está estreitamente relacionada com as condições da formação destes recursos. Das características do sistema de educação dependerá o fluxo de pessoal qualificado para a oferta de trabalho. Entre as características podem-se distinguir as quantitativas (vagas, duração, custo, locais de treinamento, desistências) e as de caráter qualitativo (conteúdos, métodos pedagógicos, capacitação docente). Todas dependem da ação de uma multiplicidade de atores, entre eles a demanda social.

Mesmo que a relação entre o sistema de educação e o sistema prestador de serviços possa ser considerada sobre a base de uma interação recíproca, parece existir consenso sobre a existência de uma determinação mais forte, que em última instância, supõe que seja a prática médica a que regula a formação de recursos humanos.<sup>26</sup>

No que se refere à escola formadora de recursos humanos em saúde, Belmartine *et. al.* observam que, considerando o problema desde o ponto de vista da inserção no mercado de trabalho, é necessário ter em conta as notórias deficiências dos cursos de graduação, além da complexidade e da tecnificação da prática que converteram a formação de pós-graduação em um requisito indispensável para completar o adestramento profissional.<sup>27</sup> Assim, o tipo de curso de pós-graduação que estiver acessível ao jovem profissional e a especialização escolhida convertem-se em elementos diferenciadores em sua posterior inserção no mercado de trabalho. Fato relevante que requer estudos no sentido da conformidade destes cursos frente às reais necessidades e demandas em saúde da população. Observa-se também que a análise crítica dos meios e fins envolvidos deve ser elaborada pela academia, a qual deve estar comprometida com a educação permanente e continuada dos profissionais em atividade, que egressos de uma escola, na dinâmica da obsolescência dos conhecimentos, tendem a ficar desatualizados.

Existe uma tendência, no caso da educação médica, para mudanças em direção às transformações desejadas, para a construção de um novo paradigma.<sup>28</sup> Ao mostrarem-se em movimentos recentes, no Brasil, iniciadas na década de 90, precisam ainda de tempo para sua consolidação. Precisam, portanto, de forte apoio reflexivo, de acompanhamento e de avaliações. Isso se torna mais crucial, porque muitas dessas mudanças estão na contramão de políticas privatizantes e elitistas de governo e da cultura voltada para a doença, impregnada no universo médico. A atividade

<sup>26</sup> BELMARTINE, S.; BLOCH, C.; LUPPI, I.; QUINTEROS, Z. T. & TRONCOSO, M. C. *Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación*. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), Asociación Médica de Rosario. OPS, Oficina Regional de la OMS, Representación de Argentina, Publicación nº 14, 1990. 65 p.

<sup>27</sup> BELMARTINE, S. *et. al.* *Op. cit.*

<sup>28</sup> LAMPERT, Jadete B. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec, Associação Brasileira de Educação Médica, 2002. 283 p.

prática do ensino da graduação ainda está, predominantemente, localizada no hospital, penderes de tecnologias muito caras e por vezes desnecessárias. O modelo da prática predominante é o das especialidades, enfocando as doenças.

Neste desafio aparece a relevância da gestão das instituições de ensino superior e secundário profissionalizante, que devem primar pela qualidade e efetivação dos trabalhos executados. Uma gestão de qualidade em saúde deve considerar: a) *os agentes do processo* (o profissional, a escola e o serviço propriamente dito), que se voltam para: b) *o objeto da atenção* (o paciente, o usuário, o cidadão, a coletividade) e c) *os meios de trabalho* (complexo industrial provedor de equipamentos e insumos).<sup>29</sup>

Ao tratar da formação dos recursos humanos em saúde, tem-se que considerar o contexto, visualizando os agentes do processo, em especial a instituição formadora, a escola. Esta, por sua vez, primeiramente, deve focalizar o objeto de atenção de forma inteira com suas necessidades básicas e demandas em saúde para, então, construir e implementar o currículo de graduação do profissional em saúde, acompanhando e intervindo de forma crítica no processo de formação.

No sentido de corrigir essas distorções, o Ministério da Educação homologou novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina<sup>30</sup>, após longo período de discussões com a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), a Rede Unida e a Comissão Interinstitucional Nacional da Avaliação do Ensino Médico (Cinaem). As novas diretrizes trazem um avanço de abrangência política e social no contexto das necessidades em saúde da população brasileira, e exigem que as escolas médicas tenham maturidade institucional para implementá-las. Mostram flexibilidade, respeitando a singularidade de cada escola médica, dando-lhe espaço e legitimidade para executar as reformas que se fazem necessárias no seu contexto. Delineiam o perfil profissional do médico ao concluir a graduação, com formação geral, humanista, crítica e reflexiva. Estabelecem as competências e habilidades gerais e específicas, enfatizam a formação em atitudes voltadas para a saúde, a cidadania, a comunidade e a atuação em equipe. Avançam também ao estabelecer, na estrutura do curso de graduação, a integração ensino-serviço, vinculando a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, consolidam a inter-relação, com comprometimento intersetorial, da área de formação de recursos humanos para a saúde com os serviços de assistência à saúde.

<sup>29</sup> PAHO/HRD. *Gestión de calidad en la educación médica, una propuesta de evaluación total*, 1993.

<sup>30</sup> CNE/CES. Resolução. nº. 4 de 7 de novembro de 2001.

Em dezembro de 2001, os Ministérios da Saúde e da Educação envidaram ação conjunta, no que se refere à formação dos médicos e sua adequação às demandas em saúde, no lançamento do Programa de Incentivo às Escolas com Programas Inovadores (Promed). O Ministério da Saúde, por sua vez, vem implementando, desde 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia de estruturação da porta de acesso ao SUS. Na estratégia do PSF, fica explícito que o médico, fazendo parte da equipe de saúde, deve ser preferencialmente um generalista, devendo atender todos os componentes de uma família, independente do gênero e da idade. Esse profissional deve comprometer-se com a pessoa, inserida em seu contexto biopsicossocial, e não com um conjunto de conhecimentos específicos ou grupos de doenças. Tem compromisso com ações que serão realizadas enquanto os indivíduos ainda estão saudáveis. Ao tratar da doença, precisa compreendê-la no contexto pessoal, familiar e social, e também ambiental. A maior convivência do profissional com uma determinada comunidade possibilita mais conhecimento e reforço do vínculo de responsabilidade para a resolução de problemas e manutenção da saúde dos indivíduos no trabalho em equipe.

Neste espectro visualizam-se duas tendências: a do mercado em se expandir para o trabalho em equipes de saúde; a das escolas, em especial da médica, para a formação de profissionais mais adequados à realidade das demandas da sociedade no que se refere à saúde.

### **Considerações finais**

As questões ambientais não se limitam hoje aos grandes temas constantes da agenda internacional, tais como o efeito estufa, o buraco na camada de ozônio, as chuvas ácidas, a poluição dos oceanos, os desflorestamentos, a desertificação, mas englobam temas por enquanto ainda espacialmente mais restritos, como processos graduais e progressivos de degradação e poluição dos solos e das águas correntes e subterrâneas por poluentes tóxicos. A partir da segunda metade do século XX começaram a ser enfatizados o desenvolvimento e a disseminação das indústrias químicas, paralelamente à história dos desastres ambientais e das doenças agudas e crônicas por elas provocados. Os estudos sobre o consumo e a deposição de material e bens também fazem parte do dilema ambiental. Estão presentes, ainda, os problemas das cidades referentes ao uso e distribuição de bens e equipamentos coletivos – água, esgoto, energia, transporte – e, principalmente, os

problemas sobre o destino final e o tratamento dado ao lixo sólido e aos resíduos industriais.

Essas questões ambientais devem ser entendidas como decorrentes de processos sociais, políticos e econômicos que precisam ser contextualizadas. Nesse contexto se insere também a educação de recursos humanos em saúde.

Na sua forma tradicional, a formação de recursos humanos em saúde tem sido altamente questionada. Propostas de mudanças buscam integrar os conhecimentos, visando articular competências dos cursos de graduação, pós-graduação e educação continuada e permanente, levando em conta as necessidades de saúde e a reorganização da atenção básica. No Brasil, mais precisamente a partir da década de 90, movimentos importantes, mas ainda pouco efetivos, sugerem mudanças na reestruturação dos serviços de assistência e na formação dos profissionais de saúde.<sup>31</sup>

<sup>31</sup> ALMEIDA, M. J. *Op. cit.*  
LAMPERT, Jadete B. *Op. cit.*

As universidades não podem mais permanecer voltadas para si mesmas. Devem buscar maior relevância social, abrir-se para os anseios e demandas de seus beneficiários, e, flexíveis, conhecer para melhor atender as reais necessidades da sociedade. Na educação dos recursos humanos em saúde, devem ser utilizadas metodologias ativas, voltadas para um contexto maior, que permita a real compreensão da realidade cultural, social, política e ecológica, de modo a formar cidadãos competentes, sobretudo conscientes e comprometidos com o processo de construção de uma sociedade com qualidade de vida. Para tanto, é preciso superar as formas tradicionais de ensinar, ultrapassando a mera transferência de conteúdos de um elenco de disciplinas fragmentadas, que pouco interagem e dificultam a visão do conjunto. Isto significa propiciar ao aluno uma formação integral, oferecendo um espaço para que atue de forma ativa na construção do próprio conhecimento e desenvolva consciência crítica na abordagem do ser humano como um todo no seu ambiente.

No início do século a questão ambiental estava restrita ao saneamento e ao controle da água. Hoje o conceito de saúde ambiental ultrapassou aspectos biológicos e físicos, incorporando aspectos sociais. O avanço da ciência não livrou o mundo das doenças e epidemias, e isso não será alcançado apenas pela biotecnologia. Nesta visão ampliada, temas ambientais devem fazer parte dos conteúdos da educação de recursos humanos em saúde, na seqüência do entendimento de que a interação do ser humano com o seu ambiente está presente na determinação das condições e da qualidade de vida.

Jadete Barbosa Lampert é médica, doutora em Ciências e professora do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul.  
jadete@uol.com.br