

A COMUNICAÇÃO DA INFORMAÇÃO NA RESIDÊNCIA MÉDICA

Vera Lucia Alves Breglia
Universidade Federal Fluminense
Departamento de Documentação

Dissertação apresentada ao Curso de Ciência da Informação da Escola de Comunicação da UFRJ/Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, do CNPq, para obtenção do grau de Mestre em Ciência da Informação.

Orientadora: Heloísa Tardin Christovão, PhD - Pesquisadora Associada
CNPq

Rio de Janeiro, 1989

À Penélope e Pablito, meus timoneiros nesta viagem pela vida, por terem me trazido a mais um porto seguro.

Information in itself is silent ,
it is the use to which it is put
... that is important.

(Oskar Morgenstern)

To study the phenomena of disease
without books is to sail on
uncharted sea, while to study
books without patients is not to
go to sea at all.

(William Osler)

O ser humano é o mais complexo, o
mais variado e o mais inesperado
dentre todos os seres do universo
conhecido. Relacionar-se com ele,
lidar com ele, haver-se com ele ,
é por isso, a mais emocionante
das aventuras. Em nenhuma outra
assumimos tanto o risco de nos en-
volver, de nos deixar seduzir, ar-
rastar, dominar, encantar.

(J. A. Gaiarsa)

AGRADECIMENTOS

- À Helô com todo carinho;
- à Professora Heloisa Tardin Christovão, cuja orientação foi decisiva na elaboração deste estudo e que, através de sua competência, dignidade e honestidade profissionais me fez vivenciar o mundo acadêmico no que tem de melhor;
- à Professora Mara Eliane Fonseca Rodrigues (Departamento de Documentação - UFF) pela troca de idéias e experiências;
- ao Dr. Jean G. Ruffier, Presidente do Centro de Estudos do HMMC à época do início do estudo, pelo estímulo, apoio e silenciosa cumplicidade;
- aos residentes cuja disponibilidade em participar do estudo constituiu-se em possibilidade única de realizá-lo;
- ao Dr. Savino Gaspariani Neto (HMMC); Prof. Roberto Cotrim (HU/UFRJ); Prof. José Wellington Araujo (ENSP/FIOCRUZ); Dr. Francisco Salgado (Serv. Cir. Plást. I. Pitanguy); Dr. Francesco Mazzarone (Serv. Cir. Plást. I. Pitanguy); Dr. Florentino de Araujo Cardoso Filho (HI/INAMPS) e Dr. Carlos Martins Ferreira Filho (HI/INAMPS), pela colaboração que possibilitou a realização do estudo em suas instituições;
- a Carlos Henrique Marcondes e Moacyr Waldeck, analistas de sistema, cujo auxílio foi fundamental para o tratamento dos dados;
- à bibliotecária Ilce Millet Cavalcanti e à equipe da biblioteca da ECO/UFRJ, pelo apoio técnico prestado;
- à Rosã Inês, Ilce, Patrícia, Mara Eliane, Lucia Maria, Paula Maria, Francisca Teresa, Maria José, Edna Lúcia, Dely e Claudinho, que através do companheirismo tornaram mais leve a jornada;
- à Nilza Rodrigues e Abigail Rodrigues Aragão pelo apoio mais caro: me substituírem nos cuidados e carinhos aos filhos;

- a meu pai e minha mãe, pelos exemplos de luta.

A todos muito obrigada.

SUMÁRIO

	páginas
RESUMO	
LISTA DE QUADROS	
LISTA DE SIGLAS	
1. INTRODUÇÃO.....	14.
2. CIÊNCIA, CIÊNCIAS DA SAÚDE E POLÍTICA DE CIÊNCIA NO BRASIL.....	26.
3. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO.....	43.
4. EDUCAÇÃO MÉDICA E RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL..	55.
4.1 Educação médica	55.
4.2 Residência médica	69.
4.2.1 <u>Histórico</u>	69.
4.2.2 <u>Situação atual da Residência Médica no Brasil..</u>	77.
5. A COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA.....	95.
6. OBJETIVOS	102.
7. MATERIAL E MÉTODO.....	104.
7.1 Caracterização das instituições	104.
7.1.1 <u>Hospital Municipal Miguel Couto</u>	104.
7.1.2 <u>Hospital de Ipanema</u>	106.
7.1.3 <u>Hospital Universitário Clementino Fraga Filho..</u>	108.
7.1.4 <u>Escola Nacional de Saúde Pública</u>	109.
7.1.5 <u>Serviço de Cirurgia Plástica Prof.Ivo Pitanguy.</u>	111.
7.2 Ô instrumento de coleta de dados e a população alvo	113.
7.3 A coleta e o processamento de dados	117.
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	123.

	páginas
9. CONCLUSÕES.....	180.
10. BIBLIOGRAFIA.....	190.
11. ANEXOS.....	203.

RESUMO

Estudo exploratório realizado em 5 (cinco) instituições que abrigam Programas de Residência Médica, com o objetivo geral de detectar padrões nas formas de comunicação usadas pelos residentes. Aborda o surgimento e desenvolvimento da ciência e em especial das ciências de saúde no Brasil. Identifica vínculos da Residência Médica com a política nacional de saúde e com a política nacional de educação. Registra a evolução e o estado atual da educação médica no Brasil, enfocando a Residência Médica de forma ampla desde o seu surgimento, com destaque para a situação brasileira atual.

ABSTRACT

Exploratory study to identify the profile of Medical Residence and of residents, as well as their communication patterns. Data were collected from five medical institutions in Rio de Janeiro and were analysed against a contextual background, with special emphasis on the development of Health Sciences in Brazil, Medical education and Health policies at a national level, and the official recommendations for Medical Residence.

LISTAS DE QUADROS

	Páginas
Quadro 1 - Distribuição dos residentes por idade ...	124.
Quadro 2 - Distribuição dos residentes por sexo	125.
Quadro 3 - Distribuição dos residentes por nacionali <u>de</u> de	126.
Quadro 4 - Distribuição dos residentes brasileiros por naturalidade	127.
Quadro 5 - Distribuição dos residentes por área de graduação	128.
Quadro 6 - Distribuição dos residentes por universi- dade de graduação	129.
Quadro 7 - Distribuição dos residentes por área de concentração	130.
Quadro 8 - Tempo de permanência na Residência	131.
Quadro 9 - Motivos que levaram à Residência	133.
Quadro 10 - Motivos que levaram à opção pela institui <u>ção</u> ção	135.
Quadro 11 - Tempo dedicado à Residência	136.
Quadro 12 - Carga Horária das atividades teóricas e práticas	136.
Quadro 13 - Instrumentos de avaliação considerados mais relevantes pelos residentes - Ati <u>vidades</u> vidades práticas	138.
Quadro 14 - Instrumentos de avaliação das atividades teóricas - utilização e frequência	140.
Quadro 15 - Avaliadores das atividades práticas e frequência das avaliações	142.
Quadro 16 - Avaliação dos PRM pelos residentes	144.
Quadro 17 - Avaliação do cumprimento dos objetivos ao optar pela Residência	145.

Quadro 18 - Idiomas estrangeiros que o residente lê ..	147.
Quadro 19 - Participação dos residentes em pesquisa ..	148.
Quadro 20 - Etapas de desenvolvimento de pesquisa com participação dos residentes	149.
Quadro 21 - Produção científica dos residentes	150.
Quadro 22 - Trabalhos publicados	151.
Quadro 23 - Participação dos residentes em congressos, seminários, etc. (1985-1987	153.
Quadro 24 - Instrumentos fornecidos pelos PRM para busca, e disseminação da informação	154.
Quadro 25 - Fontes utilizadas pelos residentes na busca da informação	156.
Quadro 26 - Critérios utilizados pelos residentes para escolha das fontes de informação	160.
Quadro 27 - Obtenção de informação por parte dos residentes via contato com colegas	161.
Quadro 28 - Horas dedicadas pelos residentes à leitura	162.
Quadro 29 - Local preferido pelos residentes para leitura	163.
Quadro 30 - Fontes utilizadas pelos residentes para utilizar conhecimentos	164.
Quadro 31 - Incidente crítico: data de busca da informação pelos residentes	165.
Quadro 32 - Incidente crítico: motivo da busca da informação por parte dos residentes	166.
Quadro 33 - Incidente crítico: primeira fonte consultada pelos residentes	167.
Quadro 34 - Incidente crítico: localização por parte dos residentes da fonte impressa	168.
Quadro 35 - Incidente crítico: informação obtida pelos residentes na primeira fonte	169.

	páginas
Quadro 36 - Incidente crítico: segunda fonte consultada pelos residentes	170.
Quadro 37 - Frequência no uso de biblioteca por parte dos residentes	170.
Quadro 38 - Atitude mais frequente dos residentes ao entrarem em uma biblioteca	172.
Quadro 39 - Objetivos mais frequentes para os residentes virem à biblioteca	173.
Quadro 40 - Avaliação dos residentes da biblioteca da instituição em que fazem a Residência	176.

LISTA DE SIGLAS

ABEM	- Associação Brasileira de Educação Médica
AMERERJ	- Associação de Médicos Residentes do Rio de Janeiro
AMERESP	- Associação de Médicos Residentes de São Paulo
ANRM	- Associação Nacional de Médicos Residentes
A&P	- Avaliação & Perspectivas
CAPES	- Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
CFE	- Conselho Federal de Educação
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRM	- Comissão Nacional de Residência Médica
C&T	- Ciência e Tecnologia
ECMVR	- Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda
EMESCAN	- Escola de Medicina da Santa Casa de Vitória
ENSP	- Escola Nacional de Saúde Pública
FMC	- Faculdade de Medicina de Petrópolis
FBM	- Faculdade Baiana de Medicina
FAHUPE	- Faculdade de Humanidades Pedro II
FMC	- Faculdade de Medicina de Campos
FMPA	- Faculdade de Medicina do Pará
FMT	- Faculdade de Medicina de Teresópolis
FMVÁL	- Faculdade de Medicina de Valença
FMVASS	- Faculdade de Medicina de Vassouras
FIOCRUZ	- Fundação Instituto Oswaldo Cruz
FTESM	- Fundação Técnica Educacional Souza Marques

FUCS - Fundação Universidade Caxias do Sul
HI - Hospital de Ipanema
HMMC - Hospital Municipal Miguel Couto
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MCT - Ministério da Ciência e Tecnologia
PBDCT - Plano Básico de Desenvolvimento para Ciência e Tecnologia
PND - Plano Nacional de Desenvolvimento
PRM - Programa de Residência Médica
PUCCAMP - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
RM - Residência Médica
UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UEL - Universidade Estadual de Londrina
UEPA - Universidade Estadual do Pará
UEstr - Universidade Estrangeira
UFCE - Universidade Federal do Ceará
UFF - Universidade Federal Fluminense
UFMS - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UFES - Universidade Federal do Espírito Santo
UFPR - Universidade Federal do Paraná
UFPI - Universidade Federal do Piauí
UFPE - Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UGF - Universidade Gama Filho
UNIRIO - Universidade do Rio de Janeiro
UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UFSE - Universidade Federal de Sergipe

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros traços e desenhos através dos quais o homem manifestou seu desejo de registrar e comunicar seus pensamentos, idéias, ações e emoções, constituíram-se na realidade em formas embrionárias da informação registrada. A produção desses registros do conhecimento teve no surgimento da escrita o seu marco definitivo, e sua evolução esteve sempre vinculada à evolução cultural do próprio homem e às transformações políticas e econômicas da sociedade como um todo. Ainda que não se tivesse consciência do seu valor, a informação já possuía uma das suas características atuais que é a sua relação com o saber e o poder. Hoje, em plena era pós-industrial tem-se como certo que

"mais do que nunca informação é poder. Se o poder já esteve concentrado nas mãos dos donos de terras, nas mãos dos detentores do capital, ele passa agora às mãos dos detentores da informação. Informação é possivelmente a chave para a formação de futuras elites sociais, econômicas, políticas, científicas, etc."¹

Nas sociedades contemporâneas, mesmo levando-se em conta as diferenciações de caráter ideológico, político e econômico, que se refletem nas relações e tratamentos inerentes às questões da informação, tem-se como certo: a ligação da informação com o progresso social, sua condição de bem comum, sua atuação como fator de integração, democratização, igualdade, e sua vinculação com os direitos humanos, cidadania, libertação e dignidade pessoal². Este caráter interdependente da informação leva à

(1) Citações e notas no final de cada capítulo.

constatação de que

"a chave para a compreensão da importância da informação na transição para a sociedade pós-industrial está centrada na mudança estrutural de uma sociedade industrial para uma economia de serviços"³

A abordagem economicista da informação ganha força na afirmação de que

"a informação não é só objeto de interesse disciplinar; cuja esfera de intervenção é a consequência subjetiva, ela é objeto de um interesse prático imediato enquanto se torna fator de produção, operador de ações, administrativas e técnicas"⁴;

por outro lado,

"o fato de que o setor de informação, em seu sentido amplo, corresponde, nos países industrializados do Ocidente, a cerca de 50% do seu produto interno bruto põe em relevo a característica da informação como mercadoria"⁵.

A partir daí, tem-se como certo que a informação não se constitui somente em bem cultural mas, numa dupla ação, relaciona-se também ao setor produtivo, uma vez que

"o conhecimento/informação toma características de mercadoria e, submetido às leis do mercado, ganha um valor de troca. Sob a forma de mercadoria informacional, indispensável à força produtiva, o conhecimento é hoje um fator importante na competição internacional pelo poder"⁶.

É dentro deste panorama atual em que a informação possui um valor de mercado, concentra força de trabalho constituindo-se em verdadeira indústria, configurando-se em instru-

mento de barganha, que cabe fazer uma reflexão a respeito da vinculação da informação ao desenvolvimento, ou melhor, como insumo ao desenvolvimento. Há que se ter presente que os próprios fatores condicionantes da discrepância econômica que divide os países em desenvolvidos e em desenvolvimento, vão incidir de forma direta e efetiva nas questões referentes à informação. Cabe considerar portanto, que se existe consenso a respeito de que a

"participação do sujeito na sociedade em que está inserido, se dá em função daquilo que sabe, i.e., do nível (quantidade e qualidade) de informação de que dispõe a respeito de seus mecanismos reguladores"⁷,

é aceito também

"que o universo da informação é dominado pelos países desenvolvidos e que os países do Terceiro Mundo têm sido relegados ao papel de simples 'consumidores' da informação mundial, sobre cuja produção e distribuição não têm nenhum controle"⁸.

Esta situação até agora de aparente irreversibilidade, coloca os países em desenvolvimento em condição discriminatória, sem meios de acompanhar e/ou alcançar estágios aceitáveis de progresso, levando-os cada vez mais a estreitar seus laços de dependência com os países centrais; a própria visão multifacetada da informação, reforça essa condição, uma vez que, se a faz presente no cotidiano dos indivíduos, também lhe imprime um caráter econômico e político. E é principalmente em consequência destes dois últimos componentes, que também constituem-se em base de qualquer sistema de governo, que a informação insere-se em um contexto maior, uma vez que nos países mais desenvol-

vidos "... já alcançou a condição de setor autônomo de administração, com políticas e procedimentos próprios"⁹. No entanto, não deve ficar circunscrito aos países centrais o engajamento da informação nos processos decisórios com vistas ao desenvolvimento; também aos países periféricos cabe descobrir alternativas que possibilitem

"... otimizar o uso da informação destinada a apoiar os esforços nacionais de desenvolvimento e modificar o ponto de vista através do qual é abordado este problema, conscientizando os administradores da importância que tem a informação para o desenvolvimento"¹⁰.

A situação que se apresenta não deixa dúvidas quanto à importância da informação hoje, quer nas ditas sociedades pós-industriais, quer nas sociedades terceiromundistas. Contudo, ao centrar o foco nos países periféricos em busca constante de saídas para o desenvolvimento, tem-se que considerar que o mesmo constitui-se em um processo complexo, que exige ações diferenciadas em diferentes campos. Daí a pertinência do estabelecimento, não só de prioridades sociais, mas também da interrelação dessas prioridades.

Se tomadas como base as afirmações de que "dentro da política de desenvolvimento científico e tecnológico do País, cabe à Educação um papel de relevo"¹¹, e que "a informação será uma parte desta educação; desempenhará uma função dentro do processo global de amadurecimento pessoal e comunitário"¹², vê-se estabelecida uma relação de interdependência entre dois dos componentes básicos do processo de desenvolvimento; a educação e a informação. Essa assertiva encontra eco na visão dos educadores que consideram que

"se há uma estreita relação dinâmica entre educação e desenvolvimento, e o planejamento integral dessa educação é uma das consequências que se derivam dessa relação, surge com evidência indiscutível a importância da informação educativa"¹³.

Portanto, fica claro que, mesmo sob diferentes objetivos e usos, a informação encontra-se vinculada à educação, que em diferentes níveis está associada ao desenvolvimento.

MOTOYAMA considera que

"o primeiro passo para a implantação real da ciência(...) é implementar a educação científica simultaneamente ao melhoramento do sistema educacional como um todo"¹⁴.

Aqui estabelece-se outra ligação, educação e ciência, vista como alternativa para viabilizar a efetiva socialização da ciência que terá como uma de suas consequências uma elevação do nível cultural de cada uma das pessoas. A partir daí pensa-se que, se é possível considerar a educação como um sistema de apoio à ciência,

"a informação especializada que recebem os estudiosos e o educando, é a geradora de novas idéias, orientadora de enfoques atualizados, criadora de novos projetos abstratos ou concretos, que permitem 'fazer' ciência e tecnologia"¹⁵.

Pensou-se pois, dentro desse contexto, em que fica evidente a dupla relação entre educação e informação, desenvolver o presente estudo. O foco será dado em uma área específica - a médica - numa tentativa de aproximar teoria e prática, aproveitando assim a "visão de mundo" de parte de seus componentes, particularmente no que toca ao problema informacional no con-

texto da educação. A esse respeito, FERREIRA¹⁶, no que se pode considerar uma síntese do problema, considera a informação como recurso básico para a formação médica, ressalta a importância do fluxo mais rápido da informação que, através dos canais de comunicação, aproxima os emissores e receptores de todas as mensagens, inclusive as de caráter educativo. Esse fato resulta em vários tipos de interação que se constituem em uma verdadeira administração do conhecimento, com base na sistematização de sua produção, racionalização de sua transmissão e amplo aproveitamento de sua disseminação no contexto da escola médica e das profissões de saúde em geral. Por outro lado, inclui-se como parte necessária da educação médica, o uso de fontes de referência e bibliotecas, de modo que cada médico esteja em condições de lidar de forma mais autônoma com uma situação, em que não tenha o desejado e necessário suporte por parte dos serviços informacionais¹⁷; aqui tem-se também, ainda que de forma implícita, uma menção à importância da informação em um processo educativo.

É pois, centrado no binômio formação/informação, que se pretende desenvolver o presente estudo; o seu ponto focal será a Residência Médica, que se constitui em um curso de especialização, a nível de pós-graduação "lato sensu", que permite preferencialmente aos médicos, passarem por um aperfeiçoamento/treinamento que lhes propicie um aprofundamento dos conhecimentos adquiridos na graduação, e lhes confira o título de especialista em uma área previamente escolhida.

Esse aperfeiçoamento/treinamento inclui a prática dos serviços/atendimentos médicos nas instituições onde os residentes

tes estão lotados e também o embasamento teórico que possibilite ampliar conhecimentos e, supõe-se, tenha como consequência lógica, a melhoria da prática nos serviços/atendimentos médicos. Durante essa fase considera-se que o rendimento/aproveitamento dos residentes está sob a influência de três fatores básicos: capacidade intelectual, personalidade e meio ambiente. Entende-se aqui por meio ambiente, as diversas instituições onde os residentes estão lotados, durante o período da Residência Médica que pode variar de 2 (dois) a 4 (quatro) anos. Formalmente, as instituições credenciadas para receber residentes comprometem-se a fornecer todos os instrumentos (recursos humanos, econômicos e técnicos) para o completo e satisfatório desempenho das atividades da Residência Médica que para este estudo materializam-se no binômio formação/informação. Por formação entende-se o processo educativo como um todo, englobando as atividades teóricas: aulas, seminários, avaliações, elaboração e publicação de trabalhos, noções de postura profissional e ética médica. Por informação entende-se todo o tipo de recurso que permita a assimilação do conhecimento existente e a geração de novas informações necessárias ao seu desenvolvimento, por meio das atividades teóricas e/ou por meio das atividades práticas, desempenhadas em enfermarias, centros cirúrgicos, unidades de tratamento intensivo (UTI's), ambulatórios, etc.

Desta forma, tem-se como proposta básica deste estudo, observar de que maneira os residentes se comportam diante dos diferentes aspectos do binômio formação/informação. Para esse fim serão utilizados instrumentos fornecidos pela Comunicação Científica, uma das áreas de estudo da Ciência da Informação,

que pretende, entre outras coisas, avaliar todo o processo de geração, uso e absorção da informação para a ampliação do conhecimento.

A coleta de dados para este estudo, de caráter exploratório, foi feita em 5 (cinco) instituições. Na seleção dos ambientes de estudo procurou-se atender a um critério básico: que as instituições escolhidas (meio ambiente) pudessem refletir uma influência diferenciada no comportamento dos residentes face as questões da informação. Assim, foram selecionados: o Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC), unidade para atendimento básico de emergência médica, integrante da rede hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o Hospital de Ipanema (HI), unidade de atendimento voltada para serviços cirúrgicos, integrante da rede hospitalar do INAMPS; o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HU-UFRJ), hospital escola pertencente a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ), instituto integrante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Serviço de Cirurgia Plástica Prof. Ivo Pitanguy. Em relação à última instituição cabe fazer uma ressalva: ainda que seja vedado o uso da expressão "Residência Médica" para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CARM), decidiu-se incluir neste estudo o Serviço do prof. Pitanguy, por se considerar interessante observar como se conduz um curso de especialização, a nível de pós-graduação "lato sensu", de caráter privado. Além disso, cabe acrescentar que o curso oferecido pelo serviço do Prof. Pitanguy segue o mesmo padrão das demais residências no que se refere a carga horária, atividades desenvolvidas, ava-

liações, etc.

Assim, pretende-se desenvolver este estudo segundo uma abordagem contextualizada ou seja, observar/identificar relações da Residência Médica com o seu ambiente e detectar as que exercem maior influência sobre a mesma. A partir do segundo capítulo vai-se procurar traçar um quadro referencial que englobe o surgimento da ciência, das ciências de saúde e da política de ciência no Brasil

O terceiro capítulo discute o desdobramento da política de ciência no Brasil, nos dois segmentos aos quais encontra-se atrelada a Residência Médica: a política nacional de saúde e a política nacional de educação.

O quarto capítulo apresenta considerações a respeito da educação médica e da Residência Médica no Brasil. Em relação à educação médica é apresentado um quadro conceitual em que se observam as tendências atuais, quer em relação à abordagem metodológica, quer em relação a expectativa quanto à formação do produto final da escola médica e suas implicações no setor assistencial e educativo. O ítem dedicado à Residência Médica inclui o seu histórico e a situação atual da Residência Médica no Brasil.

O quinto capítulo mostra de que maneira o presente estudo pode ser viabilizada, usando-se os instrumentos fornecidos pela Comunicação Científica.

O sexto capítulo discrimina os objetivos gerais e específicos que este estudo pretende atingir.

O sétimo capítulo apresenta a descrição do material usado na coleta de dados, e a descrição da metodologia adotada para a coleta e o tratamento dos dados.

O oitavo capítulo procura, através da análise e interpretação dos dados, dar consistência a algumas considerações feitas no embasamento teórico do estudo.

O nono capítulo, tendo em vista os dados levantados, e as análises e discussões feitas, apresenta as principais conclusões alcançadas e formula, ainda, algumas recomendações gerais, visando, em particular, o desenvolvimento de futuros estudos.

CITAÇÕES

- ¹FREUND, G.E. Impactos da tecnologia da informação. Ci.Inf. , Brasília, 11(2):20, 1982.
- ²BREGLIA, V.L.A. & GUSMÃO, H.R. A informação como fator de de mocratização. R. Biblioteconom. Brasília, 14(1):9, 1986.
- ³MALIN, A.H.B. & GORDILHO, M.J.F. O Serpro e a indústria de informação on-line. In: CONGRESSO NACIONAL DE INFORMÁTICA, 20. São Paulo, SUCESU, 1987. Anais..., São Paulo, SUCESU , 1987. p. 72.
- ⁴GOMEZ, M.N.G. de. O papel do conhecimento e da informação nas formações políticas ocidentais. Ci.Inf., Brasília,16(2):165, 1987.
- ⁵CNPq/IBICT. Informação em Ciência e Tecnologia. Brasília, 1984. (Ação Programada em Ciência e Tecnologia, 29). p.13.
- ⁶MARTELETO, R.M.^a. Informação: elemento regulador dos sistemas, fator de mudança social ou fenômeno pós-moderno? Ci.Inf., Brasília, 16(2):177, 1987.
- ⁷BARBOSA, J.C.T. A questão da informação e a realização da democracia. R.Comunicarte, 2(4):109, 1984.
- ⁸RODRIGUES, M.E.F. Países em desenvolvimento: dependência e informação. Perspectiva, Florianópolis, 3(6):57, jan/jun. 1986.
- ⁹CNPq/IBICT. op. cit., p.9.
- ¹⁰RODRIGUES, op.cit., p.59.
- ¹¹CNPq/IBICT. Educação. Brasília, 1982. (Ação Programada em Ciência e Tecnologia, 5), p.11.

- ¹²LATAPÍ, Pablo. Relacion entre informacion, educacion y desarrollo. In. LIHON, Danilo S. comp. Lecturas basicas sobre la problematica de la documentacion e informacion educacional. p.22.
- ¹³SABOR, J.E. La informacion educativa en el contexto del desarrollo educacional, social y economico de America Latina. In: Ibid. p.30.
- ¹⁴MOTOYAMA, Shozo. Utilizaçãõ social da ciência. Ciência e Cultura, 33(11):1455, 1981.
- ¹⁵CASTAÑARES. A.A. & SANDOVAL, A.M. La informacion en la universidad. In: LIHON, Danilo S. op. cit., p.80.
- ¹⁶FERREIRA, J.R. El papel de los elementos de apoyo en la educacion médica. Educ.Med.Sal., 18(4):402-18, 1984.
- ¹⁷ROACH, A.A. & ASSINGTON, W.W. The effects of an information specialist on patient care and medical education. Journal of Medical Education, 50(2):179, 1975.

2. CIÊNCIA, CIÊNCIAS DA SAÚDE E POLÍTICA DE CIÊNCIA NO BRASIL

Hoje a tendência é rejeitar qualquer visão romântica em relação à ciência e/ou ao cientista. A ciência constitui-se em força de produção e diz-se que

"C&T são dois motores propulsores da dinâmica do mundo moderno, eixos centrais em torno dos quais giram as rodas da economia. Sendo assim, C&T estão ligadas de um modo ou de outro, às relações internacionais do poder, seja na área comercial, militar ou política."¹

Nesta realidade situam-se também os países do chamado capitalismo dependente, a exemplo do Brasil, pois o seu "desenvolvimento científico encontra-se condicionado pelas diferentes formas de inserção do país no sistema capitalista internacional".²

Se atualmente a ciência no contexto brasileiro está afetada pelos modos de produção capitalista, também observam-se mudanças nas suas relações externas, pois

"nessa nova perspectiva, 'ciência', 'pesquisa', 'tecnologia', etc., deixam de ser vistas como entidades autônomas e independentes da sociedade para serem consideradas produtos de estruturas e dinamismos dessa sociedade, sobre os quais, de uma forma ou de outra, repercutem."³

Essa nova visão reflete uma interação ciência/sociedade, em que é desprezada a imagem do sábio, trabalhando de maneira isolada, sem objetivo definido. Agora, a ciência tem um caráter utilitário, segue objetivos pré-determinados e o cientista trabalha cada vez mais em grupos, sendo situado o

"trabalho intelectual no complexo global geral das relações sociais; todo o sistema de recrutamento, treinamento e especialização dos intelectuais está social e economicamente condicionado."⁴

Essa mudança nas relações e da própria concepção da ciência como geradora de divisas faz surgir um novo agente no processo: o Estado, que tem um papel duplo de mediador de interesses e controlador dos mecanismos da produção científica. "A ciência passa, então, a ser dominada e planejada, tornando-se objeto da política global do Estado"⁵. Esse gerenciamento se dá através de uma política científica e tecnológica que segundo óticas diferentes ou "satisfaz interesses definidos e é feita de acordo com os interesses hegemônicos da classe dominante" ou "deve ser aceita e reconhecida como forma do Estado proporcionar à ciência os meios para seu desenvolvimento"⁶.

Portanto, dentro dessa abordagem contemporânea da ciência, tem-se como certo o seu comprometimento não só com a estrutura econômica mas também com a estrutura política. A importância do entendimento da ciência e seus mecanismos está em que atualmente ela não somente é considerada como produtora de conhecimentos, mas também é utilizada para reproduzir ideologias, tornando-se um instrumento de legitimação do poder. O Estado utiliza-se dessa relação saber/poder para através da institucionalização da política científica, viabilizar o crescimento e a consequente independência. No entanto, o que ocorre nos países subdesenvolvidos é um mascaramento da manutenção da dependência, uma vez que por ser a produção científica autônoma insuficiente para sustentar a economia local, recorre-se à importação de ciência e tecnologia, instalando-se um novo pa-

drão de dependência.

Desde a fase colonial evidenciou-se um atraso da ciência brasileira em relação aos demais países centrais da Europa. As causas desse atraso podem ser atribuídas à própria política colonialista portuguesa, que através da manutenção da ignorância procurava manter também a dependência às características políticas, sociais, econômicas e culturais de Portugal, visando ainda a implantação de "um pensamento imediatista e uma cultura retórico-literária"⁷. Contudo, é importante ressaltar que a própria história da ciência nos países subdesenvolvidos requer uma nova perspectiva de abordagem pois

"pode ser que obstáculos ao desenvolvimento da ciência nos países em desenvolvimento sejam qualitativamente diferentes daqueles dos países desenvolvidos, e de um tipo não prontamente evidente aos historiadores tradicionais da ciência."⁸

Assim, dentro dessa ótica necessariamente diferenciada, vai-se buscar além do conhecimento da evolução da ciência brasileira, identificar novos parâmetros de aferição de qualidade de ciência em países em desenvolvimento.

A compreensão da gênese e da evolução da ciência brasileira, com um enfoque especial para as ciências da saúde, passa pela análise do processo como um todo, não podendo-se prescindir de um referencial histórico. A perspectiva histórica vai permitir colher subsídios não só para o entendimento da ciência brasileira, mas também da sua relação com os regimes políticos vigentes em cada fase, a ideologia expressa pelos diferentes discursos e a consubstanciação de tudo isso.

Já na fase colonial havia uma grande preocupação com a manutenção do monopólio econômico, dirigida a preservar o poder da metrópole; não havia qualquer intenção de atender às necessidades da Colônia, mas sim de satisfazer apenas os interesses da burguesia dominante. Todos os esforços visavam somente o favorecimento de uma classe, representada principalmente por quem tinha a posse da terra; até as primeiras iniciativas educacionais aqui a cargo dos jesuítas, estavam voltadas para os filhos das famílias ligadas ao cultivo do açúcar, para quem a cultura humanística significava um símbolo de status a mais. Como não havia nenhum interesse da metrópole no desenvolvimento da Colônia, não existia estímulo ao intercâmbio de informações com outros centros mais avançados. O nosso sistema educacional era deficiente, a imprensa proibida; sem universidades não havia condições para a formação de pesquisadores. Esse sistema perdurou até a transferência da corte para o Brasil e a abertura dos portos às nações amigas em 1808, o que possibilitou a entrada livre de obras estrangeiras e uma fase de expedições científicas. Ainda que não tenham havido mudanças significativas no quadro, pois a relação de dominação metrópole-colônia que nos ligava a Portugal permaneceu e nada se fez para incentivar a pesquisa científica, para a educação médica houve um marco importante. Em fevereiro de 1808, D. João VI criou o primeiro curso médico cirúrgico do Brasil, em Salvador, Bahia. Em novembro do mesmo ano, foi criada no Rio de Janeiro a Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina. A criação das primeiras escolas médicas pode ser atribuída à necessidade urgente de médicos e a gravidade das doenças epidêmicas, quando da transferência da corte portuguesa para o Brasil. Esses fatores possivel-

mente "ajudaram a dar à medicina uma identidade profissional e uma perceptibilidade social antes do papel social dos cientistas estar claramente definido"⁹.

Na fase da Independência e do Primeiro Reinado (1822 - 1831) as variações foram poucas. Vários cientistas ingleses, alemães e franceses que aqui estiveram, nada fizeram ou deixaram que modificasse a cultura brasileira. Em 1829 é fundada a Sociedade de Medicina por quatro médicos brasileiros e quatro estrangeiros, que desempenhou um papel importante aconselhando o governo nacional durante as crises médicas. Também já existiam duas revistas médicas: o "Propagador das Ciências Médicas" e o "Seminário de Saúde Pública", cuja finalidade era divulgar informações médicas aos interessados.

No Segundo Reinado, a Política Imperial para a educação continuou sendo orientada basicamente para dar à classe alta da sociedade uma instrução acadêmica, desvinculada da realidade; a grande massa não recebia educação. As mais expressivas medidas se deveram às modificações sócio-econômicas da sociedade brasileira. Nestas mudanças a abolição da escravatura e a introdução do trabalho livre foram destaques.

Também a expansão industrial do meado do século XIX trouxe modificações pela necessidade do Brasil de se proteger da concorrência estrangeira. O desvio do capital provocado pela baixa de preços dos produtos agrícolas, criou uma séria ameaça ao defasado sistema econômico brasileiro. Vale salientar que houve uma mudança no contexto social, com o surgimento de uma nova classe formada por bacharéis, militares, engenheiros e médicos, filhos de comerciantes e burocratas. Em relação à me-

dicina, a segunda metade do século XIX, caracteriza-se por uma ênfase na pesquisa na Europa e nos Estados Unidos. O Brasil acompanhou essa tendência através das escolas de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, que como consequência obtiveram recursos para melhorar suas condições materiais. Na Bahia iniciou-se a patologia experimental, e em 1849 foi fundada a Gazeta Médica da Bahia, considerada uma revista importante na época. Em face das condições precárias de funcionamento das escolas médicas, quer na parte física, quer no que se refere à qualidade do ensino, houve uma reação à omissão do governo, havendo uma reivindicação para que se estreitassem as relações Estado/Ciência.

A proclamação da República em 1889 não modificou o quadro do ensino profissionalizante e nem as nossas atividades científicas, ainda com visível predominância estrangeira, embora com uma crescente participação brasileira.

Até 1930, além do aparecimento do Instituto Oswaldo Cruz e do Instituto Bacteriológico de São Paulo (atual Adolfo Lutz) que vieram como respostas às necessidades urgentes do meio, o ensino ainda se caracterizava por fornecer exclusivamente um modelo estrangeiro que era uma mera transplantação sistemática. Contudo, cabe esclarecer que o início dos trabalhos do Instituto Soroterápico Federal de Manguinhos (depois Instituto Oswaldo Cruz), a partir de maio de 1902, foi um marco para as ciências da saúde no Brasil pois finalmente "a sociedade foi despertada para o importante papel que a ciência pode desempenhar do ponto de vista social"¹⁰. Considera-se ser de grande importância para o desenvolvimento da ciência no Brasil, o

fato de que Oswaldo Cruz era "comprometido com a crença de que a ciência devia fazer parte integrante da cultura nacional"¹¹. A sua contribuição ao desenvolvimento científico brasileiro deu-se não somente através da aplicação dos resultados de pesquisa a problemas práticos, mas também ao estabelecimento da relação ciência/sociedade, através da realização de metas políticas amplas. Pode-se dizer que

"sua ação decisiva foi a de formular; pela primeira vez no país, uma política científica compatível com a resolução de problemas sociais de crucial importância".¹²

Somente a partir de 1930, com a diversificação do discurso oficial, vão surgir importantes modificações sociais, políticas e econômicas, tendo como consequência o aparecimento de uma nova política social e econômica.

Com a passagem do polo agro-exportador para o polo urbano industrial houve uma necessidade de modificação do ensino que teria que passar a gerar recursos humanos para fazer frente às novas características do sistema produtivo. Houve também uma fundamentada preocupação em desenvolver o sistema científico-tecnológico nacional, pois existia a necessidade premente de aplicação prática da ciência, como elemento de defesa e de produção de tecnologia. Nesta época surgem as primeiras universidades, e a comunidade científica se fez presente através da criação do Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas (CBPF) e da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). Dá-se bastante ênfase, a partir daí, ao conceito de ciência como força de produção, que veio orientar a política científica a ser implementada seguir.

O período que vai de 1950 a 1967, é caracterizado por uma expansão do consumo de bens duráveis, indústria automobilística, bens de capital. As idéias nacionalistas visam a garantir a soberania do Estado, proteger a nação contra a penetração imperialista, manter a soberania nacional.

Mais uma vez evidencia-se a necessidade de formação de recursos humanos qualificados como forma de neutralizar a necessidade de importação de know how, baseado na constatação de que a infraestrutura econômica deve ser acompanhada de uma infraestrutura educacional, e portanto social.

A década de 1950 marca a institucionalização da política científica brasileira. Essa política estava articulada às transformações por que passava a sociedade brasileira e correspondia

"à função estatal de promover a formação de força de trabalho qualificada e assim garantir a infraestrutura técnica e material necessária à expansão capitalista"¹³.

A expressão dessa política se dá através da criação em 1951 do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e da Campanha de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES); são a ciência e os recursos humanos, qualificados como elementos indispensáveis ao progresso e aprimoramento das forças de produção.

A partir de 1964, com a mudança do regime político, ocorrem grandes alterações no modelo de desenvolvimento brasileiro até então adotado. É encerrado o pacto populista que controlava o Estado; 1930. O lema revolucionário é Segurança e

Desenvolvimento. Configura-se uma situação dicotômica: sob alegação da manutenção da segurança há um cerceamento de manifestações de crítica ao governo; por outro lado há um estímulo ao desenvolvimento, com ênfase na pesquisa científica e a formação de cientistas e profissionais especializados como elementos indispensáveis ao emergente crescimento econômico. Esta fase foi pautada por grandes crises em diversas universidades e institutos de pesquisa. Muitos professores e pesquisadores por divergências ideológicas com o novos governantes, tiveram que abandonar seus cargos, causando prejuízo desmedido ao ensino e à pesquisa. A ciência e os recursos humanos continuavam ligados ao desenvolvimento econômico. Porém sua força produtiva é arrefecida em virtude de que a tecnologia e a pesquisa, indispensáveis à execução do processo de industrialização, continuam presas à importação de know how das empresas estrangeiras.

A partir de 1967 (Governo Costa e Silva), ocorre com especial ênfase a incorporação da Ciência e da Tecnologia ao discurso oficial. Há uma vinculação de C&T à política externa do governo, fazendo o paralelo de que através do crescimento de recursos humanos e materiais, o Brasil será projetado internacionalmente. A ciência e a educação passam a ser objetivo nacional e são consideradas investimento para o desenvolvimento. Surge então a obrigatoriedade de ajustar o sistema educacional às necessidades da economia e é reforçada a idéia de ciência como força de produção e formação de mão-de-obra para o mercado de trabalho.

É implantada a Reforma Universitária que vem ao encontro de várias necessidades, como garantir ao governo o contro-

le político de inovação das universidades, para neutralizar reivindicações políticas de importantes setores da classe média e formar os tão propalados recursos humanos imprescindíveis ao mercado de trabalho. A Reforma Universitária trouxe medidas técnicas que visavam tornar o ensino superior mais eficiente embora reduzissem sua atuação política e crítica. Isto veio gerar medidas de caráter punitivo que afetaram bastante a comunidade científica. Além da comprovação de qualificação técnica dos indivíduos, há a de sua ideologia política.

Nos governos que se seguem a ciência e a tecnologia continuam a ocupar papéis preponderantes e há uma proposta de colocá-las a serviço da sociedade brasileira. Existe um conceito estabelecido de que a ciência e a tecnologia exprimem progresso e modernização. É incorporado ao discurso político o conceito de ciência como força de produção. Procura-se minimizar a importação de tecnologia e aumentar a capacidade das empresas melhorarem seu desempenho tecnológico através de recursos humanos bem formados. A ciência e a tecnologia são apresentadas como forças propulsoras do desenvolvimento e da modernização do país tanto industrial quanto econômica e socialmente.

Pode ser observado também que a partir de 1964 o novo sistema de governo recorre ao uso de novas técnicas de tratamento da informação pra obter uma ostensiva despolitização da sociedade civil, e impor suas idéias com objetivo de dominação política. Observa-se assim que o controle ideológico não fica restrito aos centros formativos (universidades), mas estende-se também aos outros setores da sociedade.

Esse período registra o desdobramento da política na-

cional de ciência e tecnologia, através dos Planos Básicos de Desenvolvimento para Ciência e Tecnologia (PBDCTs). Esses planos incluem no seu conteúdo diretrizes para a capacitação de recursos humanos e apoio financeiro à pesquisa. Em 1975 é criado o Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia (SNDCT) cujas funções básicas são "programar, executar, fomentar e regular as relações com o exterior para o intercâmbio e transferência de tecnologia".¹⁴

O setor formativo considerado fundamental para o desenvolvimento social e econômico do país, foi contemplado em 1975, com a aprovação do Plano Nacional de Pós-Graduação com objetivo de institucionalizar a pós-graduação, elevar padrões de desempenho dos cursos e planejar sua expansão.

Os estímulos aos setores de C&T e de formação de recursos humanos visavam viabilizar o discurso ufanista da época que pretendia através do salto tecnológico, ver o Brasil transformado em grande potência. No entanto, todas essas iniciativas foram realizadas de acordo com a ótica exclusivamente tecnocrática característica do período; em relação à ciência cometeu-se um erro grave quando foram esquecidos os condicionamentos sociais do sistema científico e a comunidade científica foi deixada à margem, sem participar da elaboração dos instrumentos de estímulo à ciência e tecnologia.

Encerrado o ciclo dos governos revolucionários, o Brasil preparou-se para viver um novo período histórico. O advento da Nova República trouxe no seu bojo a possibilidade do resgate das práticas democráticas, onde a participação da sociedade nas decisões governamentais era premissa básica.

A criação em março de 1985 do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), veio atender a um antigo desejo da comunidade científica, possibilitar a retomada do seu diálogo com o governo e impulsionar a política brasileira de ciência e tecnologia. Nos pronunciamentos da época era dito que

"a ciência e a tecnologia são hoje fatores fundamentais para o bem estar e a liberdade dos povos e determinam, em grande medida, as relações de poder entre as nações"¹⁵.

No entanto, a extinção do MCT e sua subsequente transformação em Secretaria^{15a} quatro anos depois, sem que se tenha podido aferir adequadamente seu desempenho, demonstram que são os jogos de força de interesse que continuam a nortear as decisões governamentais. Parece que mais uma vez privilegiou-se o discurso político, em detrimento da vontade política; voltamos aos tempos coloniais em que o imediatismo na tomada de decisões e uma prática retórico-literária discursiva escamoteiam as reais necessidades expressas pelos diversos grupos sociais.

Na apreciação da emergência e evolução da ciência e da própria política brasileira de ciência e tecnologia, percebe-se que há vários elementos passíveis de análise. Um deles é a própria tradição histórica brasileira pautada por formas descontínuas de governos e regimes políticos, o que impossibilitou o estabelecimento de um plano e seu seguimento. Essa fragilidade do sistema tem contribuído para o estabelecimento das relações de dominação no campo da ciência e da tecnologia. Pode-se supor que o resultado disso "é de que nem a ciência nem a tecnologia estão harmonicamente integradas nas instituições

sociais, econômicas e culturais brasileiras"¹⁶.

Outro aspecto a considerar é a questão do "atraso" brasileiro em C&T, atribuído à desarticulação existente entre ciência e demanda do setor produtivo. Contudo, de acordo com MOREL¹⁷, as deficiências do sistema científico-tecnológico em países subdesenvolvidos não estão relacionadas a determinados setores, mas refletem as relações que se estabelecem entre formações sociais de capitalismo central e de capitalismo periférico, relações que se definem como relações de dependência e que fogem ao âmbito de uma política científica "sensu stricto". Dentro desse contexto o máximo que se alcança é uma "modernização dependente", requerida pelas relações entre países hegemônicos e dependentes do sistema capitalista.

Pergunta-se então quais seriam as reais possibilidades de um país na condição do Brasil, viabilizar seu crescimento, alcançar sua independência e maturidade econômica, tendo a ciência e tecnologia como propulsoras do progresso.

Acredita-se que a solução para essa questão estaria centrada na busca de uma mudança nas relações estabelecidas, o que se daria a partir de outra mudança: a das relações estabelecidas entre os países dependentes e sua ciência.

STEPAN¹⁸ considera que a chave para a ciência bem sucedida e produtiva no mundo industrial está precisamente na criação de um sistema de pesquisa de ciência; esse sistema envolveria diferentes tipos de ciência, treinamento, emprego, produção e consumo de conhecimentos. A autora considera que por ter adotado essa linha de ação, o Instituto Oswaldo Cruz conseguiu

levar a efeito uma transição das ciências biomédicas do Brasil para uma fase semi-independente. Essa atuação sistêmica envolvendo ciência básica e aplicada, treinamento e emprego de cientistas, produção e consumo de conhecimentos científicos dentro do Brasil além da contribuição que trouxe à ciência brasileira, e, em especial, às ciências biomédicas, leva a uma reflexão sobre a possibilidade de buscar novos indicadores de qualidade de ciência em países subdesenvolvidos. Teriam que ser adotados novos critérios e "o sucesso seria medido pela criação de instituições estáveis e produtivas de pesquisa fundamental e aplicada"¹⁹. Seria levada em conta uma atuação institucional diversificada, voltada para o recrutamento e absorção dos recursos humanos e científicos e técnicos nacionais. Em termos da produção deveria atender às necessidades locais, resultar na compreensão dos problemas nacionais, sem depender do mundo científico internacional para definição e escolha dos assuntos a estudar. No entanto, é importante não esquecer que

"a ciência bem sucedida num país em desenvolvimento, não deve ser isolada desse mundo científico internacional, mas deve encontrar uma 'audiência' para o seu trabalho, contribuindo assim para o desenvolvimento geral dos conhecimentos".²⁰

Desta forma considera-se que poderiam ser encontrados novos rumos que permitissem "romper os laços da dependência ainda subsistentes" e tornar consistente a afirmação que "o desenvolvimento científico e tecnológico continua sendo o mais importante termo de referência para a independência das nações"²¹.

Um vez apreciado em linhas gerais o desenvolvimento da

ciência brasileira, incluindo as ciências da saúde, e apresentados os mecanismos controladores da produção científica, materializado na política nacional de ciência e tecnologia, passa-se no próximo capítulo a ver dois segmentos desta política: a política nacional de saúde e a política nacional de educação, às quais se vincula a Residência Médica, objeto central deste estudo.

CITAÇÕES E NOTAS

- ¹MOTOYAMA, S. Ciência e tecnologia e a história da dependência no Brasil. Rev. Bras. Tecnol., Brasília, 15(3):5, maio/jun., 1984.
- ²MOREL, R.L.M. Ciência e Estado; a política científica no Brasil. São Paulo, T.A. Queiroz, 1979, p. 134.
- ³FREITAG, Barbara. Prefácio. In: MOREL, R.L.M. Ibid p. XV.
- ⁴MOREL, op. cit. p. 12.
- ⁵HERNÁNDEZ CAÑADAS, P.L. Os periódicos "Ciência Hoje" e "Ciência e Cultura" e a divulgação de ciência no Brasil. Rio de Janeiro, 1987. Dissertação de mestrado apresentada no CNPq (IBICT)/UFRJ(Eco). p. 6.
- ⁶Ibid, p. 7.
- ⁷MOTOYAMA, op. cit. p. 7.
- ⁸STEPAN, Nancy. Gênese e evolução da ciência brasileira. Osvaldo Cruz e a política de investigação científica e médica. Rio de Janeiro, Artenova, 1976. p. 18.
- ⁹Ibid, p. 53.
- ¹⁰SANT'ANNA, Vanya M. Ciência e sociedade no Brasil, São Paulo, Símbolo, 1978. p. 55.
- ¹¹STEPAN, op. cit. p. 75.
- ¹²SANT'ANNA, op. cit. p. 67.
- ¹³MOREL, op. cit. p. 134.
- ¹⁴HERNÁNDEZ CAÑADAS, op. cit. p. 11.

- ¹⁵ ANDRADE FILHO, F.A. de. Nova República, o discurso ideológico em ciência e tecnologia. Rev. Bras. Tecnol., Brasília, 17(1):54, jan./fev. 1986.
- ^{15a} Através da medida provisória 115, assinada pelo Sr. Presidente da República, foi recriado 11 meses após sua extinção, o Ministério da Ciência e Tecnologia.
- ¹⁶ MOTOYAMA, op. cit. p. 16.
- ¹⁷ MOREL, op. cit. p. 136.
- ¹⁸ STEPAN, op. cit. p. 149.
- ¹⁹ Ibid, p. 22.
- ²⁰ Ibid, p. 23.
- ²¹ ANDRADE FILHO, op. cit. p. 54.

3. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO

A menção a aspectos e questões inerentes à Residência Médica, vincula-a naturalmente à política nacional de Saúde. Essa vinculação é pertinente, uma vez que cabe à Residência Médica formar especialistas para a área de saúde. No entanto, fica a cargo da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação, regê-la em todo território nacional. Esta situação faz supor que a Residência Médica também está sujeita às diretrizes estabelecidas pela política nacional de educação. Essa relação clarifica-se e amplia-se quando se admite que

"a política nacional de saúde se interliga em boa parte, à política de ciência e tecnologia, e que, uma e outra, se integram, por sua vez, na política social e econômica global. Ou seja, os objetivos específicos de grandes campos de atuação como educação e saúde serão, sobretudo, decorrência daquilo que tenha sido definido a nível societário"¹.

É dentro desse contexto que vai-se observar preferencialmente a partir de documentos oficiais, as iniciativas propostas até agora para viabilizar a política nacional de saúde e a política nacional de educação. Aqui o termo política tem como função sinalizar "um conjunto de preceitos e orientações baseados em princípios suficientemente genéricos e consensuais que levam a determinadas ações dirigidas a determinados fins"². Portanto, não é intenção proceder à avaliação dos procedimentos governamentais até porque

"a ação do Governo na área de ciência e tecnologia, não

é decisiva em si. A eficiência dessa ação depende, em boa parte, do grau de convergências com outras políticas, sobretudo a econômica, bem como o apoio que a política científica e tecnológica recebe de uma série de outras diretrizes, programas e planos"³.

Na abordagem que será feita das políticas às quais se atrela a Residência Médica, merecerá enfoque especial a formação de recursos humanos a nível de pós-graduação, pois tem-se como certo que (...) a formação de recursos humanos deve representar um ponto essencial da política de desenvolvimento científico e tecnológico (...).⁴

A nível internacional a política científica como é entendida hoje, surgiu após a II Guerra Mundial, a partir de uma intervenção efetiva do Estado. Pode-se dizer que ela tem

"dois objetivos simultâneos e complementares: o de estimular as atividades de pesquisa, criando um ambiente favorável ao seu desenvolvimento, e o de explorar os resultados dessas pesquisas para objetivos políticos gerais. São as ações do Estado para a ciência e através da ciência, que irão caracterizar a política científica tal como é hoje definida na maioria dos países industrializados e em desenvolvimento"⁵.

No entanto, em relação aos países em desenvolvimento, o reconhecimento da existência de uma política científica, passa por uma distinção entre política científica explícita e implícita. Para HERRERA⁶ a política científica explícita é a política oficial; expressa-se em leis, regulamentos, nos estatutos dos organismos encarregados do planejamento científico e tecnológico, nos planos de desenvolvimento e nas declarações governamentais. Está constituída por regras e resoluções que comumente se reconhecem como elementos que estruturam a política científica

de um país. A política científica implícita é muito mais difícil de identificar, porque embora ela determine o papel real da ciência na sociedade, não tem uma estrutura formal(...). Essa ressalva faz-se necessária, uma vez que

"no caso brasileiro as indicações sugerem que a política científica e tecnológica implementada ao longo das últimas décadas não corresponde inteiramente às formulações dos planos governamentais. Ao lado das iniciativas descritas nesses documentos, o Governo brasileiro seguiu uma série de políticas que, na prática, contradizem a orientação da política científica e tecnológica"⁷.

No Brasil, ainda que a década de 50 seja reconhecida por marcar a institucionalização da política de ciência, constata-se que somente quase 20 (vinte) anos depois, surge o primeiro documento considerado "um marco importante na planificação da ciência e tecnologia do País"⁸. O Programa Estratégico de Desenvolvimento (PED) fixava a política econômica para o período 68-70 e propunha "pela primeira vez de forma explícita e sistematizada, uma política científica e tecnológica para o país"⁹. Essa demora em formalizar a política em ciência e tecnologia, talvez deva-se ao fato de que

"no Brasil a compreensão da importância dos estudos sobre política científica, era, até pouco tempo, escassa. Poucas pessoas reconheciam a existência de um campo próprio de pesquisa nesse assunto(...). Os trabalhos feitos sobre alguma pesquisa só começariam a surgir na década de 70* para atender as necessidades de órgãos governamentais em ciência e tecnologia"¹⁰.

À partir do PED o Governo brasileiro usa os Planos Na-

(*) Grifo nosso.

cionais de Desenvolvimento (PNDs) para expressar as diretrizes a serem adotadas também para a política nacional de ciência e tecnologia. Os planos nacionais desdobram-se nos Planos Básicos de Ciência e Tecnologia (PBDCTs); a partir do III PBDCT a sistematização e operacionalização é feita através das Ações Programadas que constituem-se em "uma tentativa séria no que se refere ao estabelecimento de diretrizes básicas para a política de ciência e tecnologia" e devem ser vistas "como uma proposta de trabalho e não como um documento pronto e acabado, insensível a críticas e sugestões"¹¹.

RODRIGUES, em seu estudo, faz uma análise dos documentos governamentais de política científica gerados até agora, que refletem os esforços crescentes do Governo brasileiro em implementar a política de ciência e tecnologia, sendo que "é a partir do I PBDCT que o Governo passa a adotar um planejamento sistemático para a pesquisa científica"¹². Contudo, "os resultados colhidos em diversas tentativas de definição de políticas, envolvendo ciência e tecnologia no Brasil deixaram muito a desejar"¹³. Essa crítica volta-se especificamente para a omissão na elaboração, utilização e avaliação desses instrumentos por parte de dirigentes e líderes de grupos atuantes em ciência e tecnologia.

Ainda que haja restrições em relação ao conteúdo e utilização dos documentos que explicitam a política nacional em ciência e tecnologia, eles constituem-se nos únicos instrumentos que permitem conhecer as diretrizes e instrumentos propostos para o funcionamento dos diversos setores.

A exemplo tem-se a Ação Programada em Ciência e Tecno-

logia, 26, que aborda o Desenvolvimento científico e formação de recursos humanos; na sua apresentação é considerado que

"tanto as necessidades tecnológicas do País, quanto o pressuposto então firmado da indissociabilidade do ensino e da pesquisa, assim como as carências de recursos humanos para os projetos de desenvolvimento levaram o governo a concentrar sua atenção sobre a interface que se apresenta entre o sistema de educação e o sistema de produção em ciência e tecnologia"^{14*}

Quanto aos cursos de pós-graduação "latu sensu" onde se insere a Residência Médica, são considerados

"uma modalidade de formação que deve ser amplamente utilizada no âmbito dos programas setoriais como instrumento de capacitação, representando uma alternativa de baixo custo para a formação, em curto prazo, de recursos humanos necessários à pesquisa numa determinada área ou setor"¹⁵.

Na diretriz de aperfeiçoamento de recursos humanos é dito que "deve ser estimulado e ampliado o apoio à oferta de cursos de aperfeiçoamento e especialização (pós-graduação 'latu sensu')" e que

"esses cursos de pós-graduação 'latu sensu' constituem a melhor solução para atender a professores de pequenas e médias instituições de ensino superior, os quais possuem marcantes dificuldades para permitir o afastamento de seus docentes para treinamento nos grandes centros universitários"¹⁶.

Admite-se, no entanto, que "de modo geral o sistema formador na área de Saúde carece fundamentalmente de uma melhor definição

(*) Grifo nosso.

de metas"¹⁷.

Na Ação Programada em Ciência e Tecnologia, 6, referente à Saúde e Nutrição é ressaltado

"que a vertente desta ação programada é o compromisso de produção e utilização do conhecimento científico e tecnológico para o desenvolvimento social, este entendido intencionalmente como melhoria de condições de vida das comunidades"¹⁸.

Aqui também é feita a relação educação/ciência e tecnologia, quando se diz que

"esses dois sistemas, o de ciência e tecnologia e o de Educação, base para a produção científica nacional*, têm muitos pontos controversos, sem dúvida com aspectos positivos e negativos, precisando ser constantemente aperfeiçoados para poder dar resposta adequada às necessidades cambiantes criadas pela dinâmica da sociedade brasileira"¹⁹.

Para fins deste estudo é especialmente importante a menção de que "entre os instrumentos de ação para o desenvolvimento científico e tecnológico do país, destaca-se o da informação"²⁰. Para reforçar esta afirmativa é citado um documento que acompanha o II PBDCT, em que é ressaltada a importância de incentivar de forma permanente o sistema de informação sobre pesquisas em saúde. É referenciada também a necessidade de trabalhos científicos que possam servir de análise crítica às pesquisas, assim como um apoio maior à divulgação de pesquisas, sob a forma de estímulos às revistas de circulação periódica, bibliotecas, edições de livros, teses e outras formas de veiculação de

(*) Grifo nosso.

informação. Nesta Ação Programada, o Programa de Saúde constituiu-se de um detalhamento e operacionalização do III PBDCT e está composto de três áreas-síntese que agrupam linhas de pesquisa. Através da leitura do conteúdo da Área III - Infraestrutura científico-tecnológica em saúde - constata-se que

"a infraestrutura da ciência e tecnologia na área de saúde ainda é deficiente. O seu fortalecimento é o objetivo a ser atingido como meio para melhorar tanto o estado das pesquisas como o do ensino e da prestação de serviços. Alguns aspectos são característicos dessa infraestrutura : recursos humanos, sistema de informação e mecanismos de utilização dos resultados de pesquisa"²¹.

Esta área possui 4 (quatro) linhas de pesquisa, a saber: capacitação científica de recursos humanos para o campo da saúde , tendo em conta inclusive aqueles que se utilizarão dos resultados das pesquisas na prestação de serviços; aperfeiçoamento do sistema de informação em saúde; processo de produção do conhecimento em saúde e por último, incentivo à implantação e desenvolvimento de mecanismos de absorção e utilização do conhecimento gerado pelas pesquisas às práticas de serviço.

O documento mais recente que explicita e reorienta as diretrizes e ações da política nacional em ciência e tecnologia é o I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (I PND-NR), válido para o período 1986-1989. Na sua apresentação está a informação de que "este é o plano de reformas, de crescimento econômico e de combate à pobreza"²². Desta forma , "O I PND reflete a decisão pela retomada do crescimento econômico, desta vez com clara orientação social"²³. Embora não haja referências à formação de recursos para a área de saúde, há

menção de que

"os programas de pós-graduação e atividades de pesquisa merecerão crescente apoio institucional, incluindo a instalação e manutenção de laboratórios, bibliotecas especializadas*, infraestrutura técnica e administrativa, programas de intercâmbio nacional e internacional"²⁴.

Apesar das críticas que são feitas à formulação e ao próprio conteúdo dos documentos que explicitam as políticas brasileiras, para o âmbito do presente estudo cumpriram-se os objetivos de observar as políticas de saúde e educação como segmento da política nacional de ciência e tecnologia e a vinculação da Residência Médica com essas políticas. Mesmo que não tenha sido identificada nenhuma referência direta à Residência Médica, a relação que é feita entre saúde, educação e ciência e tecnologia, e a própria importância que é dada à formação de recursos humanos a nível de pós-graduação é uma maneira, ainda que indireta, de validá-la. Por outro lado, vale destacar a inclusão da informação como subsídio para o desenvolvimento científico e tecnológico do país, e a inclusão do estímulo à formação e manutenção do sistema de informação, que junto aos recursos humanos são considerados parte da infraestrutura científica tecnológica em saúde.

A observação exclusiva dos documentos oficiais impõe uma limitação, pois identifica-se apenas o que se convencionou chamar de política explícita. Mas, as discussões que a questão da pós-graduação na área médica enseja, permite saber que

(*) Grifo nosso.

"torna-se necessária a implementação de uma política de formação de profissionais de saúde, de tal maneira que se evite duplicação de atividades e dispersão de recursos, o que aliás é de extrema importância para países em desenvolvimento e, principalmente o Brasil, que atravessa atualmente dificuldades econômicas"²⁵.

De forma mais específica é mencionado que

"se não cabe à pós-graduação, como de fato não cabe, traçar a política de saúde do País ou assumir a responsabilidade de resolver problemas de saúde dentro de um plano incompleto ou inexistente, cabe à pós-graduação formar, melhor maneira possível, os recursos humanos no melhor sentido"²⁶.

Uma vez identificadas e observadas as políticas explícitas que regem a Residência Médica, tem-se como objetivo no próximo capítulo ver como se processa a educação médica no Brasil. Considerando-se que a inclusão da Residência Médica é o setor analisado neste estudo, serão abordados todos os aspectos considerados importantes desta modalidade de ensino; esse tipo de análise poderá levar à detecção das formas implícitas da política adotada para a área.

CITAÇÕES

- ¹PEREIRA, José Carlos de Medeiros. Política nacional de ciência, tecnologia e saúde. Rev. Bras. Educ.Méd. 4(1):37, jan./abr. 1980.
- ²LEMOS, A.A.B. de. Política de informação em ciência e tecnologia. Recife, 1987. p. 1.
- ³RATTNER, Henrique. Definição de prioridades: um processo democrático. Rev.Bras.Tecn., Brasília, 12(1):20, jan./mar. ; 1981.
- ⁴PAVAN, Crodowaldo. A ciência e o futuro. Rev.Bras. Tecnol. , Brasília, 18(3):47, mar. 1987.
- ⁵NICOLETTI, L. & BASTOS, M.I. Política de C&T, planejamento e uso dos indicadores de desenvolvimento científico e tecnológico para a América Latina. Brasília, 1984. p. 2.
- ⁶HERRERA, A.O. O planejamento da ciência e tecnologia na América Latina; elementos para um novo marco de referência. In:Ciência, tecnologia e desenvolvimento 2.Brasília, CNPq/UNESCO, 1983. p.14.
- ⁷RODRIGUES, Mara E. Fonseca. A política científica e tecnológica no Brasil: análise das áreas de Engenharia de Minas , Metalurgia e de Materiais. Rio de Janeiro, 1988. Dissertação de mestrado apresentada ao CNPq (IBICT)/UFRJ (ECO). p.42.
- ⁸Ibid, p. 30.
- ⁹Ibid, p: 30.
- ¹⁰MOTOYAMA, Shozo. Política científica: reflexo de uma dependência cultural. Rev.Bras.Tecnol., Brasília, 12(3):52, jul./set, ; 1981

- ¹¹ALBUQUERQUE, Lynaldo C.de. Apresentação. CNPq. Ação programa da em ciência e tecnologia, 6. Saúde e Nutrição. Brasília, 1982. p. 1.
- ¹²RODRIGUES, op. cit.; p. 31.
- ¹³FURTADO, J.S. Política de ciência: entendimentos e contradições. Ciência e Cultura, 34(12):1627, dez., 1982.
- ¹⁴CNPq IBICT. Desenvolvimento científico e formação de recursos humanos. Brasília, 1983. (Ação Programada em Ciência e Tecnologia, 26). p. 14.
- ¹⁵Ibid, p. 52.
- ¹⁶Ibid, p. 38.
- ¹⁷Ibid, p. 98.
- ¹⁸CNPq IBICT. Saúde e Nutrição. Brasília, 1982 (Ação Programada em Ciência e Tecnologia, 6) p. 7.
- ¹⁹Ibid, p. 14
- ²⁰Ibid, p. 14.
- ²¹Ibid, p. 27.
- ²²I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República - 1986 -89; projeto. Brasília, 1985. p. 9.
- ²³Ibid, p. 9.
- ²⁴Ibid, p.68.
- ²⁵SOUZA, Evandro G. de. Interação entre Residência Médica, especialização, mestrado e doutorado: o ponto de vista "lato sensu". In: Simpósio nacional de pós-graduação na área médica. Rio de Janeiro, 1984. Anais... p. 47.

²⁶HOSSNE, William Saad. Política Nacional de pós-graduação. Relatório final. In: Simpósio nacional de pós-graduação na área médica. Rio de Janeiro, 1984. Anais... p. 226.

4. EDUCAÇÃO MÉDICA E RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

4.1. Educação médica

A discussão sobre a evolução, o estado atual e as perspectivas da educação médica no Brasil requer o estabelecimento de um referencial conceitual a partir da aceitação de que

"a saúde de um pessoa é o resultado de um conjunto amplo e diversificado de condições que possam assegurar-lhe o bem-estar. Entre essas condições estão o conhecimento do corpo e seu funcionamento, a capacidade de prevenir-se contra doenças físicas e mentais, a compreensão das relações afetivas e sexuais e suas diversas dimensões, a recuperação da identidade pela informação sobre direitos de cidadania, a obtenção do equilíbrio na situação sócio-econômica com a garantia de moradia e de alimentação sadia."¹

Essa definição contemporânea de saúde servirá de base ao desenvolvimento do assunto proposto.

Em uma abordagem tipológica pode-se distinguir 4 (quatro) fases evolutivas na educação médica na América Latina, no período após a II Guerra Mundial². A primeira fase caracteriza-se por formar o médico, sem qualificar seu exercício, mas com toda sua formação voltada para o doente. O processo desenvolveu-se em um contexto puramente educativo, sem qualquer vinculação com o setor saúde. O ensino de caráter predominantemente teórico, destinava-se a moldar o futuro médico à imagem e semelhança do professor; predominavam as aulas expositivas, completadas por demonstrações práticas e pouca exposição à clínica.

A segunda fase tinha como objetivo formar o médico geral. Neste período o foco estava centrado no indivíduo e o fenômeno saúde visto de um prisma bio-médico. Pertence a esta fase a organização departamental que agrupa disciplinas afins com o aparecimento de um carácter multidisciplinar refletindo na racionalização curricular. São desta época a introdução da medicina preventiva no curso e a divisão das ciências básicas e clínicas, em ciclo básico e ciclo profissional. Foram feitas experiências com o que se convencionou chamar de laboratórios de comunidade, nos quais se estabelecia um programa piloto de medicina comunitária de carácter demonstrativo. Houve também um desenvolvimento da pesquisa bio-médica, que teve como consequência natural, a adoção de tempo integral pelos professores, e uma certa expansão das bibliotecas existentes.

A terceira fase tinha um enfoque bio-psico-social; orientava a formação do médico que o país necessitava e tomava a família como centro do processo de atenção. Como características principais destacaram-se: a introdução da integração interdisciplinar; o desenvolvimento da idéia dos Centros de Ciências da Saúde e o desenvolvimento do hospital universitário. Nessa fase, a orientação didática passou a centrar-se mais no interesse do aluno que no tipo de conhecimento a ser ministrado. A integração dos hospitais e programas desenvolvidos em centros de saúde permitiu a participação da mesma equipe docente em três níveis: laboratorial, hospitalar e comunitário. Na questão docente, observou-se uma modificação da atuação do professor que passou a exercer a função de tutor, passando a ser agente catalizador do processo de aprendizagem.

A quarta fase, constitui-se de um modelo prospectivo, onde muito de seus elementos já podem ser observados em experiências inovadoras. Aqui, aparece a idéia da formação da equipe de saúde, direcionada à comunidade como um todo, tendo como marco de referência a realidade de saúde no país. Essa nova perspectiva tem influência no plano curricular uma vez que se embute a integração não só de conhecimentos, mas também das ações e até, das estruturas que atuam no setor. A introdução desse novo conceito propicia uma modulação do plano curricular em função do desenvolvimento de esquema de ação e abre a possibilidade de tomar os próprios programas de saúde como base organizacional do processo de formação. A integração serviços de saúde/sistema educacional tem como consequência lógica uma verdadeira integração docente-assistencial, no qual se incorpora a própria equipe de saúde. Este modelo prevê uma possibilidade de apoio do sistema educacional através de uma unidade de Programação e Avaliação, incluindo uma biblioteca multimeios e os recursos da moderna tecnologia educacional. Nesta fase, a relação professor/aluno deve ocorrer em um clima participativo, em que ambos trabalham lado a lado no sistema assistencial, cabendo ao professor não só a supervisão, mas também a observação continuada do desempenho do aluno em relação às competências requeridas.

No Brasil observamos uma evolução semelhante ao modelo descrito: VERAS³ assinala três períodos com orientações curriculares distintas: o período clássico marcado pelo academicismo francês, o período marcado pela influência do Relatório Flexner e a fase mais recente caracterizada por reformas advin

das das doutrinas preventivas e comunitárias, em que a política de saúde orientou o funcionamento do hospital de ensino, que teve como resultado o movimento de medicina comunitária, e mais recentemente, o movimento de integração docente-assistencial.

FRAGA FILHO e ROSA⁴ apontam três marcos que servem para análise da evolução da educação médica no País. O primeiro é o marco científico onde os progressos da ciência e da técnica, começaram a transformar progressivamente, a teoria e a prática da medicina. Esta fase foi grandemente influenciada pelo Relatório Flexner publicado nos Estados Unidos, em 1910. Esse relatório propunha que uma educação médica eficaz devia basear-se em investigações biológicas adequadas e estava centrada na universidade. Seu conteúdo previa a criação de departamentos e desenvolvimento do ensino e pesquisa em ciências básicas, com a criação do ciclo básico diferenciado do ciclo profissionalizante ou clínico; estabelecia também a criação de departamentos em lugar de cátedras e a incorporação das escolas médicas como campo fundamental do adiestramento clínico. Nessa fase a proposta era preparar o estudante para a resolução de problemas, com o uso de metodologia científica.

O segundo marco caracteriza-se pela aplicação das modernas noções de pedagogia ao ensino médico. Essa tendência surgiu em 1950, quando foram identificados os benefícios que a aplicação dos princípios pedagógicos poderiam trazer ao ensino na área de Medicina. Em 1960, essa linha de ação foi reforçada, pela ação das associações das escolas médicas nas Américas.

O terceiro marco reflete as tendências mais recentes onde as preocupações estão centradas nos problemas sociais. O fo

co passa a ser a saúde comunitária, com uma conseqüente valorização do papel social do médico. Cabe às instituições de ensino uma captação e posterior desenvolvimento dessa nova prática, cuja aplicação está na dependência de uma mudança nas estruturas já existentes em relação à tradição na medicina individualista, à prática educacional e às distorções da estrutura social. Fica a cargo das escolas médicas a redefinição do papel do novo profissional a ser formado: delinea-se um médico generalista, socialmente conscientizado, ainda que se tenha como certo que as transformações das perspectivas de saúde coletiva, transcendem a atuação do médico e estão na dependência de outros fatores, sobretudo de ordem sócio-econômica.

A tendência atual da adoção do modelo docente-assistencial, como forma de atender às reivindicações do direito universal à saúde, começou a ser traçada na conferência de Colorado Springs em 1952, onde foi lançada a proposta de medicina integral e acentuada a dicotomia entre medicina curativa e preventiva⁵. Tem especial significado dentro do contexto a Declaração de Alma Ata, em 1978 onde é explicitado que

"uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais, e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva"⁶.

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde vem confirmar esse princípio quando define direito à saúde como

"a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e

de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano, em sua individualidade"⁷.

Essa reformulação conceitual de saúde, que veio nortear a adoção do modelo docente-assistencial permite analisar a situação atual do ensino médico no Brasil, onde a questão principal é buscar os meios e/ou instrumentos que permitam viabilizar a adoção efetiva do modelo proposto.

SANTOS⁸ considera que o modelo docente-assistencial visa à integração do ensino com os serviços de saúde, propiciando condições de nova metodologia pedagógica, em que o educando tem participação mais ativa na sua formação. Nas considerações sobre a praxis da atual educação médica, observa que a escola médica do Brasil em sua maioria, não aplica de modo adequado o modelo flexneriano, nem tampouco implantou o modelo docente-assistencial. Ao identificar uma posição eclética da praxis da educação médica, uma vez que ela não corresponde isoladamente a nenhuma das correntes de pensamento atualmente consideradas, em termos de filosofia da educação, conclui que o mais importante não é a predominância desta ou daquela corrente, mas sim que a educação médica seja humanista.

As considerações feitas acima embutem uma indefinição na praxis da educação médica, o que pode ser um fator obstrutivo na aplicação do modelo escolhido, assim como pode ser a causa das críticas que são feitas ao processo de maneira geral.

Em relação à educação médica há atualmente pelo menos três aspectos importantes a considerar, e que têm sido alvo de

críticas e/ou questionamentos: a definição de suas metas, a definição do perfil do seu produto final e a metodologia a ser adotada para a consecução dos dois pontos primeiramente nomeados.

Com respeito ao primeiro, observa-se que o sistema formador de recursos humanos na área de Saúde necessita de uma melhor definição de metas, assim como faz-se necessário um bom levantamento de dados que depois de analisados, reflitam as reais necessidades em relação aos profissionais que irão compor as equipes de saúde. O número de médicos formados nunca esteve vinculado a metas planejadas e o seu volume tem sido definido pelas necessidades individuais e pelo mercado de trabalho. Considera-se que o projeto educacional médico deve ser contemplado a partir de três aspectos básicos: os propósitos educacionais da faculdade mater (de que o currículo é um instrumento); as necessidades de atendimento da região e do país e os planos de vida dos alunos, no que diz respeito à sua própria formação⁹.

A confirmação dessas assertivas dá-se através da manifestada preocupação geral quanto à inadequação da formação médica. Na atual configuração são apontados como pontos críticos: os objetivos sem definição clara; o não atendimento às prioridades de saúde, a não observação dos mais elementares princípios pedagógicos e sua base ser assentada em uma tradição injustificada que se deformou ao longo do tempo, pela adição de fragmentos de novos conhecimentos e ajustes de compromisso¹⁰.

Essa indefinição de objetivos tem um reflexo claro na

definição do produto final a ser gerado pelas escolas médicas. A abordagem dessa questão pode ser iniciada pela observação de dois pontos: dos compromissos da escola médica e das estratégias educacionais a serem utilizadas.

São atribuídos à escola médica dois compromissos: o técnico-científico e o social que não devem ser considerados excludentes. O compromisso social implica em uma aproximação da escola médica e os serviços de saúde, e constitui-se em ponto delicado, pois para muitos professores as missões acadêmica e social são inconciliáveis. Esse raciocínio baseia-se no fato de que seria uma principal tarefa o desenvolvimento da pesquisa e da ciência médica, e que qualquer afastamento diluiria os esforços do corpo docente e poderia ter reflexos futuros na qualidade do atendimento; uma vez que os alunos seriam menos expostos ao pensamento mais avançado na ciência e tecnologia médicas¹¹. Os compromissos atualmente atribuídos à escola médica, ainda que venham facilitar o direcionamento de seus objetivos e a definição do modelo de médico a graduar, encontram resistência à sua aceitação plena, o que pode ocasionar um prejuízo no próprio processo educativo e no desempenho profissional dos futuros médicos.

As estratégias educacionais a serem utilizadas podem constituir-se em importante instrumento para solucionar as questões mencionadas, uma vez que uma escolha acertada dessas estratégias vai incidir na definição do conjunto de competências que deve ter o médico formado e também no desempenho das escolas médicas. Essas estratégias devem estar ajustadas aos objetivos das escolas, e é desejável que na organização curri-

cular haja uma articulação entre o ensino das matérias básicas e o das matérias profissionais; que os conteúdos dos programas sejam confrontados com os dados de morbinatalidade e interrelacionados com outras áreas do conhecimento; que os locais de treinamento sejam diversificados, assim como os procedimentos de avaliação do rendimento acadêmico. A mudança das estratégias de ensino incide diretamente no preparo didático-pedagógico dos professores. Hoje, a escola médica participa na definição de prioridades para a sociedade no setor saúde; essa mudança na ação da escola médica vai implicar na mudança do professor e dos ambientes onde passa a exercer esse papel¹².

Uma vez observada a situação atual das escolas médicas face a questão da definição dos seus objetivos, e feito o relacionamento dessa questão com os compromissos atuais da escola e as estratégias educacionais a serem utilizadas, tem-se condição de começar a discutir o perfil do seu produto final (que tipo de médico deve ser formado), uma vez que esse ponto está diretamente ligado aos demais já citados.

Como é natural, o perfil do médico acompanhou os objetivos da própria escola médica. As influências flexnerianas estimularam a formação de médicos com formação científica sólida em ciências básicas e adestrados preferencialmente em hospitais universitários. Até então supunha-se que os egressos das escolas médicas estavam aptos a exercerem a profissão com maior desembaraço e capacidade a resolver desde os mais simples aos mais complexos problemas de saúde. No entanto, constatou-se que o modelo privilegiava os cuidados com a saúde individual de caráter secundário e terciário em detrimento da prática da medi-

cina comunitária e preventiva; a escola afastava-se do seu compromisso social. Havia necessidade de uma mudança no graduado, que deveria ser um médico capaz de atuar com a mesma eficiência na prevenção da doença e na promoção e restauração da saúde¹³. Essa nova visão vai ao encontro da afirmação de que

"a escola médica não pode ser considerada como um processo isolado, e, sim, como um aspecto fundamental do sistema de atendimento à saúde. Como tal, ela há de acompanhar as mudanças que ocorrem na organização dos serviços de saúde, na estrutura assistencial e na prática médica, admitindo-se, ainda, que as instituições educacionais devem exercer influência sobre as transformações em curso e desempenhar um papel catalítico nas reações de ambos os sistemas - o de saúde e o de educação"¹⁴.

Dentro dessa perspectiva, a prioridade da educação médica deve ater-se aos problemas relacionados com as comunidades as quais seus graduados deverão servir. A estrutura dos serviços de saúde passa a incidir na alteração dos currículos; a vinculação do setor educacional com o setor de saúde altera as linhas de ação, com o deslocamento da atenção da saúde individual para os interesses da comunidade. Surge a necessidade de um profissional com um novo perfil que atenda a essa demanda.

A situação que se apresenta enseja uma discussão em torno da terminalidade do curso médico, ou seja, da necessidade de se graduar um profissional capaz de entrar logo em ação, se assim exigirem sua situação pessoal ou as condições do meio em que vive. Aparece a figura do médico generalista que deve ter formação básica em Clínica Médica, Pediatria, Tocoginecologia, Cirurgia, Psiquiatria e Medicina Preventiva. Esse médico deverá estar capacitado a dar um atendimento ao paciente e a sua família, ser capaz de encaminhá-lo a especialistas, supervi

Na discussão do produto final a ser formado pelas escolas médicas, devem ser tomadas como referência a situação sócio-econômica, política e a saúde dos países. Outro ponto a se destacar é a importância da definição dos objetivos pelas escolas médicas que serão diferenciados, levando-se em conta sua localização geográfica e sua disponibilidade de recursos. Dentro dessa flexibilidade, considera-se que

"todas as escolas médicas deverão estar capacitadas para preparar profissionais aptos ao desempenho dos cuidados médicos primários e secundários, acessíveis nas unidades sanitárias mais elementares e nos hospitais comunitários. Já os cuidados terciários, que exigem recursos técnicos sofisticados e especialização, serão prestados nos hospitais mais diferenciados"¹⁷.

Ainda que não se tenha chegado a uma definição precisa dos objetivos da escola médica, o que dificulta a aplicação do modelo docente assistencial e influi na caracterização do seu produto final, a adoção de metodologias adequadas pode vir a se constituir em fator importante, com vistas a dar novas perspectivas a questão da educação médica.

A abordagem desse tema pode ser feita a partir da aceitação do princípio básico de que

"a educação se constitui, mais que uma série de acontecimentos, em um processo de mudança no qual o ensino e a aprendizagem estão sempre interrelacionados"¹⁸.

Esse conceito reflete uma visão integrada do processo ensino / aprendizagem; observa-se que há diferenças básicas na habilidade e no estilo para aprender, relacionadas à personalidade, ou circunstâncias sócio-econômicas. Deste modo a aprendizagem

não é vista de forma linear, uniforme, mas apresenta variações que estarão relacionadas ao estudante, às mudanças nos objetivos da aprendizagem e até com o assunto a ser ensinado. Essa visão traz uma mudança na atuação do professor que terá como função facilitar a aprendizagem, que estará cada vez mais baseada em idéias novas sobre o processo de mudança individual, e cada vez menos em teorias sobre a instrução. Esse redirecionamento do processo ensino/aprendizagem vai ao encontro do novo modelo de educação médica, em que a aprendizagem deve ser baseada em situações reais, com o ambiente de aprendizagem situado na comunidade, como consequência da relação íntima estabelecida entre o sistema de educação médica e o sistema de serviço médico.

Na educação médica, a nova abordagem metodológica surgiu com a mudança dos parâmetros quantitativos, para os parâmetros qualitativos em que é dada uma prioridade ao conhecimento e às distintas formas de integração multiprofissional, interdisciplinar, básica clínica, preventivo-curativa e docente assistencial. Principalmente nos países em desenvolvimento, que convivem com diferentes estágios evolutivos na situação de saúde, reforça-se a necessidade de que também a educação médica se desenvolva em um contexto ambiental amplamente representativo da problemática que confronta o sistema de saúde como um todo. Esse quadro trouxe a reformulação do modelo inicialmente adotado, que era caracterizado pela relação tradicional entre emissor e receptor (professor/aluno), em que predominava a transmissão unilateral da mensagem. A opção feita foi pelos processos interativos entre emissor e receptor e dos receptores entre si. Nesse contexto o professor/tutor desempenha um papel

de consultor e o aluno tem uma participação mais ativa na orientação de sua aprendizagem. Apresenta-se uma tendência evolutiva clara, a autoformação, e isto

"sucede em estreita correlação com a própria integração docente-assistencial (...), em que a incorporação precoce à realidade profissional passe a ser o principal estímulo e orientação do processo de aprendizagem que se desenvolve de forma independente e sob amplo controle do próprio estudante"¹⁹.

Deste modo, fica claro que hoje a questão da educação médica, transcende à escola médica e deve estar também vinculada aos processos sociais de transformação. Na realidade, são as necessidades da comunidade atadas às questões econômicas e políticas que vão servir de parâmetro para que a escola médica redirecione seus objetivos com vistas a definir não só o perfil do médico a graduar mas sobretudo tornar essa definição viável através de estratégias educacionais e metodologias adequadas. Só assim a aplicação do novo conceito de saúde deixará de ser uma proposta teórica para converter-se em realidade.

Ainda que todas as considerações até agora estejam relacionadas à educação médica sob a forma de graduação, suas influências sobre a Residência Médica se fazem sentir de maneira palpável. A questão da indefinição do produto final da escola médica e da não terminalidade do seu curso, incidem diretamente sobre a Residência Médica, uma vez que a maioria dos egressos das escolas médicas optam por continuar sua formação em nível de pós-graduação, seja "sensu-lato" ou "strictu-sensu". Esse tipo de comportamento transforma a maioria dos graduados em especialistas ou sub especialistas; questiona-se então a própria

educação médica como um todo e de que maneira a Residência Médica poderá ser afetada em consequência de uma situação tão polêmica.

No próximo item será discutida a Residência Médica desde uma abordagem histórica até a sua situação atual no país.

4.2. Residência Médica

4.2.1. Histórico

Credita-se a William Halsted a introdução do sistema de especialização em Medicina, sob a forma de Residência Médica. Halsted, um cirurgião americano, após terminar sua graduação foi para a Alemanha, onde já existia um tipo de treinamento científico em que o médico formado residisse no hospital por algum tempo. Na volta, Halsted foi nomeado cirurgião interno e chefe de clínica ambulatorial do Departamento de Cirurgia da John Hopkins University. Aí a partir de 1889 desenvolveu plenamente o sistema de Residência Médica nomeando como residentes quatro ex-internos, para trabalharem por um período de quatro a seis anos, com atribuições de responsabilidade progressiva nos cuidados pré e pós operatórios e na execução de cirurgia, modificando assim o sistema que vigorava até então, em que esta responsabilidade era atribuída ao médico assistente. O estabelecimento do sistema de Residência Médica é considerado um marco histórico na especialização em Cirurgia e em Medicina, de maneira geral²⁰.

A partir de 1890, William Osler também do John Hopkins, introduziu o mesmo sistema para a especialização em Clínica Médica.

As experiências pioneiras de Halsted e Osler serviram para difundir o sistema de Residência, a partir da constatação da elevação do padrão técnico do médico americano. Como consequência, passou a haver grande interesse por ex-residentes, para preencherem o quadro clínico dos hospitais mais qualificados para assumirem as funções de chefe e ensino.

A importância dos hospitais no ensino médico pós graduação "sensu lato" foi reconhecida pela Associação Médica Americana em 1917. As Residências começaram a ter grande procura e dez anos depois, foram credenciados os primeiros programas.

No Brasil, em 1945 foi implantado o primeiro programa de Residência, na especialidade de Ortopedia, no Hospital de Clínicas de São Paulo (HC/USP). Em 1948, no Rio de Janeiro, no Hospital dos Servidores do Estado foram implantados os programas de Residência em Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria e Obstetrícia e Ginecologia. Essas duas experiências brasileiras seguiram para sua implantação, o modelo norte-americano já existente.

Na década de 70 os programas de Residência Médica tiveram significativa expansão, podendo-se atribuir esse fato ao aumento do número de médicos no Brasil a partir da década de 60. De acordo com DONNANGELO²¹

"antes disso, e para o conjunto do país, a formação de profissionais obedece a um ritmo regular, pode-se mesmo

dizer, lento, de cuja explicação não estava ausente o caráter seletivo deste tipo de ensino. Entre outros fatores a pressão pela democratização do ensino, conquanto não eliminasse seu caráter seletivo, oferece oportunidade para considerável ampliação de escolas e cursos médicos. Em número de 27 até 1960, essas perfaziam 73 em 1971, 37 das quais criadas a partir de 1965... Esse aumento da rede escolar verificou-se principalmente nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, (...) e Rio de Janeiro... com o número de médicos tornando-se em 1977 duas vezes e meia maior do que em 1971".

Ainda que sem normas gerais que a regulamentassem observou-se que a Residência Médica (RM) começou a despertar o interesse dos órgãos de classe. Em 1964, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), teve como tema de seu encontro a RM, que em seu relatório foi definida como:

"uma forma de ensino de pós graduação, que permite ao médico recém-formado aperfeiçoar-se nos diferentes ramos da atividade médica trabalhando numa organização hospitalar de bom padrão, em regime de tempo integral e devotamento exclusivo, por prazo suficiente e sob supervisão de colegas experientes"²².

Em 1967 a Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), em seu 2º Congresso, praticamente ratifica o conceito estabelecido pela ABEM^{22a}.

Mais tarde a ABEM e a ANMR desenvolveram um trabalho conjunto em que foram baixadas normas e estabelecidos requisitos mínimos para o credenciamento de programas, os quais deveriam ser avaliados anualmente. No entanto, esse trabalho não foi consolidado e credita-se o fato à deficiência no seu planejamento e por falta de recursos financeiros e apoio oficial às instituições patrocinadoras.

O Conselho Federal de Educação (CFE) também teve sua participação no processo de regulamentação da RM. Na década de 70 com o objetivo de conter a expansão exagerada de programas de pós graduação "sensu strictu", o CFE fez uma revisão da legislação em vigor com fins de estabelecer adequada articulação entre Residência, Mestrado e Doutorado. Essa iniciativa do CFE já colocava a Residência como etapa fundamental na pós graduação na área médica, desempenhando um duplo papel: servir de base para formar profissionais de alto nível e atuar na formação de professor e pesquisador, como pré-requisito obrigatório para os cursos de Mestrado e Doutorado.

Os anos de 75, 77 e 79 são caracterizados por movimentos das associações residentes nos diversos estados. Mesmo localizados em lugares diferentes e com diferentes patrocínios, Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Associação dos Médicos Residentes do Rio de Janeiro (AMERERJ), Associação dos Médicos Residentes de São Paulo (AMERESP), nota-se uma predominância das reivindicações dos temas ligados aos direitos trabalhistas (salários, carteira assinada, carga horária, moradia, alimento, etc.). Não se percebe preocupação/interesse por discutir outros temas pertinentes a RM e aos residentes como melhores condições de trabalho ou qualidade dos programas oferecidos. Essa afirmação parece encontrar sustentação na afirmação que "a Lei 7217 de setembro de 1984 fecha o nosso histórico"²³. Essa lei vinculou a partir de então, a remuneração do médico residente ao artigo 4º da Lei 3999/61 (que fixa o salário mínimo do médico para 20h semanais em 3 salários mínimos), acrescido de conquista de 35% pelo regime especial de treinamento em serviço de 60h semanais, mais 10% a título de compen-

sação previdenciária.

O ano de 1977 marca a legitimação da RM, através do decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977 que regulamentou a Residência Médica e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

A partir dessa data cabe à CNRM reger através de suas resoluções a Residência Médica em todo o território nacional. Essas resoluções foram e continuam a ser elaboradas à medida que se fazem necessárias e têm um significativo grau de abrangência: estabelecem o regimento interno da CNRM, esclarecem suas atribuições, estabelecem normas para credenciamento dos Programas de Residência Médica (PRM), arbitram sobre a carga horária, e desenvolvimento dos mesmos, dão critérios para avaliação de desempenho dos preceptores, mencionam direitos e deveres dos residentes durante o desenvolvimento dos PRM, etc.

À mesma época, baseado no artigo nº 81, item III da Constituição vigente o Presidente da República em exercício, decretou que:

"A Residência Médica constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional."²⁴

A Lei nº 6932 de 7 de julho de 1981 mantém a mesma definição de RM, omitindo a expressão "em regime de dedicação exclusiva"*

(*) Grifo nosso.

Essa mesma lei no § 2º do art. 1, estabelece que "fica vedado o uso da expressão residência médica* para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela CNRM".

Em relação à carga horária ficou estabelecido de início que os PRM teriam a duração mínima de 1 (um) ano, correspondendo ao mínimo de 1800 (hum mil e oitocentas) horas de atividade. A resolução nº 05/79 revê essa questão e referindo-se aos PRM nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Obstetrícia e Ginecologia, estabelece que esses terão a duração de 2 (dois) anos com carga horária mínima de 2800 e máxima de 3200 horas anuais. A resolução nº 17/81 referindo-se aos programas de Cirurgia Vascular e Neurocirurgia estabelece que os mesmos terão a duração de 3 (três) anos na especialidade, independentemente de, pelo menos 1 (um) ano em Cirurgia Geral e Neurologia, respectivamente, perfazendo portanto um total de 4 (quatro) anos de duração dos PRM.

O que permaneceu inalterada foi a distribuição da carga horária semanal onde serão respeitados o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão. Em termos percentuais ficou estabelecido que os PRM serão desenvolvidos com 80 a 90% de sua carga horária, sob a forma de treinamento em serviço, e sob supervisão, destinando-se o restante da carga horária a atividades didáticas complementares mencionadas como atividades teórico-práticas. Nessas atividades estão englobadas: sessão anató-

(*) Grifo nosso.

mo-clinica, clube de revista para discussão de artigos científicos, sessão clínico-radiológica, sessão clínico-laboratorial, cursos, palestras e seminários, tanto no âmbito geral como nas especialidades.

Ainda que caracterizada pelo treinamento em serviço, e por esse motivo a contemplação com o maior percentual da carga horária (80-90%), nas resoluções da CNRM houve preocupação de não deixar de lado a utilização dos recursos informacionais . De acordo com a resolução nº 04/83, art. 5º

"as instituições de saúde, que oferecessem programas de Residência, devem dispor de livros e periódicos gerais especializados, atualizados, de acordo com as especialidades solicitadas no credenciamento e recredenciamento".²⁵

Há menção de que na parte teórica de cada programa, deve haver atividades obrigatórias para os residentes tais como: clube de revistas e/ou revisão bibliográfica, devendo o residente receber dos preceptores a orientação necessária.

No que se refere à avaliação há recomendações para que seja feita através de provas escritas e/ou práticas, que essa avaliação seja periódica e por desempenho profissional escalonado. Isso significa que também são alvo de avaliação: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o cliente, interesse pelas atividades e outros. Os resultados de cada avaliação serão dados a cada residente. A promoção ao 2º ano e/ou a obtenção de certificado de conclusão do programa devem depender de: cumprimento integral da carga horária prevista no programa, aprovação na avaliação final do aproveita-

mento e desenvolvimento profissional satisfatório, medido por atitudes.

No sentido de agilizar os trâmites burocráticos a resolução nº 08/81 criou as coordenadorias regionais da Secretaria Executiva da CNRM das regiões Norte/Nordeste, Sudeste e Sul / Centro. As coordenadorias não terão só como tarefa dar todo tipo de assessoramento (burocrático e pedagógico), mas também estimular a criação de novos PRM na região, supervisionar os PRM que foram criados provisoriamente e visitar periodicamente os PRM já credenciados com o objetivo de preparar/orientar o processo de futuro credenciamento nos termos das resoluções da CNRM.

Os pedidos de credenciamento são feitos diretamente à CNRM, via preenchimento de formulário. Esse formulário deverá ser preenchido de acordo com instruções do manual de preenchimento elaborado pela própria CNRM e

"visa captar de modo mais abrangente possível, os elementos indispensáveis à demonstração de que a Instituição de saúde e o Programa de Residência oferecido na mesma, possuem as condições gerais e atendem aos requisitos mínimos para obtenção de credenciamento pela CNRM"²⁶,

O manual inclui reproduções das folhas do formulário padronizado já preenchido.

O formulário padronizado consta de 20 (vinte) folhas divididas em "conjuntos". No conjunto A incluem-se as características do programa (condições jurídicas e financeiras, aspectos governamentais). No conjunto B incluem-se as características da

área/especialidade (regime didático científico, recursos humanos e curriculum vitae). O conjunto C é reservado ao cadastro do hospital ou outra unidade de saúde (informações básicas , potencial de treinamento em serviço, ficha de unidade de internação, ficha das unidades ambulatoriais, fichas das unidades de cirurgia e emergência, ficha de serviços complementares, capacidade financeira e ficha de biblioteca). A ficha de biblioteca inclui dados sobre o acervo existente, incluindo livros e periódicos pertinentes a cada programa com indicação de ano, volume de assinaturas correntes e número de títulos. As folhas 18, 19 e 20 constituem-se em formulário de uso específico.

Depois de preenchido o formulário é enviado à CNRM e submetido a exame e deliberação. O prazo de credenciamento dos programas é de 5 (cinco) anos. Após esse prazo, se houver interesse será feito o pedido de credenciamento do programa.

O relato do surgimento dos primeiros programas de Residência no Brasil, as primeiras tentativas de normalização da Residência, a consecução desses objetivos através da criação da CNRM como instrumento para viabilizar a Residência e seus programas são considerados úteis para traçar um perfil da Residência Médica no Brasil, que se complementa com o exposto no próximo item.

4.2.2. Situação Atual da Residência Médica no Brasil

Para delinear a situação atual da Residência Médica no Brasil, serão usadas considerações contidas na Avaliação e

Perspectivas, v.6/Ciências da Saúde (A&P)²⁷, dados numéricos referentes a residentes e PRM de maneira geral, opiniões refletidas na literatura e propostas contidas nos relatórios finais encontros mais recentes dos residentes.

No plano de elaboração dos documentos que viriam a constituir a A&P, foi reconhecido que o elemento fundamental para a atividade científica são os recursos humanos. Por esse motivo, a formação desses recursos foi o tema central em torno do qual se elaboraram os documentos.

Em relação à graduação na área de saúde são colocadas como dificuldades, entre outras: a sua rápida expansão na década de 60; a falta de entrosamento entre políticas de saúde, entre o treinamento que é oferecido nas escolas e realidade social e a separação entre disciplinas básicas e profissionais, o que é considerado prejuízo para a formação profissional

Em 1970 foi implantada a pós-graduação com duas propostas básicas: expandir o corpo docente e elevar a qualidade(sic). Em Medicina, a RM foi introduzida como curso de especialização para melhorar e diversificar a formação profissional. No caso, ficaria a cargo da graduação a formação do médico geral,

"transferindo-se a formação de especialistas para a residência médica e outras formas de pós-graduação sensu lato; e que se exerça a fiscalização impondo padrões de qualidade. Entre esses deveria incluir-se um corpo docente próprio com ao menos parte dele em tempo integral e com condições para atividades de pesquisa e acesso a hospitais e serviços de ambulatório que assegurem o treinamento do aluno sob orientação direta do corpo docente". 27a

Na apreciação do caráter da RM como pré-requisito para a pós-graduação, há aceitação dessa tendência, pois à época da elaboração do documento, era considerada baixa a produtividade da pós-graduação e era grande a proporção dos docentes ainda não titulados. A RM foi considerada depois da pós-graduação "strictu-sensu" como instrumento mais adequado para a formação de docentes, desde que sejam introduzidos ajustes e eles se tornem mais capacitados para atender ao ensino ao menos em caráter temporário. Recomenda-se manter a residência como pré-requisito da pós-graduação "strictu sensu" na área profissional, mas alerta-se que

"É desejável que se encontrem formas idôneas para evitar que esta exigência das duas formas de estudos pós-graduados retarde mais o acesso à carreira docente".²⁸

A avaliação da RM por áreas de divisão da A&P (Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas; Materno Infantil; Medicina Interna e Especialidades Não Cirúrgicas; Medicina Preventiva Social, e Saúde Pública) reflete um consenso. Os redatores dos documentos expressam o interesse das áreas na manutenção da RM e a avaliação de sua importância como pós-graduação a nível de especialização. A RM e a pós-graduação "strictu-sensu" são reconhecidamente diferentes tanto na metodologia como nos objetivos, ainda que se complementem e sejam indispensáveis para a formação do docente; na área médica é aconselhável que não se separe a docência/pesquisa da assistência médica.

No entanto, é aceito que a RM seja considerada pré-requisito para os cursos de mestrado a partir da inclusão de disciplinas como: Didática Especial, Pedagogia Médica, Bioestatís

tica, Bases Gerais de Experimentação; etc. Mas, há preocupação em manter a característica da RM, assim como dos cursos de pós-graduação "strictu sensu", sem deixar que os programas de especialização se transformem em programas de pós-graduação "strictu sensu" descaracterizando e tornando sem conteúdo os vários programas de especialização e criando cursos de mestrado e doutorado de má qualidade.

A crise da RM é atribuída aos seguintes fatores: grande demanda face à baixa qualidade da graduação, inadequação do mercado de trabalho, e a reivindicação por parte dos residentes de melhores salários e obtenção de direitos trabalhistas. Este último fator é apontado como maior responsável pela crise na RM e na conseqüente queda de oferta de vagas. Essas distorções da RM propiciaram a criação da CNRM, como mecanismo centralizador para disciplinar o sistema que se viu atingido pela massificação e inadequação do mercado de trabalho. A partir da criação da CNRM cabe a ela no uso de suas prerrogativas definir objetivos, disciplinar o funcionamento e normatizar o credenciamento dos programas.

Na avaliação feita através da A&P, a estrutura da RM foi considerada em risco e incertos os seus rumos face às distorções relatadas acima, mais especificamente no que se refere a reivindicações de caráter trabalhista. Por esse motivo, é dito que

"preservar o modelo no que ele tem de positivo e protegê-lo das malformações que ameaçam a sua sobrevivência passou a ser uma difícil tarefa para os responsáveis pela educação médica"²⁹.

Com relação aos dados numéricos, observa-se que eles refletem o crescimento da RM, como consequência do aumento do número de médicos egressos das novas Faculdades de Medicina na década de 60.

Na década de 60 os PRM passaram de 34 para 209. A expansão ocorrida na década de 70, triplicou esse número com a implantação de 479 programas. Aparece como característica o fato de que a maioria dos novos programas foram implantados em instituições não universitárias, predominando as Residências nos hospitais particulares, nos hospitais do INAMPS e em hospitais estaduais.

No período de junho de 69 a dezembro de 83 o número de programas perfazia 1006, distribuídos por 158 instituições. Deste número, 588 (58%) estavam credenciados e o restante em fase de verificação ou de elaboração do relatório final. Com relação a localização geográfica, 693 programas situavam-se na Região Sudeste.

Em junho de 84 BARBOSA³⁰ listava 1008 programas existentes distribuídos por 154 instituições, com 7687 residentes matriculados.

As 154 instituições referenciadas apresentavam a seguinte distribuição geográfica: Sudeste 93 (60,4%); Sul, 25 (16,2%); Nordeste, 23 (15,0%); Centro-Oeste, 10 (6,5%) e Norte, 3 (1,9%). Os percentuais são equivalentes ao das instituições que solicitaram credenciamento.

Em relação ao número de residentes era a seguinte a distribuição geográfica: 5.505 (71,6%) localizados na Região

Sudeste; 1.065 (13,9%) na Região Sul; 740 (9,6%) na Região Nordeste; 366 (4,8%) na Região Centro-Oeste e finalmente 11 (0,1%) residentes localizados na Região Norte.

O número de vagas oferecidas por áreas, apresentava-se assim: Pediatria oferecia o maior número de vagas com 16,9% do total das mesmas; Clínica Médica com 13,6%; Cirurgia Geral com 12,9%; Obstetrícia e Ginecologia com 11,2%; e Medicina preventiva e Social e Medicina Geral Comunitária com 0,4% do total das vagas dos residentes.

A relação vagas/residentes era a seguinte até dezembro de 83: dos 7587 médicos residentes em atividade, 3.958 (51,5%) vagas eram ocupadas por R1; 3.150 (41,0%) por R2; 558 (7,3%) por R3, e 21 (0,2%) por R4. Na distribuição geográfica foi observado que o maior número de residentes mais graduados estava na Região Sudeste, que era a única a oferecer vagas para R4.

Em relação ao credenciamento de programas a situação até dezembro de 1983 era a seguinte: dos 100% programas em funcionamento no País, 519 (51,5%) estavam credenciados; 207 (20,5%) estavam credenciados com exigências; 9 (0,9%) estavam credenciados provisoriamente.

No que tange à dependência administrativa, manteve-se a característica da época da implantação dos primeiros programas em que continuam a predominar as instituições não universitárias (72,2%), sobre as universitárias (2,8%).

SOUZA³¹ apresenta dados de dezembro de 84 e refere-se a 1.107 programas, distribuídos por 165 instituições. Destes programas 718 (64,85%) apresentavam-se credenciados sem restri-

ções e 315 (28,45%) ainda apresentavam insuficiência. Em relação à distribuição geográfica mantinha-se a característica anterior: 770 (69,5%) programas com uma clientela de 6.081 (21%) de residentes situava-se na Região Sudeste, representando o maior número de programas. O menor número de programas 4 (0,36%), com 21 (0,48%) residentes, estava localizado na Região Norte.

A atualização desses dados faz-se através de informações fornecidas pela CNRM em 1986. A divisão estadual/regional dos programas está assim apresentada: Noroeste (Bahia, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Alagoas) - 24 instituições; Sul (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina) - 37 instituições; Centro - Oeste (Distrito Federal, Goiás e Mato Grosso do Sul) - 15; Norte/Nordeste (Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará) - 11; Sudeste (Espírito Santo e Minas Gerais) - 21; Sudeste (Rio de Janeiro e São Paulo) - cada estado, 48 instituições. O total geral de instituições é de 197; o total geral de programas é de 1.348 e o total geral de residentes é de 9.232.

Percebe-se uma alteração nos dados com relação ao aumento de programas, instituições e residentes. Manteve-se a maior concentração de programas na região Sudeste e uma menor concentração nas regiões Norte/Noroeste.

O reflexo da literatura vem corroborar o panorama delineado pela A&P. A Residência Médica é considerada o melhor e mais adequado instrumento para a formação de especialistas para a prática profissional nas áreas clínicas da Medicina. A RM é reconhecida como melhor forma de preparar profissionais diferenciados para o exercício profissional, e identificada como

formadora de especialistas. LUCHESE³² considera que é através da RM, como forma de especialização, que o melhor nível de competência profissional é gerado. Os PRM são considerados a melhor forma de integração de conhecimentos, atitudes e habilidades.

A crise na Residência Médica ocorreu no período que vai do final da década de 60 até o início da década de 70. Os motivos apontados como deflagradores dessa crise são: alterações no mercado de trabalho, proliferação das escolas médicas, o que ocasionou uma baixa qualidade no ensino, e crescente privatização da assistência médica, o que originou as pseudo residências.

A preocupação com as distorções de RM existem e além das propostas de solução há alguns aspectos a considerar. Um deles a própria questão da pós-graduação como sub-sistema de formação. O sistema seria composto de Educação, Escola Médica, Pós-Graduação e Mercado de Trabalho. Tomada a Pós-Graduação como fonte de referência vê-se que sua duração é maior que a dos outros sub-sistemas, pois seu período de duração pode ser de no mínimo 7 (sete) anos. A partir daí discute-se a possibilidade da RM constituir-se em um núcleo fundamental para o mestrado e o doutorado desde que fosse feita uma complementação em Pedagogia Médica, Didática Especial e Metodologia Científica. Um grupo de trabalho formado por membros da CAPES e da CNRM³³ gerou em maio de 81, um parecer sobre a equivalência da Residência Médica e Mestrado na carreira do magistério superior. O Mestrado e a RM foram considerados diferenciados em sua essência, mas recomendou-se que nas áreas profissionais do curso de

Medicina fosse permitido admitir na carreira do magistério superior, tanto aos médicos portadores de certificado de Residência, obtidos em programa credenciado pela CNRM, quanto aos médicos portadores do título de Mestre, obtido em curso credenciado pelo CFE. Nas áreas clínicas ficou facultado aos indivíduos com título de residente a inscrição no curso de Doutorado, com complementação em Pedagogia e Metodologia Científica. O parecer CNRM/CAPES expressa a proposta de equiparação do Mestrado à RM, com complementação em Metodologia Didático-Científica, que se faz necessário, tanto para ingresso na carreira acadêmica, quanto para o Doutorado.

Outro ponto de concordância é que a adequação das atividades de pós-graduação se faça através de um diagnóstico das necessidades de saúde do País e que exista uma política nacional de saúde que abranja todos os aparelhos formadores.

A preocupação de que a RM não se afaste dos seus objetivos faz com que além da CNRM, o próprio CFE passe a atuar como mecanismo de controle, tornando a RM como única modalidade de curso de Especialização, nas especialidades definidas pela CNRM. Também seria atribuído ao Conselho Federal de Medicina - CFM exclusivamente o registro final do título de especialista, para efeito do controle do exercício profissional. Isso evitaria o aparecimento de outros cursos de especialização com carga horária inferior e infraestrutura deficiente.

A preocupação com o direcionamento da RM, faz-se sentir também perante o pedido de cancelamento de programas por parte de 49 (quarenta e nove) instituições de saúde. Atribui-se

esse fato à Lei nº 7.601 de 15 de maio de 1988, que assegura aos médicos residentes de todos os programas de instituições públicas ou privadas, bolsas de estudos equiparadas ao valor de 70% do salário do Professor Auxiliar nível I em regime de dedicação exclusiva das Instituições de Ensino Superior, acrescidos de 10% sobre o salário-base a título de contribuição previdenciária. Pergunta-se se com a diminuição de vagas, com a retração do mercado de trabalho e a necessidade de maior qualificação profissional de médicos recém-formados, não haverá um aumento de estágios não regulamentados e nem sempre caracterizados como programas de treinamento em serviço. Teme-se também que algumas instituições passem a oferecer cursos de especialização, mesmo que não pertençam ao sistema formal de ensino, desde que autorizadas pelos respectivos Conselhos de Educação. Também corre-se o risco de docentes serem qualificados e não possuírem o título de mestre. A qualificação seria dada através dos Conselhos de Ensino e Pesquisa das universidades credenciadas, e esses docentes seriam egressos de cursos com duração máxima de apenas 2 (dois) anos em que fosse acrescentadas 60 (sessenta) horas de disciplinas didático-pedagógicas, incluindo iniciação à pesquisa³⁴.

Como última etapa para delinear a situação atual da Residência Médica, foram levados em conta os relatórios finais dos encontros mais recentes dos residentes.

Nas conclusões dos debates do I Fórum sobre Residência Médica (Brasília, agosto de 1980)³⁵ a RM já era tida como etapa independente da graduação e instituição extremamente válida para o treinamento médico. A RM foi também considerada a me-

lhor forma de treinamento médico em fase de pós-graduação e fator decisivo para a melhoria do padrão de atendimento à população. A RM foi reconhecida como pré-requisito para o ingresso nos programas de mestrado e doutorado e houve menção a que o título de residente pudesse ser qualificação suficiente para ingresso na carreira universitária. Naquela época, já se fazia sentir a necessidade de se criar legislação especial na qual se determinasse os direitos previdenciários e trabalhistas dos médicos residentes.

No I Fórum Estadual de Residentes Médicos do Rio de Janeiro (RJ, outubro de 86)³⁶ e no II Fórum Nacional sobre Residência Médica (Brasília, outubro de 86)³⁷ o tema foi amplo e coincidente. Foram abordados os seguintes temas: política nacional de saúde e RM, RM e pós-graduação, mercado de trabalho, condições dos programas e questões afetas à preceptoria. Nos relatórios finais ficou demonstrada a necessidade de uma mudança na política nacional de saúde, para que a RM a ela vinculada passasse a cumprir sua prioridade de formar especialistas e desempenhar seu papel como aparelho formador na pós-graduação. Houve preocupação também de discutir os PRM, tendo sido constatada uma queda da qualidade dos mesmos. Este fato deve ser levado em conta, uma vez que nesses encontros foi sustentada a posição de que a carga horária das RM seria utilizada como crédito nas respectivas áreas de concentração dos cursos de mestrado e complementação dos créditos correspondentes a Metodologia Científica, Pedagogia, Didática e Problemas Brasileiros. A RM também foi apreciada como forma mais aprimorada de cursos de especialização capaz de conceder título de especialista.

O 25º Congresso Nacional de Médicos Residentes, realizado em Salvador em julho de 1988, foi considerado o menos representativo da história do movimento; oito estados participaram e somente 1/5 de todos os residentes do País se fizeram representar. Em uma apreciação maior o esvaziamento foi atribuído às derrotas importantes que o movimento (RM) vem sofrendo no último período. Essas derrotas estão todas vinculadas a causas trabalhistas e/ou salariais (congelamento de bolsas, desconto do imposto de renda). Há também considerações sobre uma avaliação errônea de que o movimento estaria em ascensão, e que não haveria mais necessidade de lutar a favor da RM, e sim "ingressar na luta dos trabalhadores através de uma filiação de apoio à CUT (Central Única dos Trabalhadores)"³⁸. Outras críticas são dirigidas à ANMR que ao invés de buscar a definição de uma política nacional séria para o movimento, optou ficar atrelada a forças partidárias que buscam apenas a hegemonia política do movimento, sem levar em conta seus reais objetivos e aspirações.

Em síntese, podemos considerar que a situação de Residência Médica no Brasil está inclineada de forma bastante definida. Esta afirmação é feita levando-se em conta tanto os fatores que favorecem a sua manutenção, como aqueles que aparecem como responsáveis pela sua descaracterização.

Dentro dos primeiros estão as considerações em torno da RM como forma de pós-graduação "latu senso" que sustentam essa condição, creditando-se à RM não somente uma importância quanto ao espaço ocupado, mas sobretudo tonando-se insubstituível dentro da modalidade de treinamento em serviço. A pró-

pria aceitação da RM como pré-requisito para o mestrado com a condição de suplementação de créditos, aparece como saída para o longo período de tempo usado para completar a pós-graduação na área médica.

A preocupação maior está em torno das distorções que vêm afetando a RM e são causa de sua descaracterização. O motivo apontado como maior responsável pelas distorções são as frequentes reivindicações por direitos trabalhistas e salariais por parte dos residentes. Essas reivindicações são apontadas como desencadeadoras de conflitos entre instituições e residentes, ameaçando a continuidade de alguns PRM.

Pode-se supor que as perspectivas da Residência Médica ficarão mais claras quando o Estado, responsável pelo gerenciamento das políticas que afetam a RM - a política nacional de saúde e a política nacional de educação - conseguir implantar essas políticas que servirão de base às diretrizes a serem utilizadas pelos órgãos encarregados de normatizar a Residência Médica. Por outro lado, caberá aos residentes através das associações representativas de classe, definirem-se em relação à própria RM, manifestarem suas expectativas e objetivos de forma una; essa definição serviria de subsídio aos órgãos governamentais encarregados da regulamentação da Residência Médica. Ou seja, só a partir da junção dos interesses das duas partes envolvidas na questão é que a RM encontrará seu modelo ideal e garantirá sua posição de órgão formador de recursos humanos na área médica.

No próximo capítulo, explica-se como através de uma das áreas da Ciência da Informação - A Comunicação Científica-

ca - é possível viabilizar este estudo dentro do enfoque proposto, explicitado no capítulo 1.

1. CITAÇÕES E NOTAS

- ¹AS MULHERES e a Saúde; aprender para viver melhor. Rio de Janeiro, Idac, 1983, p. 54.
- ²FERREIRA, José Roberto. A qualidade da educação médica. In: Congresso brasileiro de educação médica, 20. Ribeirão Preto, Abem, 1982. Anais... p. 20-2.
- ³VERAS, Renato Peixoto. A ABEM e as transformações da prática médica no Brasil. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ. 1981. p. 87-89.
- ⁴FRAGA FILHO, C. & ROSA, Alice R. Temas de educação médica. Brasília, Secretaria de Ensino Superior. 1980. p. 31-3.
- ⁵VERAS, op. cit. p. 89.
- ⁶DUARTE apud Alma Ata 1978. p. 32.
- ⁷CONFERÊNCIA Nacional de Saúde, 8. Rev. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 10(3): 171, set/dez. 1986.
- ⁸SANTOS, Jair de Oliveira. Filosofia da educação médica: interpretação da praxis. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 10(2): 84, maio/ago. 1986.
- ⁹CNPQ. Avaliação & Perspectivas, 1982. Ciências da Saúde, Brasília, 1983. p. 265.
- ¹⁰FERREIRA, José Roberto. Formação de recursos humanos para a medicina do ano 2000. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 7(2): 98, maio/ago. 1983.
- ¹¹FRAGA FILHO, C. et alii. Ensino médico: bases e diretrizes para sua reformulação. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 10(2): 71, 1986.

¹²Ibid, p. 72.

¹³SILVA, Firmino B. Prioridades educacionais para as escolas médicas. In: Congresso brasileiro de educação médica, 24. Florianópolis, ABEM, 1986. Anais... p. 32.

¹⁴FRAGA FILHO, op. cit., p. 67.

¹⁵ROCHA, Juan S. Y. A crise da terminalidade da educação na educação médica no Brasil. Rev. Bras.Educ.Méd., Rio de Janeiro, 7(1): 37, jan/abr. 1983.

¹⁶DUARTE , op. cit. p. 33.

¹⁷FRAGA FILHO & ROSA, Alice R., op. cit., p. 24.

¹⁸STENSLAND, Per G. La Educación continua de profesionales de la salud - un modelo para su desarrollo. Educacion médica y salud. 7(2): p. 135, 1973.

¹⁹FERREIRA, J.R. El papel de los elementos de apoyo en la educación médica. Educación Médica y Salud. 18(4):p.408,1984.

²⁰BARBOSA, Hélio. A residência médica no Brasil. Residência Médica, Brasília, 8(1/2):2, jan/jun, 1984.

²¹DONNANGELO, M.C.F. In: Associação Nacional dos Médicos Residentes. Pesquisa sobre a Residência Médica; histórico do movimento. Caderno da ANMR, 2. Belo Horizonte, ANMR, s.d.

²²BARBOSA, op. cit., p. 4.

^{22a}Ibid p. 3.

²³ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS RESIDENTES, op. cit., p.13.

²⁴RESOLUÇÕES. Residência Médica, Brasília, 7(1/2):9, jan/dez. 1985.

²⁵Ibid, p. 21.

²⁶CNRM. Residência Médica, instrução para preenchimento dos formulários de credenciamento. Brasília, s.d.p.2.

²⁷CNPQ. Avaliação & Perspectivas, 1982. Ciências da Saúde , Brasília , 1983. p. 23.

^{27a}Ibid, p. 23.

²⁸Ibid, p. 31

²⁹Ibid, loc. cit. p. 31.

³⁰BARBOSA, op. cit.,p. 9.

^{30a}Os programas credenciados com excepcionalidade são aqueles que não constam às Resoluções da CNRM. Ex. Medicina do Adolescente, Angiologia, etc.

³¹SOUZA, Evandro G. de A. Residência Médica no Brasil. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 9(2): 113, maio/ago. 1985.

³²LUCHESE, Fernando. Considerações a respeito da pós-graduação na área médica. Residência Médica, Brasília, 5(1):93, 1983.

³³LUCHESE, op. cit., p. 96

³⁴SOUZA, Evandro Guimarães de. A Residência Médica no Brasil : início de uma nova etapa? Dois Pontos, 36:16, jul/ago,1988.

³⁵CONCLUSÕES dos debates do 1º Fórum sobre Residência Médica . Ceará Médico, 3:19, fev. 1981.

³⁶FORUM ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO RIO DE JANEIRO, 1. Relatório final, Rio de Janeiro, 1986, p. 1-9.

³⁷CNRM. Conclusões dos debates do II Fórum nacional sobre Residência Médica. Brasília, 1986. p. 1-5.

³⁸ CONGRESSO de residentes: poucos avanços. Boletim AMERERJ ,
11:3, jul/ago, 1988.

5. A COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA

A necessidade de possuir instrumentos que permitissem melhor controle e divulgação do material bibliográfico existente, fez surgir no séc. XIX, as bibliografias. De forma semelhante, ou seja, em atendimento a urgência de um maior controle da informação, o séc. XX assiste a emergência de uma nova disciplina: a Ciência da Informação. Pode-se dizer que "as origens da ciência da informação (...), podem ser diretamente traçadas desde o período da guerra [2ª Guerra Mundial], em que a eficiência e o conhecimento em manusear massas de informação, eram necessários"¹. Desde então, os estudiosos no assunto tentam chegar a um consenso não só em termos de sua conceituação, mas também no que se refere ao seu próprio objeto de estudo. As influências mais significativas sentidas pela área têm duas fontes por excelência: a escola soviética e a escola norte-americana.

Em relação a definição do objeto de estudo da ciência da informação, Belkin (escola soviética) discute a questão a partir de três visões da informação: uma filosófica, de Ursul, outra pragmática, de Mikhailov et alii e outra semilógica de Schreider. Essas visões embora distintas, são interrelacionadas, e privilegiam a informação resultante da atividade científica e tecnológica. De maneira geral, as três abordagens vêm a ciência da informação como uma ciência social, concernente ao sistema de comunicação científica, e o ponto principal de concordância é facilitar aquela comunicação².

Goffman (escola norte-americana) faz a mesma trajetória

ria e a partir da definição da informação, propõe-se a definir ciência de informação. Vê a ciência da informação transcender às bibliotecas e às máquinas, e seu desenvolvimento independente de qualquer sistema físico envolvendo a noção de informação, mas ao mesmo tempo sendo aplicada a todos eles. Coloca de maneira enfática e indiscutível um único tipo de atividade - o estudo do processo de comunicação³.

A definição, ainda que preliminar, do objeto de estudo da ciência da informação permite vê-la como aquela que "investiga as propriedades e o comportamento da informação, as forças que regem seu fluxo e os métodos de processá-la para acessibilidade e utilização ótimas"⁴. Os soviéticos que se utilizam do termo informática (informação + automática) para designar a ciência da informação, a conceituam "como disciplina científica que investiga a estrutura e propriedades (não conteúdo específico) da informação científica como as suas regularidades, sua teoria, história, metodologia e organização"⁵. Atualmente tem-se como certo que a ciência da informação ainda que tenha nascido de necessidades práticas, não exclui a necessidade do estabelecimento de uma base teórica, dificuldade inerente às ciências sociais. É ressaltado o seu caráter interdisciplinar, observada sua posição ante "o problema fundamental de organizar o ambiente informativo de modo que se cumpram os programas de investigação e produção" e sua própria transformação em um "amplo programa destinado a analisar o problema global do ambiente informativo em um mundo em constante desenvolvimento"⁶.

Uma vez discutidas as bases conceituais do sujeito e

seu objeto, constata-se que em termos objetivos "a principal tarefa da ciência da informação é o estudo das propriedades dos processos de comunicação, que podem ser traduzidos em um desenho de um sistema de informação apropriado a uma dada situação física"⁷. De forma mais enfática pode-se afirmar que a ciência da informação deve incluir "alguns estudos sobre pessoas, e em particular seus processos de pensamento e comportamento em todas as ações relativas a comunicação, quer sejam elas produtoras, manipuladoras ou receptoras da comunicação"⁸.

Esta tendência refletida pela literatura - a busca da compreensão dos mecanismos de comunicação, envolvendo aspectos comportamentais - conduz a uma das áreas de estudo da ciência da informação, a Comunicação Científica. Na visão clássica de Garvey, esta área é vista "como o conjunto de atividades associadas com a produção, disseminação e uso da informação desde o momento em que um cientista concebe sua idéia para pesquisa, até que a informação acerca dos resultados desta pesquisa seja aceita como constituinte do conhecimento científico"⁹.

Considerada um dos mecanismos sociais da ciência, a comunicação científica, sofre as influências das próprias transformações que se operam hoje na ciência, a saber, mudanças nas concepções sobre seus fins e possibilidades e suas condições de funcionamento. Desta forma, transparece uma reformulação em termos conceituais, podendo a comunicação científica ser entendida como uma "combinação de processos de apresentação, transferência e recepção de informação científica na sociedade humana"¹⁰. As mudanças estendem-se também ao aspecto estrutural, somando-se à comunicação científica a atividade científico in-

formativa como forma de organização mais recente de seus canais oficiais. MIKHAILOV relata o surgimento de um trinômio terminológico com delimitação clara: por informação científica entende-se os dados lógicos obtidos durante o processo cognitivo, os quais refletem o nível alcançado de desenvolvimento da ciência; por atividade científico-informativa designa-se a parte formalizada, segundo o ponto de vista organizativo do trabalho científico que se ocupa da recuperação, busca, processamento e disseminação da informação científica, e finalmente por informática (ciência da informação) se designa a disciplina que estuda a estrutura e propriedade da informação, assim como as regularidades da sua comunicação. A designação geral de toda a esfera da atividade humana relacionada com a circulação da informação científica, pode ser expressa pelo termo informação científica ou científico-técnica. No futuro, quando se falar de informação científica, estará referido um conjunto que se compõe da atividade científico-informativa, da informação como disciplina científica e também da informação científica-técnica como objeto da atividade e investigações"¹¹.

Esta nova abordagem do sistema de informação científica visto como um "sistema social aberto baseado na interação de pessoas..."¹² deixa visualizar uma nova composição entre os geradores e usuários da informação científica. Hoje, entre os produtores incluem-se "engenheiros de produção, médicos em exercício*, agrônomos, professores de escola média e dirigentes de todos os escalões da economia nacional"¹³. Esta nova situação que se apresenta vem ao encontro da afirmação de que "o re

* Grifo nosso.

conhecimento da igualdade de oportunidade de acesso a informação científica para todos os usuários deve continuar aceito como único princípio ético correto a trazer apoio aos especialistas nos campos da ciência, da economia nacional, da cultura e da educação, ou seja, a todas as áreas da atividade humana"¹⁴.

É, portanto, dentro dessa ótica conceitual e estrutural que cabe utilizar os recursos da ciência da informação, via comunicação científica, para viabilizar este estudo. Dentro do panorama delineado, os residentes podem estar inseridos em um ou mais dos processos que constituem o sistema de comunicação científica. De acordo com essa perspectiva, e dentro do contexto fornecido nos capítulos anteriores, passa-se no próximo capítulo, ao delineamento dos objetivos do presente estudo.

CITAÇÕES

- ¹GOFFMAN, W. Information science: discipline or disappearance. Aslib Proceedings, 22(12):589, 1970.
- ²BELKIN, L. Some soviet concepts of information for Information science. Journal of the American Society for Information Science. 26(1):62, Jan/fev, 1975.
- ³GOFFMAN, W. op. cit., p. 591.
- ⁴CROSLAND, apud Zaher & Gomes. Da bibliografia à ciência da informação: um histórico e uma posição. Ci. Inf., Rio de Janeiro, 1(1): 7, 1972.
- ⁵MIKHAILOV, A.I. et al., apud Zaher & Gomes. Ibid, p. 6.
- ⁶MIKHAILOV, A.I. La informacion en un mundo em desarrollo : circunstancias del futuro usuario. Documentación, 62:7, 1985.
- ⁷GOFFMAN, W. op. cit., p. 591.
- ⁸FARRADANE, J. Towards a true information science. The Information Scientist. 10(3):96, Sept, 1976.
- ⁹GARVEY, apud Hernández Cañadas. Os periódicos "Ciência Hoje" e "Ciência e Cultura e a divulgação da ciência no Brasil . Rio de Janeiro, 1967. Dissertação de mestrado apresentada ao CNPq (IBICT)/UFRJ (Eco). p. 16.
- ¹⁰MIKHAILOV, A.I.; CHERNYI, A.I.; GILIAVEVSKI, R.S. Scientific communications and informatics.
- ¹¹MIKHAILOV, A.I. Sobre el futuro de la información científica. Actualidades de la Información Científica y Técnica, 17 (126):6, 1986.
- ¹²MIKHAILOV, A.I.; CHERNYI, A.I.; GILIAREVSKI, R.S. op. cit. , p. 46.

¹³MIKHAILOV, A.I. Sobre el futuro de la información científica, op. cit., p.9.

¹⁴MIKHAILOV, A.I. La información en un mundo en desarrollo , op. cit. p. 6.

¹³MIKHAILOV, A.I. Sobre el futuro de la información científica, op. cit., p.9.

¹⁴MIKHAILOV, A.I. La información en un mundo en desarrollo , op. cit. p. 6.

6. OBJETIVOS

Nos capítulos anteriores ficou patente a preocupação em contextualizar a Residência Médica. Procurou-se ver sua vinculação com a política nacional de saúde, com a política nacional de educação. Também foi vista a sua caracterização como forma de pós-graduação em nível de especialização, sendo regida em todo território nacional pela CNRM.

Houve também o propósito de não desvincular do processo educativo (Residência Médica), a informação. Por esse motivo será usada como ferramenta básica a Ciência da Informação, mais especificamente uma de suas áreas de estudo - a Comunicação Científica - para viabilizar este estudo.

Dentro dessa linha de pensamento, considera-se que de uma forma geral o presente trabalho se propõe a traçar um perfil da Residência Médica e dos residentes. Esse perfil inclui também a identificação da visão implícita ou seja, a maneira como os residentes vêem a residência. Portanto, o termo visão implícita representa a interpretação da Residência Médica segundo expectativa e ótica dos residentes; refere-se ao planejamento e execução do plano de trabalho. Este planejamento e execução fica a cargo das instituições credenciadas pela CNRM. Desta forma, por visão explícita, entende-se o posicionamento da instituição frente à residência e aos residentes.

Uma vez traçados o perfil dos residentes e da RM, pretende-se observar, detectar e relacionar os envolvimento do processo educativo (RM e residentes) com as formas de busca, obtenção e transmissão da informação. Desta forma, em termos

mais específicos, os objetivos são:

- identificar os meios pelos quais os residentes buscam a informação;
- identificar de que maneira as condições de infraestrutura ambiental (recursos humanos , econômicos e técnicos) afetam o comportamento, aproveitamento e satisfação dos residentes face a busca e obtenção da informação;
- detectar padrões nas formas de comunicação da informação utilizadas pelos residentes.

No próximo capítulo, passa-se a descrever o material usado, assim como a metodologia utilizada para atingir os objetivos propostos.

7. MATERIAL E MÉTODO

Este capítulo foi estruturado, de maneira que permitisse dar uma visão completa da parte operacional deste estudo . Desta forma, foi incluída a caracterização das instituições , onde estão inseridas informações sobre suas origens, vinculações e particularidades dos PRM desenvolvidos pelos diferentes serviços. Nos dois ítems que se seguem, procurou-se fornecer informações sobre a elaboração do instrumento usado na coleta de dados, a população alvo e, finalmente, como foi feita a coleta de dados e seu processamento.

7.1. Caracterização das Instituições

Os ítems de 7.1.1 a 7.1.5 descrevem cada uma das 5 (cinco) instituições incluídas neste estudo. Através da exposição de suas características, e da descrição minuciosa das particularidades dos PRM desenvolvidos em cada uma delas, procurou-se identificar o meio ambiente dos residentes. Os critérios usados para inclusão das instituições no estudo, já foram explicados no Capítulo 1.

7.1.1. Hospital Municipal Miguel Couto

O Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC) pertence à rede hospitalar do município do Rio de Janeiro. É voltado preferencialmente para atendimentos de emergência sendo o segundo

maior hospital do município nessa modalidade de atendimento . Foi fundado em 1936 e a Residência Médica iniciou-se em 1968 . À época da coleta de dados para este estudo, o HMMC tinha 89 (oitenta e nove) residentes distribuídos por 8 (oito) serviços. A iniciativa de pedir o credenciamento junto à CNRM parte das chefias dos serviços interessados em desenvolver os PRM. . O planejamento e elaboração dos programas é feita por cada serviço separadamente. Os programas apreciados foram aqueles enviados e arquivados no Centro de Estudos do HMMC.

O Serviço de Cirurgia Geral fornece o nome dos coordenadores. No item características gerais informa as datas limites do programa, estabelece critérios para avaliação dos residentes, divide o programa em informação teórica e treinamento prático, e indica as atividades de cada um. Em relação ao treinamento prático é mencionado um rodízio nos serviços de Cirurgia Vascular e Proctologia O programa apresenta-se dividido em programa teórico (T), seminário e aula teórico-prática(TP).

O serviço de Anestesiologia apresenta seu programa dividido em cursos, com indicação de horário, data, tema das aulas que serão dadas durante o curso e data de avaliação no final de cada curso.

O serviço de Ginecologia indica sob o título Curso Regular de Ginecologia para Residentes e Internos as datas das aulas e por quem serão dadas.

O serviço de Clínica Médica e o Setor de Neurologia indicam as atividades mensalmente. Essas atividades são consideradas como parte do PRM, constando de aulas/palestras e são

relacionadas por data, e por tema, incluindo o nome do responsável por cada uma delas.

Não foi possível obter informações sobre avaliação dos programas.

7.1.2. Hospital de Ipanema

O Hospital de Ipanema (HI) pertence à rede hospitalar do INAMPS, e é considerado essencialmente cirúrgico. Foi fundado em 1955, e a Residência Médica que se iniciou em 1957 visa atender de modo predominante à Cirurgia Geral e suas diversas especialidades. À época da coleta de dados para este estudo o HI tinha 56 (cinquenta e seis) residentes distribuídos por 12 (doze) serviços. O planejamento e elaboração dos programas é feito por cada serviço separadamente. Os programas apreciados foram aqueles enviados e arquivados no Centro de Estudos do HI. O HI resolveu reestruturar seus programas de RM e sistematizar sua forma de apresentação e arquivamento. Desse modo, cada serviço envia ao CEHI seu programa, que é arquivado junto com as folhas de solicitação de credenciamento junto a CNRM. Por esse motivo, alguns programas ainda não estão disponíveis e a apreciação foi feita através de folha de credenciamento.

O serviço de Cirurgia Geral divide o programa em itens onde são expostos seus objetivos, dá as suas características, que incluem critério de seleção dos residentes, número de vagas existentes e divisão do programa pelos R1, R2 e R3. Divide

o treinamento em teórico e prático e estabelece as especificidades de cada um. Estabelece critérios de avaliação do desempenho dos residentes, discrimina suas obrigações e apresenta as atividades a serem desenvolvidas detalhando seus sub-ítems.

O programa do serviço de Ginecologia foi encontrado apenas nas folhas de credenciamento junto à CNRM. Apresenta as atividades a serem cumpridas pelos residentes divididas por setores, com distribuição da carga horária.

O serviço de Clínica Médica e suas diversas especialidades, dadas as características do HI, são voltados para o suporte do paciente cirúrgico; assim, o seu programa foi elaborado atendendo a esse tipo de demanda. O programa é dividido em ano 1 e ano 2, e são descritas as atividades a serem cumpridas, com referência a horários em que serão desenvolvidas. Também são estabelecidos critérios de avaliação dos residentes.

O programa do serviço de Proctologia apresentado via folhas de credenciamento junto à CNRM, tem suas atividades divididas por setores, com a distribuição de carga horária. Há menção a critério de avaliação de desempenho dos residentes.

O serviço de Cirurgia Plástica dá o nome do chefe do serviço, dos membros do corpo permanente e do coordenador da Residência. Divide o programa em atividades práticas e atividades científicas. No item normas para os residentes estão arrolados os critérios para avaliação dos residentes e a exigência de ao fim da Residência, cada residente apresentar um trabalho científico sob a forma de monografia. Inclui também um sumário teórico prático do programa de Residência.

O serviço de Neurologia fornece o nome dos preceptores e apresenta as atividades divididas por dias da semana, com posterior distribuição por setores e divisão percentual da carga horária anual. Esclarece que às 4^{as} feiras há um horário dedicado às pesquisas bibliográficas na biblioteca do Hospital. Não há menção a critérios de avaliação dos residentes.

O serviço de Otorrinolaringologia fornece o nome dos preceptores, apresenta a divisão do serviço em setores, discrimina as atividades dos R1, R2 e R3, fornecendo critérios para avaliação de desempenho dos residentes. Esclarece que a programação teórica terá apoio da Biblioteca do HI. Apresenta, também dividido por temas, o programa teórico a ser desenvolvido.

De acordo com as informações colhidas no HI não é feita a avaliação dos programas.

7.1.3. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HU/UFRJ) é um hospital escola pertencente à UFRJ e tem como objetivo principal servir de unidade de treinamento para os alunos egressos das faculdades de: Medicina, Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Farmácia e Serviço Social. Foi inaugurado em 1978 e seus primeiros programas de Residência começaram a ser desenvolvidos em 1979. Por época da coleta de dados para este estudo o HU/UFRJ tinha 154 (cento e cinquenta e quatro) residentes distribuídos por 22 (cinte e dois) serviços. O planejamento e elaboração dos programas é feito por cada serviço separadamen-

te. Os programas são apresentados em conjunto através de uma publicação sob o título Programa de Residência. Na primeira página são apresentados os nomes dos elementos que compõem a Comissão de Residência Médica do HU. Depois, em ordem alfabética de especialidade seguem-se os programas, que são apresentados sob um mesmo formato. Incluem o nome do chefe do serviço e do(a) coordenador(a) do programa. Em seguida, são apresentados a ementa e os objetivos gerais. Os programas são subdivididos de acordo com o número de anos de sua duração; para cada ano, sob o tópico Metodologia são indicados os componentes do treinamento em serviço e as atividades didáticas complementares.

A avaliação dos programas é feita anualmente por uma comissão de avaliação que inclui um médico residente. Os professores e os residentes apresentam suas sugestões através de um questionário.

7.1.4. Escola Nacional de Saúde Pública

A Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ)

"é uma instituição integrante da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde, cujo objetivo último é contribuir para melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira, através de seu específico trabalho de preparação de pessoal, produção de conhecimentos, prestação de serviços, cooperação técnica e assessoria especializada no campo da saúde pública"¹

A ENSP nasceu em 1954, com o advento da Lei nº 2.312 de 03/09/54, que estabeleceu normas gerais sobre defesa e proteção da saúde da população brasileira.

O Programa de Residência da ENSP tem suas origens no ano de 1977, quando foi implantado na Escola o chamado

"Treinamento Avançado em Serviço-Saúde Pública (TAS-SP) , curso que visava a inserção de atividade em Saúde Pública, e que já era um programa multiprofissional. No entanto , só a partir de 1979 o programa recebeu a aprovação do Conselho de Ensino e Pesquisa e Extensão (CONSEPE) e foi assinado um convênio entre o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), para a realização de um Programa em Saúde Pública e Medicina Social"⁴.

Desde a sua criação o Programa de Residência da ENSP tem se caracterizado como multiprofissional, faceta esta revelada pela participação conjunta no curso de nutricionistas , psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e médicos. Para atender a questões meramente burocráticas o programa de residência da ENSP está dividido em Residência em Medicina Preventiva e Social e Curso de Saúde Pública em nível de Residência. Esta divisão não se estende ao conteúdo programático, sendo o mesmo comum às duas divisões.

O programa tem a duração de dois anos; o primeiro é voltado para atividades que incluem disciplinas, seminários , elaboração de relatórios finais, etc. No segundo ano os alunos dedicam-se apenas à participação em projetos de pesquisa, sob supervisão de membros do corpo docente da ENSP. Na apresentação formal, o programa inclui a categoria do curso, seus objetivos gerais e específicos, o número de vagas, normas para inscrição, seleção e matrícula, tempo de duração, regime e programa do curso. As atividades teóricas e práticas são desenvolvidas nas áreas de Administração e Planejamento de Saúde, Epidemiologia, Ciências Sociais, Saneamento e Saúde Ambiental e Prá

ticas em Serviço de Saúde. Como campo de prática são utilizados a Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria da ENSP e eventualmente outros serviços de saúde. As vagas anuais são 13 (treze) sendo 7 (sete) para médicos e 6 (seis) para os demais profissionais. O curso tem uma duração de 2.300 horas.

O planejamento e elaboração dos programas é feito pelo professor responsável por cada disciplina.

De acordo com informações da coordenação do curso, a avaliação dos programas é feita após o término de cada disciplina; constitui-se em uma ação conjunta da coordenação do curso e dos residentes.

Por época da coleta de dados para este estudo, a ENSP/FIOCRUZ tinha 22 (vinte e dois) residentes, sendo que 13 (treze) residentes pertencentes a Medicina Preventiva e Social e 9 (nove) pertencentes a Saúde Pública.

7.1.5. Serviço de Cirurgia Plástica Prof. Ivo Pintanguy

O curso de especialização em Cirurgia Plástica oferecido pelo Serviço de Cirurgia Plástica Prof. Ivo Pitanguy é particular e iniciou-se em 1960. A partir de 1963, suas atividades dividiram-se entre a 38ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e a clínica particular do Prof. Pintanguy. Atualmente, suas atividades estão assim distribuídas: aulas teóricas e atividades de biblioteca (clínica da Rua D. Mariana - Botafogo, RJ); ambulatório, cirurgias e plantões (38ª Enfermaria da Santa Casa); cirurgia de cabeça e pescoço (Hospit

tal Nacional do Cancer); microcirurgia (Hospital dos Servidores do Estado); cirurgia crânio facial (Hospital Santa Cruz , Niterói) e cirurgia de queimados (Hospital Andaraí - INAMPS) .

O curso tem mandato universitário da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e por questões meramente burocráticas alguns alunos são vinculados ao Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas³.

O planejamento e a elaboração do programa geral no que se refere à parte teórica, são feitos pelo coordenador de ensino, sendo que os professores convidados elaboram seus próprios programas.

O programa é apresentado em conjunto, abrangendo os 3 (três) anos do curso. Inclui todos os componentes do curso desde os professores até os responsáveis pela parte técnica (fonoaudiologia, documento fotográfico, enfermagem, etc.). Estão também relacionados, por ano, os alunos.

A programação é apresentada dividida por cada ano (1º, 2º , 3º) e feita em módulos. Dentro de cada módulo é apresentada a atividade a ser desenvolvida, a duração da mesma, o local onde será desenvolvida, a forma de avaliação e a periodicidade da mesma. O programa inclui também as escalas e estágios a serem cumpridos pelos alunos e a relação das aulas teóricas , incluindo data, hora, local e nome do professor.

A avaliação dos programas é feita anualmente pelo coordenador de ensino, pelos professores e pelos alunos.

Por época da coleta de dados para este estudo, o curso

de Especialização em Cirurgia Plástica, tinha 40 (quarenta) residentes, sendo que 28 (vinte e oito) vinculados à PUC e 12 (doze) vinculados ao Instituto de Pós-Graduação Carlos Chagas.

Nos dois próximos itens está detalhado o processo operacional da coleta de dados, incluindo a elaboração do instrumento de coleta e sua aplicação.

7.2. O Instrumento de Coleta de Dados e a População Alvo

O instrumento de coleta de dados usado no presente estudo foram os questionários aplicados nos residentes pertencentes às 5 (cinco) instituições alvo: Hospital Municipal Miguel Couto, o Hospital Universitário Clemente Fraga Filho, o Hospital Ipanema - INAMPS, a Escola Nacional de Saúde Pública e o Serviço de Cirurgia Plástica Prof. Ivo Pintanguy. (Anexo 1)

Cabe esclarecer, que também foram aplicados questionários nos coordenadores da residência e preceptores. No entanto, no decorrer da aplicação percebeu-se que o objetivo a ser alcançado com a posterior análise dos dados contidos nesses questionários não seria alcançado. De início, pretendia-se confrontar a visão que os residentes têm da residência, com o posicionamento institucional frente a ela, o que se supunha fosse possível através dos dados refletidos nos questionários a serem respondidos pelos coordenadores e preceptores. No entanto, constatou-se que nem sempre a visão dos coordenadores e preceptores refletia a visão institucional frente à residência; à medida

que os questionários iam sendo aplicados, percebeu-se que, assim como a visão dos coordenadores e/ou preceptores nem sempre correspondia à visão institucional frente à residência, entre os próprios coordenadores e/ou preceptores não havia consenso. A própria decisão de solicitar o credenciamento junto à CNRM, parte muitas vezes das chefias dos serviços sem que haja participação direta da instituição a qualquer nível de decisão. A própria diferenciação entre as instituições arroladas no estudo, face a sua infraestrutura e objetivos, pareceu-nos constituir em fator decisivo para que a tentativa de se chegar a uma visão explícita da residência fosse frustrada. Por esse motivo, decidiu-se utilizar para fins deste estudo, apenas os questionários aplicados aos residentes.

Embora a população-alvo (residentes) tenha-se mostrado de maneira geral receptiva com relação a participação no estudo, o contato com seus membros teve algum grau de dificuldade. Parte dessa dificuldade, pode ser atribuída a carga horária e atividades que os residentes têm a cumprir, que lhes deixa pouco tempo livre. Assim, ainda que a aplicação do questionário fosse agendada com antecedência, nem sempre pode ser cumprida, obrigando a aplicadora a voltar outras vezes, e até a aplicar alguns questionários individualmente. Em alguns casos em que não houve oportunidade de aplicar os questionários pessoalmente, o seu retorno foi bastante difícil, exigindo da aplicadora vários retornos às instituições para buscá-los.

No HMMC a aplicação foi mais fácil, em virtude de outra do estudo fazer parte do seu corpo de funcionários, e por esse motivo ter conhecimento prévio dos preceptores, dos che-

fes de serviço e das rotinas desenvolvidas pelos residentes. No HU/UFRJ devido à greve de seus funcionários e ao tamanho do hospital, o trabalho tornou-se bastante difícil e moroso. Tanto no HU/UFRJ como na ENSP/FIOCRUZ coube aos coordenadores de residência, aproximar a autora do estudo da população alvo. No HI coube a dois dos residentes fazer este trabalho e no Serviço do Prof. Pitanguy a um preceptor e a um residente.

Por orientação de uma técnica em estatística do IBGE, a opção em relação à abordagem da população-alvo foi por censo. Desta forma, foram aplicados questionários em todos os residentes pertencentes a todos os ambientes selecionados para estudo, que puderam ser contactados.

A elaboração do questionário obedeceu aos critérios estabelecidos pela literatura da área, aos objetivos expressos no projeto de pesquisa e à vivência profissional da autora deste estudo. Assim, se observada sua estrutura percebe-se que a sua divisão em blocos pretendeu facilitar a posterior mensuração dos dados com vistas à consecução dos objetivos propostos. Os blocos 01, 02, 03 e 04 estão voltados para coleta de dados que após tabulação e interpretação servirão para consecução dos objetivos gerais; os blocos 05, 06 e 07 estão voltados para a coleta de dados que após a tabulação e interpretação servirão para consecução dos objetivos específicos.

No questionário foi usada a técnica do incidente crítico que

"consiste em um conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano, de modo a facilitar sua utilização potencial na solução de problemas

práticos e no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos, delineando também procedimentos para a coleta dos dados que apresentam significação especial e para o encontro de critérios sistematicamente definidos"⁴.

A respeito dessa técnica KREMER diz que

"ela é, sem dúvida alguma, um excelente instrumento para coletar amostras do comportamento humano, através dos relatos fiéis e precisos de eventos ocorridos na vida real das pessoas"⁵.

A técnica do incidente crítico utilizada na elaboração do questionário segue o modelo proposto pela autora acima citada.

Da elaboração do questionário faz parte a aplicação de um questionário-piloto, onde se procurou buscar subsídios para a elaboração de sua versão final do questionário. O questionário-piloto foi aplicado em 2 (dois) representantes de cada instituição. A escolha dos residentes para responder a questionário não seguiu nenhum critério específico. O formato utilizado foi o questionário dirigido, ou seja, envolveu a presença de uma aplicadora, no caso, a autora do presente estudo. Os questionários foram aplicados individualmente e feitas todas as anotações referentes a dúvidas, comentários, etc. Na aplicação do questionário junto aos residentes, observou-se que se por um lado houve grande disponibilidade e interesse em respondê-lo, por outro lado houve grande dificuldade quanto às respostas.

Dentre as dificuldades levantadas por todos os respondentes, puderam ser destacadas: a) aplicação de valores (escalas) às opções de respostas; b) não observação das possibilidades de utilização do campo "outros"; c) estabelecimento da or-

dum de preferência nas perguntas que têm esse tipo de solicitação; d) ausência de percepção dos objetivos de determinadas perguntas e falta de relação entre elas; e) conceituação de pesquisa, bibliografia, serviços de alerta, sumários correntes, base de dados.

Numa apreciação geral dessa etapa, chegou-se à conclusão que o questionário ainda necessitava sofrer umas poucas reformas, de maneira que se tornasse mais acessível aos residentes. Quanto ao tamanho do mesmo registrou-se que as propostas foram de inclusão de novas perguntas, não havendo nenhuma proposta de exclusão. O questionário foi apreciado como "interessante", e nenhum residente o considerou cansativo. Vale acrescentar que o tempo de resposta oscilou entre 45 minutos e 2,30 horas.

A próxima etapa da elaboração do questionário consistiu em reformular a versão original atendendo aos balizamentos feitos na aplicação do questionário piloto. Uma vez feitas as mudanças, conseguiu-se chegar a versão final do mesmo. A forma usada para a sua aplicação e o seu tratamento para processamento em máquina, são descritos no próximo item.

7.3. A Coleta e o Processamento dos Dados

A aplicação dos questionários foi antecedida de um contato com pessoas (coordenadores, preceptores, chefes de clínica, presidentes de Centro de Estudo) diretamente ligadas aos residentes, em cada ambiente selecionado para estudo. Esse con

tato serviu para decidir qual o melhor momento para a aplicação do questionário. Ficou decidido que os contatos seriam feitos nas reuniões dos serviços onde havia maior representatividade de residentes; a escolha do dia e horário de aplicação seria feita pelos próprios residentes de acordo com suas conveniências.

Para aplicação do modelo final do questionário, também foi usada a mesma metodologia do questionário-piloto, ou seja, a aplicadora (autora deste estudo) esteve presente. Essa opção possibilitou a observação do comportamento dos residentes durante a aplicação do questionário, o que auxiliou nos contatos futuros com outros grupos de residentes. Além disso, possibilitou o esclarecimento de dúvidas que ainda viessem a persistir em relação a algumas perguntas, forma de respondê-las e esclarecimentos sobre alguns conceitos. Houve também uma vantagem adicional no uso desta forma de aplicação, que veio garantir uma alta taxa de retorno dos questionários respondidos. Essa metodologia foi seguida em todos os ambientes de estudo, à exceção do HU/UFRJ, pois a aplicação dos questionários coincidiu com uma greve dos funcionários administrativos ocasionando o fechamento progressivo do hospital, o que inviabilizou a proposta inicial.

O período de aplicação dos questionários estendeu-se de agosto de 1987 a fevereiro de 1988. A aplicação do questionário iniciou-se pelo HMMC, seguindo-se o Serv. Cir. Plást.I.P., a ENSP/FIOCRUZ e o HI-INAMPS. A última instituição a ser contactada foi o HU/UFRJ. A inclusão do HU/UFRJ foi decidida pela autora deste estudo, após acatar críticas que foram feitas por ocasião da apresentação do projeto de pesquisa a duas turmas

de pós-graduação, uma delas do mestrado em Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), em que causou estranheza a não inclusão de um hospital universitário na amostra.

O total de questionários aplicados somou 253 (duzentos e cinquenta e três). No HMMC o número de residentes era de 89 (oitenta e nove); foram aplicados 82 (oitenta e dois) questionários, o que corresponde a 92,13% do número total de residentes do HMMC.

No HU/UFRJ o número de residentes era de 154 (cento e cinquenta e quatro); foram aplicados 84 (oitenta e quatro) questionários, o que corresponde a 54,54% do número total de residentes do HU/UFRJ.

No HI/INAMPS o número de residentes era de 56 (cinquenta e seis); foram aplicados 40 (quarenta) questionários, o que corresponde a 71,42% do número total de residentes do HI/INAMPS.

Na ENSP/FIOCRUZ o número total de residentes era de 22 (vinte e dois). Destes, 2 (dois) participaram do piloto e por isso, ficaram fora da segunda aplicação. Foram aplicados 14 (quatorze) questionários, o que corresponde a 63,63% do número total dos residentes da ENSP/FIOCRUZ.

No Serviço do Prof. Pitanguy o número total de residentes era de 40 (quarenta). Destes, 2 (dois) participaram do piloto e por isso, ficaram fora da segunda aplicação. Foram aplicados 33 (trinta e três) questionários, o que corresponde a 82,5% do número total de residentes do Serviço.

A diferença entre o número total de residentes e o nú-

mero de questionários aplicados por instituição, explica-se pelo fato de que os questionários só foram aplicados nos residentes que puderam ser contactados e que se dispuseram a participar do presente estudo.

Uma vez aplicados os questionários, passou-se para a etapa seguinte, ou seja, o seu tratamento. Pelo número de questionários aplicados e pelo volume de dados neles contidos, optou-se pelo processamento em máquina. Foi contactado um analista de sistemas, que após estudo do questionário procedeu a elaboração dos programas, em número total de 8 (oito). Para a digitação dos dados, teve que ser procurado um outro serviço, e a partir daí, o trabalho de automação passou a receber acompanhamento de outro analista de sistemas, que se encarregou de proceder às correções que se fizeram necessárias nos programas já existentes, e elaborar novos formatos de algumas saídas que não foram consideradas significativas. Esta parte do trabalho, se deu com certa morosidade, uma vez que a autora deste estudo não contou com nenhum apoio institucional, tendo que usar seus próprios recursos e contar com a disponibilidade demonstrada pelos analistas de sistema contactados para colaborar nesta fase.

Na etapa de automação dos questionários, foi seguida a metodologia descrita a seguir.

a) análise dos questionários para definição da transformação das respostas em códigos para possibilitar a digitação dos dados e elaboração das tabelas correspondentes;

b) colocação dos códigos nos formulários;

- c) definição dos formatos de entrada e arquivos:
- d) digitação de dados para geração de arquivo em computador, e verificação dos dados digitados, também via computador;
- e) elaboração dos programas;
- f) execução dos programas;
- g) tabulação manual de uma instituição;
- h) comparação da tabulação manual com os resultados do computador;
- i) correção dos programas até a obtenção correta da saída por computador;
- j) saída definitiva dos dados por instituição.

Nesse processamento o programa usado foi o DBase 3 Plus e o equipamento, um micro compatível com o IBM/PC.

Os resultados referentes à análise das variáveis contidas nos questionários aplicados são discutidos a seguir.

CITAÇÕES E NOTAS

- ¹MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública - Catálogo de Cursos. Rio de Janeiro, ENSP, 1989. p. 7.
- ²CAVALCANTI, Ilce G.M.; CORDEIRO, Rosa I.N.; BREGLIA, Vera L. A. A metodologia da pesquisa em Residência Médica: uma proposta de inclusão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIBLIOTECONOMIA E DOCUMENTAÇÃO, 14. Recife, APB, 1987. Anais..., Recife, APB, 1987, v. 2. p. 945-69.
- ³O Instituto de Pós-Graduação Carlos Chagas é uma instituição de caráter particular, situada no Rio de Janeiro. Promove cursos de pós-graduação em várias instituições, sempre na área médica. Estes cursos são validados através da emissão de diploma pelo próprio Instituto.
- ⁴FLANAGAN, apud Pereira et al. A aplicação da técnica do incidente crítico em estudos de usuários de informação técnico-científica: uma abordagem comparativa. R.Esc. Bibliotecon. UFMG. 8(1): 28, mar. 1979.
- ⁵KREMER, Jeanete M. A técnica de incidente crítico. R. Esc. Bibliotecon. UFMG, 9(2): 174, set. 1980.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados será feita a partir dos dados contidos nos questionários aplicados aos residentes. Os motivos que levaram a não inclusão dos dados contidos naqueles aplicados aos coordenadores e preceptores já foram explicados no capítulo anterior.

Os questionários foram distribuídos a todos os residentes que puderam ser contactados e se dispuseram a respondê-los; o número de questionários retornados foi de 253, o que corresponde a 70.1% do número total de questionários distribuídos. Portanto, os dados contidos nesses questionários serão aqueles considerados para análise. A não ser nos casos especificados em alguns quadros, todos os percentuais foram calculados sobre o número total de questionários retornados.

A análise e interpretação dos dados será feita quadro a quadro, mas como as perguntas são encadeadas, em alguns casos haverá necessidade de se fazer menção a dados contidos em quadros previamente analisados.

A saída de dados via computador foi feita por instituição. No entanto, como o número total de quadros somou 245, optou-se pelo agrupamento de dados, usando-se a análise particularizada dos dados (menção às instituições), sempre que isso se tornou necessário. Contudo, esses quadros refletindo os dados por instituição estão a disposição dos interessados.

Os dados contidos nos quadros de 1 a 8, têm como finalidade identificar os residentes. Essa identificação inclui a

idade, o sexo, a nacionalidade, a naturalidade, o local de graduação, o serviço a que pertencem e o tempo de permanência na residência. A partir da análise desses dados vai-se iniciar o estabelecimento do perfil dos residentes estudados.

O Quadro 1 apresenta a distribuição dos residentes por idade. A maior concentração está na faixa compreendida entre

QUADRO 1

DISTRIBUIÇÃO DOS RESIDENTES POR IDADE

Idade*	f	(%)	
59	1	(0,4)	
48	1	(0,4)	
40	2	(0,8)	
37	4	(1,6)	
36	5	(2,0)	
35	2	(0,8)	
34	5	(2,0)	
33	7	(2,8)	
32	11	(4,3)	
31	13	(5,1)	
30	23	(9,1)	} 75,9%
29	22	(8,7)	
28	34	(13,4)	
27	50	(19,8)	
26	39	(15,4)	
25	24	(9,5)	
24	4	(1,6)	
22	1	(0,4)	
Inv.**	5	(2,0)	
Total	253	(100,1)	

* Ano base para cálculo, 1988.

** Inv. = Invalidados (mesmo significado para os demais quadros).

30 e 25 anos. Nessa faixa estão reunidos 192 residentes, correspondendo a 75,9% dos residentes envolvidos no estudo. Essa concentração expressa a tendência do ingresso na Residência Médica logo após o término da graduação. Se observadas individualmente, as faixas etárias que apresentam maior concentração são, respectivamente, a de 27 anos, com 50 residentes (19,8%) e a de 26 anos com 39 (15,4%). Esse resultado vem corroborar a afirmação feita acima. A concentração de 23 residentes (9,1%) na faixa de 30 anos, refletindo uma pequena elevação, é explicada pela participação no estudo dos residentes do Serv. de Cirurgia Plástica Ivo Pitanguy e alguns residentes do H.I.(C.Plástica e Neurocirurgia), que já haviam cumprido pelo menos 1(hum) ano de residência em uma especialidade, antes de cursarem as subespecialidades mencionadas.

O Quadro 2 mostra a distribuição por sexo, refletindo uma maior concentração do sexo masculino, com 149 (58,9%) residentes. Esse reflexo pode ser atribuído ao fato de até bem pouco tempo a Medicina ser considerada uma profissão "eminentemente masculina". No entanto, a diferença não muito grande em relação ao sexo feminino, 103 (40,7%) residentes, pode ser um indicador que essa tendência está mudando.

QUADRO 2

DISTRIBUIÇÃO DOS RESIDENTES POR SEXO

Sexo	f	(%)
Masc.	149	(58,9)
Fem.	103	(40,7)
Inv.	1	(0,4)
Total	253	(100)

O Quadro 3 mostra a distribuição dos residentes por nacionalidade. Os brasileiros são a maioria, com 218 residentes, correspondendo a 86,2% do total. Os residentes estrangeiros perfizeram um total de 34, correspondendo a 13,4% do total. Esses estrangeiros são pertencentes ao Serviço de Cirurgia Plástica Prof. I. Pitanguy e ao HMMC. Os residentes do Serv. Prof. Pitanguy vêm normalmente de todas as partes do mundo, atraídos pela projeção internacional do Prof. Pitanguy. Os do HMMC são originários mais frequentemente da Bolívia e da Colômbia, países que mantêm com o Brasil, convênio para intercâmbio de bolsistas na área de Medicina.

QUADRO 3

DISTRIBUIÇÃO DOS RESIDENTES POR NACIONALIDADE

Nac.	f	(%)
Bras.	218	(86,2)
Estr.*	34	(13,4)
Inv.	1	(0,4)
Total	253	(100)

* Angola - 1, Alemanha - 1, Argentina - 2, Bélgica - 1, Bolívia - 9, Chile - 1, Colômbia - 3, Equador - 1, Espanha - 3, Estados Unidos - 1, França - 1, Itália - 4, México - 1, Nicarágua - 1, Panamá - 1, Peru - 2, República Dominicana - 1.

O Quadro 4 reflete a distribuição dos residentes brasileiros por naturalidade. O maior número de residentes é natural do Rio de Janeiro (cidade e estado), representado por 114 residentes, correspondendo a 52,3% do total. Os outros três estados de maior concentração são: Minas Gerais, com 24 (11,0%) residentes; São Paulo, com 15 (6,9%), e Paraná, com 12 (5,5%), que se somados, perfazem um total de 51 residentes, cor

respondendo a 23,4% do total estudado. Pela observação do quadro constata-se que 165 residentes, correspondendo a 75,7% do total, são egressos de 3(três) estados da região sudeste e 1 (hum) estado da região sul. Este fato causa estranheza, pois pelos dados fornecidos pela CNRM sabe-se que a maioria dos PRM situa-se nas regiões sudeste e sul, e por esse motivo era de se esperar que a representatividade de residentes originários das regiões norte e nordeste fosse maior.

QUADRO 4

DISTRIBUIÇÃO DOS RESIDENTES BRASILEIROS
POR NATURALIDADE

Estados	f	(%)
RJ	114	(52,3)
MG	24	(11,0)
SP	15	(6,9)
PR	12	(5,5)
CE	8	(3,7)
ES	6	(2,7)
RS	6	(2,7)
PA	4	(1,8)
PI	4	(1,8)
GO	3	(1,4)
PB	3	(1,4)
RN	3	(1,4)
SC	3	(1,4)
AL	2	(0,9)
BA	2	(0,9)
MA	2	(0,9)
MS	2	(0,9)
AM	1	(0,4)
PE	1	(0,4)
SE	1	(0,4)
Inv.	2	(0,9)
Total	218	(99,7)

} 75,7%

O Quadro 5 é demonstrativo da área de graduação dos residentes envolvidos no estudo. Os egressos do curso de Medicina são 247, correspondendo a 97,6% do total de residentes estudados. Os representantes de outras áreas pertencem à ENSP/FIOCRUZ que abriga em seu curso profissionais não médicos.

QUADRO 5

DISTRIBUIÇÃO DOS RESIDENTES POR ÁREA DE GRADUAÇÃO

Área de Graduação	f	(%)
Medicina	247	(97,6)
Enfermagem	2	(0,8)
Nutrição	2	(0,8)
Psicologia	1	(0,4)
S. Social	1	(0,4)
Total	253	(100)

O Quadro 6 apresenta as universidades onde os residentes fizeram a graduação. Percebe-se uma grande dispersão dos residentes (33 universidades brasileiras) e uma pequena concentração: dos residentes brasileiros 134 (52,7%) estão centrados em apenas 6(seis) universidades brasileiras. Percebe-se que destas, 5(cinco) estão situadas no estado do Rio de Janeiro (UFRJ, FTESM, UGF, FMVASS, UFF) e apenas uma está situada no estado de Minas Gerais (UFJF). Este resultado vem ao encontro do resultado refletido no Quadro 4 (naturalidade dos residentes), em que se percebeu a pouca migração dos residentes do Norte/Nordeste. Os residentes do Norte (FMPA, UEPA) e Nordeste (UFCE, FMC, UFPb, UFPI, UFAL, UFPe, UFRN, UESE) são egressos de 10(dez) universidades o que correspondendo a 3,95%

QUADRO 6

DISTRIBUIÇÃO DOS RESIDENTES POR UNIVERSIDADE DE GRADUAÇÃO

Universidade	f	(%)
UFRJ	60	(23,7)
FTESM (RJ)	26	(10,2)
UGF (RJ)	13	(5,1)
FMVASS (RJ)	13	(5,1)
UFJF (MG)	12	(4,7)
UFF (RJ)	10	(3,9)
UNIRIO	8	(3,1)
ECMVR (RJ)	6	(2,4)
FMT (RJ)	6	(2,4)
UERJ	6	(2,4)
UFSC	6	(2,4)
FUCS (RGS)	5	(2,0)
UFCE	5	(2,0)
EMESCAN (ES)	4	(1,6)
FMC (RJ)	4	(1,6)
FMP (RJ)	4	(1,6)
UEL (PR)	4	(1,6)
FMPA	3	(1,2)
UFPB	3	(1,2)
UFPI	3	(1,2)
UEPA	2	(0,8)
UFAL	2	(0,8)
UFES	2	(0,8)
UFMS	2	(0,8)
FAHUPE (RJ)	1	(0,4)
FBM (BA)	1	(0,4)
FMVAL (RJ)	1	(0,4)
PUCAMP (SP)	1	(0,4)
UFPE	1	(0,4)
UFPR	1	(0,4)
UFRN	1	(0,4)
UFRGS	1	(0,4)
UFSE	1	(0,4)
.....
U.Estr*	34	(13,4)
.....
Inv.	1	(0,4)
Total	253	(100)

} 52,7%

*U.Estr. = Universidades Estrangeiras

de universidades brasileiras; são em número de 22 (vinte e dois) o que corresponde a 10,09% dos residentes brasileiros. A grande dispersão dos residentes pelas universidades brasileiras, leva-nos a supor que seja consequência da já citada proliferação das universidades na década de 70. O Quadro 6 permite ainda alguns comentários: dos residentes oriundos da

UFRJ, 60 (23,7%), a maior parte, 54 (60,7%), pertence ao programa do HU/UFRJ. Quanto a participação dos estrangeiros, as explicações já foram dadas nos comentários do Quadro 3.

O Quadro 7 reflete a distribuição por área de concentração dos residentes envolvidos neste estudo. Parece-nos significativo que tenha havido grande concentração de residentes nas áreas programáticas prioritárias (Resolução nº 04/78 art.

QUADRO 7

DISTRIBUIÇÃO DOS RESIDENTES POR ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

Área	f	(%)
C.Plástica	37	(14,6)
Ort./Traum.	36	(14,2)
C. Geral	30	(11,8)
Pediatria	21	(8,3)
Ginec./Obstr.	20	(7,9)
Anest.	18	(7,1)
Clín. Médica	15	(5,9)
Med.Prev.Soc.	12	(4,7)
Oftalm.	11	(4,3)
Radiol.	10	(3,9)
Otorr.	7	(2,8)
DIP*	6	(2,4)
S. Pública	6	(2,4)
Derm.	4	(1,6)
Hemat.	4	(1,6)
Anat.Pat.	3	(1,2)
Proct.	3	(1,2)
Cardiol.	2	(0,8)
Gastr.	2	(0,8)
Neurol.	2	(0,8)
Pneum.	2	(0,8)
C.Vasc.	1	(0,4)
Neuroc.	1	(0,4)
Total	253	(100)

* Doenças infecto-parasitárias.

79): C.Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Clínica Médica. Essas áreas refletem uma concentração de 86 residentes, o que corresponde a 33,9% do total. A maior concentração na área de C.Plástica, 34 (14,6%) residentes, pode ser atribuída a participação no estudo dos residentes do Serv. Cir. Plást. I.Pitanguy. A grande concentração na área de Ort./Traum. coincidentemente é reflexo de dois serviços situados no HMMC e no HU/UFRJ, e que na época do estudo eram dirigidos pelo Prof. Albano de Nova Monteiro, cujo prestígio nacional e internacional pode ser um motivo de atração para os residentes.

O Quadro 8 é demonstrativo do tempo de permanência dos residentes na instituição. Há coerência no equilíbrio refletido pelos R_1 , que somam 94 residentes e correspondem a 37,1% do total e dos R_2 que somam 95 residentes e correspondem a 37,5%, uma vez que essa é a duração da maior parte dos PRM. A menor incidência de R_3 , que somam 55 residentes e correspondem a 21,7% do total, pode ser atribuída ao fato de que é mais reduzido o número de programas com 3 (três) anos de duração.

QUADRO 8

TEMPO DE PERMANÊNCIA NA RESIDÊNCIA

Tempo	f	(%)
Até 1 ano (R_1)	94	(37,1)
Até 2 anos (R_2)	95	(37,5)
Até 3 anos (R_3)	55	(21,7)
Inv.	7	(2,8)
Total	253	(99,1)

Feita assim a identificação dos residentes em termos gerais, apresenta-se a seguir a análise dos Quadros 9 a 18, que contêm dados que podem servir para dar uma visão da Residência, segundo a ótica dos próprios residentes, que aqui neste estudo foi chamada de visão implícita. Inclui a análise de variáveis que se estendem desde os motivos que levaram à Residência, carga horária de atividades práticas e teóricas, instrumentos e frequência de avaliação, até a opinião dos residentes sobre os PRM e a própria Residência.

O Quadro 9 reflete os motivos que levaram à Residência. Dentro da escala fornecida, 131 residentes, correspondendo a 51,8% do total, apontaram "saturação do mercado de trabalho" como o motivo não importante na opção pela Residência. O segundo motivo apontado como não importante foi "carência do mercado de trabalho", apontado por 107 (42,3%) residentes. Esse resultado leva a supor que os residentes ao optarem pela Residência não estão preocupados com a questão do mercado de trabalho, que no entanto tem sido incluída no temário dos últimos foruns dos residentes.

O motivo apontado como mais importante foi "aprofundamento de conhecimentos teóricos", com 147 (58,1%) residentes. Esse resultado vem ao encontro da proposta básica da RM que é a de ser um curso de pós-graduação a nível de especialização caracterizado pelo treinamento em serviço (prática), mas que também possui uma previsão para atividades teóricas ainda que com carga horária bastante reduzida. A distribuição geral observada no Quadro 9 permite inferir um consenso manifestado pelos residentes das cinco instituições incluídas no estudo.

QUADRO 9

MOTIVOS QUE LEVARAM À RESIDÊNCIA

Motivos	0 (ñ imp)		1 (- imp)		2		3		4 (+ imp)		Inv.		TOTAL	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Supr. falhas grad.	30	(11,8)	35	(13,8)	56	(22,1)	64	(25,3)	66	(26,1)	2	(0,8)	253	(99,9)
Aprof. conhec.teor.	2	(0,8)	16	(6,3)	29	(11,5)	57	(22,5)	147	(58,1)	2	(0,8)	253	(100)
Aprof. conh. prát.	2	(0,8)	6	(2,4)	10	(3,9)	32	(12,6)	201	(79,4)	2	(0,8)	253	(99,9)
Obter título esp.	21	(8,3)	21	(8,3)	54	(21,3)	62	(24,5)	93	(36,7)	2	(0,8)	253	(99,9)
Carência merc. trab.	107	(42,3)	53	(20,9)	49	(19,4)	26	(10,3)	16	(6,3)	2	(0,8)	253	(100)
Sat. merc. trab.	131	(51,8)	54	(21,3)	37	(14,6)	13	(5,1)	16	(6,3)	2	(0,8)	253	(99,9)
Outros	238	(94,1)	0		0		1	(0,4)	12	(4,7)	2	(0,8)	253	(100)

O Quadro 10 arrola os motivos que levaram à opção pela instituição. Percebe-se que as "atividades práticas" tiveram o menor número de indicações como não importante dentro da escala fornecida; apenas 18 residentes fizeram essa opção, correspondendo a 7,1% do total dos residentes. Refletindo a consistência das respostas o motivo "atividades práticas" foi o que teve o maior número de indicações como de maior importância; 134 (53,0%) residentes fizeram essa opção. Assim como no quadro anterior, fica confirmado que os residentes buscam na Residência, através do treinamento em serviço, adquirir habilidades para o desempenho profissional voltado para a prática. Corroborando esse resultado, "atividades teóricas" obteve apenas 83 indicações como mais importante, correspondendo a 32,8% do total dos residentes. No entanto, percebe-se que nessa opção houve uma distribuição mais diluída, com 78 (30,8%) residentes fazendo opção pelo valor 3 da escala. Pode-se inferir que ainda que menos contempladas que as atividades práticas, as atividades teóricas também são consideradas importantes pelos residentes, dentro da proposta da Residência, resultado esse que vai ao encontro da carga horária estabelecida, que prevê 80% para atividades práticas e 20% para atividades teóricas. Chama atenção também a importância para os residentes do "prestígio da instituição", opção considerada mais importante por 111 (43,9%) residentes.

O Quadro 11 indica o tempo dedicado a Residência. Uma parcela significativa, ou seja, 208 (82,2%) residentes, apontou o tempo dedicado à Residência como integral. Como os residentes são obrigados a cumprir uma carga horária de no máximo 60h semanais e permanecer na instituição de 8 às 16:30h, su-

QUADRO 10

MOTIVOS QUE LEVARAM À OPÇÃO PELA INSTITUIÇÃO

Motivos	Avaliação	0 (n imp) f (%)	1 (- imp) f (%)	2 (%) f	3 (%) f	4 (+ imp) f (%)	Inv. f	TOTAL f (%)
Ativ. teor.		21 (8,3)	23 (9,1)	48 (19,0)	78 (30,8)	83 (32,8)	0	253 (100)
Ativ. prá.		18 (7,1)	4 (1,6)	27 (10,7)	70 (27,7)	134 (53,0)	0	253 (100,1)
Prest. inst.		28 (11,1)	27 (10,7)	30 (11,8)	57 (22,5)	111 (43,9)	0	253 (100)
Infraestr.		41 (16,2)	43 (17,0)	38 (15,0)	38 (15,0)	93 (36,7)	0	253 (99,9)
Outros		219 (86,6)	0	3 (1,2)	4 (1,6)	27 (10,7)	0	253 (100,1)

põe-se que a opção por tempo parcial, 45 (17,7%) residentes, tenha sido feita por aqueles oriundos de serviços que à época da coleta de dados, não tinham atividades e/ou supervisão que lhes permitissem cumprir a carga horária no todo.

QUADRO 11

TEMPO DEDICADO À RESIDÊNCIA

Tempo	f	(%)
Integral	208	(82,2)
Parcial	45	(17,7)
Total	253	(99,9)

O Quadro 12 é demonstrativo da carga horária das atividades teóricas e práticas. No que se refere a atividades teóricas, o maior número de indicações recaiu no período de "04 a 06h/semanais", com 96 (38,0%) residentes. A segunda maior indicação recaiu no período de "07 a 10h/semanais", correspondendo a 20,5% do total de residentes. Se somadas as 3 primeiras opções verifica-se que 194 (76,7%) residentes, ou seja, a grande maioria, não dedica mais do que 10h semanais a atividades teóricas.

QUADRO 12

CARGA HORÁRIA DAS ATIVIDADES TEÓRICAS E PRÁTICAS

Carga Horária	Ativ. Teóricas		Ativ. Práticas	
	f	(%)	f	(%)
01 a 03 h/sem.	46	(18,2)	0	
04 a 06 h/sem.	96	(38,0)	3	(1,2)
07 a 10 h/sem.	52	(20,5)	7	(2,8)
11 a 15 h/sem.	16	(6,3)	10	(3,9)
16 a 20 h/sem.	27	(10,7)	17	(6,7)
21 a 24 h/sem.	4	(1,6)	11	(4,3)
+ 25 h/sem.	12	(4,7)	205	(81,0)
Total	253	(100)	253	(99,9)

Mais uma vez, esse resultado vai ao encontro da carga horária estabelecida para o desenvolvimento dos PRM, em que a parte mais contemplada constitui-se de atividades práticas (ver também Quadro 10). Dos 12 (4,7%) residentes que apontaram a carga horária como sendo +25h/semanais, 7 pertencem ao HU/UFRJ. Talvez isso aconteça porque o HU/UFRJ é um hospital escola, devendo haver portanto mais facilidade de desenvolver atividades teóricas, uma vez que o corpo docente também tem um tempo maior de permanência na instituição.

Quanto às atividades práticas, o maior número de indicações recaiu em "+25h/semanais", com 205 (81,0%). Se comparado com o resultado para atividades teóricas, verifica-se um alto grau de consistência das respostas com a orientação oficial, uma vez que esta privilegia as atividades práticas, devendo estas serem em termos de carga horária, inversamente proporcionais às práticas.

O Quadro 13 reflete a relevância dos instrumentos de avaliação das atividades práticas segundo a ótica dos residentes. Deve ser ressaltado aqui que para os residentes da ENSP/FIOCRUZ, o único instrumento passível de avaliação é "atendimento em ambulatório", uma vez que os outros instrumentos inexistem no seu programa de RM. A incidência de maior importância recaiu sobre "atividades em centro cirúrgico", com 137 (54,1%) residentes. Essa escolha tem razão de ser se voltarmos ao Quadro 7 e verificarmos que a maior incidência de especialidades recaiu sobre três cirurgias: C.Plásticas, Ort. e Traum. e Cirurgia Geral, que perfazem 103 residentes, correspondendo a 40,7% do total de residentes. Os outros residentes estão distribuídos por outras especialidades cirúrgicas com

QUADRO 13

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO CONSIDERADOS MAIS RELEVANTES PELOS RESIDENTES - ATIV. PRÁTICAS

Instr.	0 (ñ imp.)		1 (- imp.)		2		3		4 (+ imp.)		Inv.		TOTAL	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Atend. enf.	39	(15,4)	10	(3,9)	38	(15,0)	46	(18,2)	116	(48,5)	4	(1,6)	253	(99,9)
Atend. amb.	45	(17,8)	16	(6,3)	20	(7,9)	62	(24,5)	107	(42,3)	3	(1,2)	253	(100)
Ativ. centro-cir.	62	(24,5)	18	(7,1)	9	(3,5)	23	(9,1)	137	(54,1)	4	(1,6)	253	(99,9)
UI*	136	(53,7)	25	(9,9)	23	(9,1)	37	(14,6)	29	(11,5)	3	(1,2)	253	(100)
CTI	123	(48,6)	23	(9,1)	32	(12,6)	40	(15,8)	32	(12,6)	3	(1,2)	253	(99,9)
Outros	197	(77,9)	3	(1,2)	5	(2,0)	8	(3,2)	37	(14,6)	3	(1,2)	253	(100,1)

* Unidade Intermediária

menor incidência. O que causa estranheza é "UI" ter sido considerada não importante por 136 (53,7%) residentes. A "Unidade Intermediária (UI)" faz parte das atividades cirúrgicas uma vez que para lá são levados os pacientes pós-cirúrgicos com complicações, ou que necessitam de cuidados especiais. O fato de "atendimento em enfermaria", 116 (45,8%) residentes e "atendimento em ambulatório", 107 (42,3%) residentes, terem sido apontadas como outras opções mais importantes, é considerado normal, pois essas duas atividades são incluídas nas Resoluções da CNRM, inclusive tendo suas cargas horárias discriminadas por especialidade.

Em síntese, pode-se observar que pela distribuição apresentada no Quadro 13, os residentes demonstraram de forma clara, que para eles tem significativa importância "atendimento em enfermaria", "atendimento em ambulatório" e "atividade em centro cirúrgico". Esse resultado vem ao encontro da filosofia da Residência, uma vez que esses três tipos de atividade são as que mais se prestam ao treinamento em serviço, sendo portanto as mais passíveis de avaliação no que se refere à prática na Residência.

O Quadro 14 indica os instrumentos de avaliação das atividades teóricas desenvolvidas pelos residentes e o seu uso. A distribuição desse Quadro, com grande número de opções nas categorias "não se aplica" e "invalidado" confirma a relativa pouca importância desse tipo de atividade na Residência, o que não ocorre no caso de atividades práticas. As inferências podem ser várias, e uma delas seria o próprio privilégio que é dado às atividades práticas dentro da RM; outra, é que ainda que os programas examinados incluam atividades teóricas em seu

QUADRO 14

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES TEÓRICAS - UTILIZAÇÃO E FREQUÊNCIA

Instr.	Sem.		Quinz.		Mens.		Trim.		Anual		Ñ se aplica		Inv.		TOTAL	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Provas	4	(1,6)	6	(2,4)	45	(17,8)	49	(19,4)	30	(11,8)	104	(41,1)	15	(5,9)	253	(100)
Testes	5	(2,0)	9	(3,5)	23	(9,1)	14	(5,5)	13	(5,1)	166	(65,6)	23	(9,1)	253	(99,9)
Aulas exp.	93	(36,7)	20	(7,9)	27	(10,7)	12	(4,7)	4	(1,6)	77	(30,4)	20	(7,9)	253	(99,9)
Sem.	78	(30,8)	10	(3,9)	33	(13,0)	18	(7,1)	7	(2,8)	85	(33,6)	22	(8,7)	253	(99,9)
Trab. escr.	6	(2,4)	5	(2,0)	9	(3,5)	18	(7,1)	72	(28,4)	119	(47,0)	24	(9,5)	253	(99,9)
Res. crít. art.	62	(24,5)	16	(6,3)	21	(8,3)	14	(5,5)	5	(2,0)	109	(43,1)	26	(10,3)	253	(100)
Outros	7	(2,8)	0		0		2	(0,8)	5	(2,0)	73	(28,8)	166	(65,5)	253	(100)

currículo, talvez essas atividades não sejam plenamente desenvolvidas na realidade. Pode-se supor ainda, que os residentes tenham dificuldade de se posicionar face aos mecanismos avaliativos. A avaliação do desempenho do residente tem sido refletida pela literatura como sendo importante, mas ainda é carente de parâmetros que permitam um posicionamento mais claro a respeito por parte dos responsáveis pela mesma. Através da observação do Quadro 14 nota-se a fragilidade e/ou pouca definição da avaliação teórica quando se observa, por exemplo, a categoria "aulas expositivas", que foi apontada como mais utilizada pelos residentes, com 93 (36,7%) opções, e sendo de frequência semanal. Ao mesmo tempo, essa categoria teve 77 (30,4%) indicações na coluna "não se aplica". Fato semelhante ocorreu com "seminários" e "resumos críticos de artigos". A frequência de 72 (28,4%) residentes na categoria "trabalhos escritos", pode ser atribuída aos residentes do Serv. Cir.Plást. I.Pitanguy, e aos residentes da ENSP/FIOCRUZ que devem apresentar um trabalho escrito ao final da Residência.

O Quadro 15 apresenta o reflexo da avaliação das atividades práticas e seus avaliadores. Esse quadro também apresenta uma grande incidência de respostas nas colunas "não se aplica" e "invalidados". Como no quadro anterior, pode-se supor que os residentes possuam dúvidas em relação a avaliação, assim como sobre quem são seus avaliadores, ainda que nesse quadro sejam tratadas as atividades práticas. Pela observação do quadro percebe-se que a categoria "médico do staff" foi a que recebeu maior número de indicações com 75 (29,6%) residentes, na frequência semanal. No entanto, esta mesma categoria na coluna "não se aplica", obteve 115 (45,4%) indicações, su-

QUADRO 15

AVALIADORES DAS ATIVIDADES PRÁTICAS E FREQUÊNCIA DAS AVALIAÇÕES

Frequência Aval.	Ser.		Quinz.		Mens.		Trim.		Anual		Σ f		Ñ se aplica		Inv.		Total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Chefe de clín.	39	15,4)	5	(2,0)	7	(2,8)	3	(1,2)	21	(8,3)	75	(29,6)	153	(60,5)	25	(9,9)	253	(100,1)
Coord.	41	16,2)	8	(3,2)	21	(8,3)	10	(3,9)	26	(10,3)	106	(41,9)	122	(48,2)	25	(9,9)	253	(100)
Preceptor	46	18,2)	10	(3,9)	25	(9,9)	19	(7,5)	22	(8,7)	122	(48,2)	107	(42,3)	24	(9,5)	253	(100)
Médico do "staff"	75	29,6)	3	(1,2)	16	(6,3)	8	(3,2)	12	(4,7)	114	(45,0)	115	(45,4)	24	(9,5)	253	(99,9)
Outros	2	(0,8)	0		0		5	(2,0)	3	(1,2)	10	(4,0)	214	(84,6)	29	(11,5)	253	(100,1)

perando a indicação positiva. A categoria "preceptor" obteve o maior número de indicações positivas (frequências semanal e anual), somando 122 (48,2%) residentes. Esse dado dá uma relativa coerência nas respostas no quadro como um todo, uma vez que cabe aos preceptores o acompanhamento e supervisão das atividades desenvolvidas pelos residentes. A segunda maior indicação observada recaiu sobre a categoria "médico do Staff" com 114 (45,0%) residentes. Esse resultado é entendido na medida em que, em algumas instituições, todos os médicos do "staff" são considerados preceptores.

De forma geral, percebe-se que para os residentes, a avaliação das atividades práticas é incipiente. A constatação deste fato tem sua base na observação da coluna "não se aplica", que apresenta, em geral, totais maiores que as somas das frequências semanal e anual.

O Quadro 16 é demonstrativo da avaliação que os residentes fazem dos PRM. A maior frequência de indicações recaiu sobre o meio do quadro, ou seja, entre as aferições de "regular" e "bom". Algumas categorias fugiram a essa tendência no entanto. A categoria "carga horária" (amb., enf., cir., UI, CTI), tendeu para "bom" e "ótimo"; a categoria "infraestrutura institucional (recursos, econômicos)", tendeu para "fraco" e "regular". Essas duas tendências são compreensíveis, pois a primeira categoria citada refere-se às atividades práticas que seriam o forte nos PRM, e a segunda - "recursos econômicos" - sofre as consequências da situação econômica do país e que afeta de maneira significativa as instituições de saúde. Chama atenção, nas categorias "planejamento" e "execução das atividades teóricas", a alta frequência na aferição "bom", com

QUADRO 16

AVALIAÇÃO DOS PRM PELOS RESIDENTES

Avaliação Atividades	Fraco		Reg.		Bom		Ótimo		Ñ se aplica		Inv.		TOTAL	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Planej.ativ. prá.t.	20	(7,9)	70	(27,7)	102	(40,3)	54	(21,3)	7	(2,8)	0		253	(100)
Planej.ativ. teór.	36	(14,2)	53	(20,9)	108	(42,7)	49	(19,4)	7	(2,8)	0		253	(100)
Exec. ativ. teór.	26	(10,3)	62	(24,5)	111	(43,9)	51	(20,1)	3	(1,2)	0		253	(100)
Exec. ativ. prá.t.	47	(18,6)	68	(26,9)	98	(38,7)	35	(13,8)	4	(1,6)	1	(0,4)	253	(100)
Orient. resp.	37	(14,6)	73	(28,8)	94	(37,1)	47	(18,6)	2	(0,8)	0		253	(100)
C. hor. (sem. ,leit.,elab.trab.)	60	(23,7)	71	(28,1)	66	(26,1)	42	(16,6)	11	(4,3)	3	(1,2)	253	(100)
C.hor. (amb.,enf., UI,CTI)	7	(2,8)	35	(13,9)	107	(42,3)	71	(28,1)	33	(13,0)	0		253	(100)
Infr.inst. (rec.econ.)	92	(36,4)	76	(30,0)	55	(21,7)	19	(7,5)	10	(3,9)	1	(0,4)	253	(100)
Infr. inst. (rec. téc.)	59	(23,3)	71	(28,1)	76	(30,3)	38	(15,0)	8	(3,2)	1	(0,4)	253	(100)
Pessoal (orient./sup./acomp.)	31	(12,2)	60	(23,7)	94	(37,1)	56	(22,1)	12	(4,7)	0		253	(100)

108 (42,7%) e 111 (43,9%) residentes, respectivamente face a dificuldade de avaliação dessas mesmas atividades teóricas, manifestada no Quadro 14. No entanto, mais da metade dos residentes - 131 (51,8%) - considerou a carga horária relativa a atividades teóricas (seminários, leituras, elaboração de trabalhos) como fraca e regular. Este ponto será novamente abordado mais adiante no presente capítulo.

O Quadro 17 reflete o nível de satisfação dos residentes face aos objetivos pretendidos ao fazerem a opção pela Residência. Na categoria "satisfatória" recaiu a maior frequência de respostas, com 139 indicações, representando 54,9% do total de residentes. A soma das categorias "pouco satisfatória" e "insuficiente" é de 86 (34%) residentes. Através da observação via questionário, percebeu-se que mesmo na indicação "satisfatória", os residentes apresentavam restrições. Essas restrições recaíram principalmente sobre: deficiência técnica e econômica das instituições, preceptoria deficiente, falha na supervisão dos residentes, pouco número de cirurgias realizadas pelos residentes de especialidades cirúrgicas e divisão de carga horária referente a atividades práticas e teóricas. Neste último item, quando solicitados a manifestar mudanças desejadas na RM, o item aumento da carga horária das

QUADRO 17

AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS AO OPTAR PELA RESIDÊNCIA

Avaliação	f	(%)
Plenamente satisfatória	27	(10,7)
Satisfatória	139	(54,9)
Pouco satisfatória	68	(26,9)
Insuficiente	18	(7,1)
Inv.	1	(0,4)
Total	253	(100)

atividades teóricas foi o mais citado. Esta escolha dos residentes vai ao encontro do resultado apresentado no quadro anterior, em que apesar do planejamento e a execução das atividades teóricas terem sido avaliados como bons, há um ponto a ser revisto: a carga horária dedicada às atividades teóricas.

Os demais motivos de necessidade de mudanças corroboraram as justificativas para a aferição de grau de satisfação, e se concentraram principalmente nas questões da infraestrutura institucional, no melhor planejamento e execução dos PRM, no aumento do número de cirurgias, na melhor supervisão dos residentes e melhoria do grau de capacitação dos preceptores e aumento da carga horária da Residência. As únicas menções a melhoria dos recursos informacionais partiram dos residentes do HMMC. As menções a maior participação em pesquisa bibliográfica, estudos e trabalhos científicos partiram dos residentes do HU/UFRJ e do Serv. de Cir. Plást. I.Pitanguy.

Em uma apreciação geral, o resultado refletido neste quadro, dá idéia da visão que os residentes têm da Residência. As modificações sugeridas, por sua vez, estão consoantes com a proposta teórica da Residência, explicitada através das resoluções da CNRM.

Os dados contidos nos Quadros 18 e 24 têm como finalidade detectar a capacitação dos residentes para desempenho considerado inerente aos cursos de pós-graduação: leitura em idioma estrangeiro, participação em pesquisa, trabalhos publicados, participação em congressos, seminários, etc. e incluem nos PRM de disciplina que forneça instrumentos para viabilizar algumas etapas do desempenho acima assinalado.

O Quadro 18 apresenta os idiomas estrangeiros em que os residentes lêem. O inglês foi o idioma sobre o qual recaiu a maior incidência de respostas: 218 (86,7%) residentes declararam ler neste idioma; o segundo idioma apontado foi o espanhol, com 205 (81,1%) residentes. À exceção da ENSP/FIOCRUZ, nas outras instituições estudadas, mais de 50% dos residentes declararam dominar o inglês para leitura.

QUADRO 18

IDIOMAS ESTRANGEIROS QUE O RESIDENTE LÊ*

Idiomas	f	(%)
Inglês	218	(86,7)
Francês	66	(26,1)
Espanhol	205	(81,1)
Alemão	11	(4,3)
Italiano	26	(10,3)
Outros	12	(4,7)

*Podia ser indicado mais de um idioma, percentual calculado sobre o número total de residentes (253).

Em relação ao espanhol a frequência de respostas pode se dever ao fato de ser um idioma que apresenta relativa facilidade de compreensão aos que dominam o português, e ao número expressivo de livros na área de Medicina traduzidos para o espanhol. Porém, levando-se em conta que a literatura da área considerada de melhor qualidade está editada em inglês, e levando-se em conta o fato de que "este idioma na época atual se apresenta como idioma predominante na comunicação da ciência"¹, pode-se deduzir que a maioria dos residentes está apta a adquirir e atualizar seus conhecimentos via literatura.

No Quadro 19 está expressa a participação dos residentes em pesquisa. O resultado mostrou que 119 (47%) residentes declararam participar, e 130 (51,4%) declaram não participar. Se olhadas individualmente, as instituições com mais residentes participantes em pesquisa foram: a ENSP/FIOCRUZ - 11 residentes (79%); Prof. Pitanguy - 19 residentes (57,6%) e HU/UFRJ - 46 residentes (54,8%). Em relação à ENSP/FIOCRUZ e ao HU/UFRJ é compreensível a incidência, uma vez que, na primeira instituição, no segundo ano de Residência, está previsto que os residentes devem se engajar em um projeto de pesquisa da área. No caso do HU/UFRJ, por se tratar de um hospital escola que possui entre suas características a "profissionalização do ensino e pesquisa"². Quanto aos residentes do Prof. Pitanguy, talvez trate-se de "investigação clínica"³ e não pesquisa, uma vez que o trabalho feito pelos residentes é um levantamento via literatura de técnicas cirúrgicas ou outros dados referentes a cirurgia plástica, para posterior elaboração de trabalhos ou conferências a serem realizadas pelo Professor.

QUADRO 19

PARTICIPAÇÃO DOS RESIDENTES EM PESQUISA

Part.	f	(%)
Sim	119	(47,0)
Não	130	(51,4)
Inv.	4	(1,6)
Total	253	(100)

O Quadro 20 indica a situação da pesquisa em termos de suas etapas de desenvolvimento. Ao se proceder à análise, percebe-se que as indicações de "concluída" e "em andamento",

somam 101, o que corresponde a 39,9% das respostas.

QUADRO 20

ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA COM
PARTICIPAÇÃO DE RESIDENTES

Situação da Pesquisa	f	(%)
Concluída	49	(19,4)
Em andamento	52	(20,5)
Interrompida	12	(4,7)
Desativada	2	(0,8)
Não iniciada	3	(1,2)
Não fazem pesquisa*	135	(53,3)
Total	253	(99,9)

* Obs.: Este nº foi incluído na tabela para ressaltar que mais da metade dos residentes não participa de pesquisa.

Observando-se em conjunto os dois últimos quadros e apesar da afirmação de que "a pesquisa é o instrumento principal de formação pós-graduada"⁴, pode-se considerar o resultado positivo uma vez que a RM é pós-graduação em nível de especialização (lato sensu) e que o estudo inclui dois ambientes que não são voltados necessariamente para pesquisa, o HI e o HMMC. Ressalte-se que o comentário acima restringe-se exclusivamente ao contexto observado ou seja, a RM. Isto porque pareceria estranha a afirmação de que a situação é satisfatória com os resultados acima refletidos. No entanto, se considerarmos a proposta e a própria estrutura da RM, o comentário faz-se pertinente uma vez que, o treinamento em serviço não incluiria, a rigor, a pesquisa. Devem ser levadas em conta também as condições para o desenvolvimento de pesquisa nas instituições abordadas.

Está refletida no Quadro 21 a produção científica dos residentes. Os residentes que mais publicaram trabalhos foram os do Serviço de Cir.Plást. Ivo Pitanguy; do total de residentes dali provenientes arrolados no estudo, 14 (42,4%, 5,5% em relação ao total geral) publicaram 28 trabalhos. Este fato deriva-se de tarefa que os residentes normalmente desenvolvem no Serviço: após o levantamento bibliográfico (ver comentário ao Quadro 19), os residentes geralmente elaboram um trabalho em colaboração com o Prof. Pitanguy; esses trabalhos aparecem publicados no "Boletim de Cirurgia Plástica", elaborado pelo próprio Serviço e que acompanha os números da "Revista Brasileira de Cirurgia". Em seguida vem o HU/UFRJ; dos 84 residentes dali provenientes que participaram deste estudo, 13 (15,5%, 5,1% em relação ao total geral) publicaram trabalhos.

QUADRO 21

PRODUÇÃO CIENTÍFICA DOS RESIDENTES

Instituição	Total de residentes		Residentes que publicam		Trabalhos Publicados
	f	(%)	f	(% total res.)	
ENSP/FIOCRUZ	14	(5,5)	0	0	
HI (INAMPS)	40	(15,8)	5	(12,5) (2,0)	6
PROF. PITANGUY	33	(13,0)	14	(42,4) (5,5)	28
HMMC	82	(32,4)	5	(6,0) (1,2)	9
HU/UFRJ	84	(33,2)	13	(15,5) (5,1)	15
Total	253	(99,9)	39	76,4 (15,4)	58

O número total de residentes (todas as instituições) publicando é de 39 (15,4%). O número total de trabalhos publicados é de 58, o que dá uma relação de 1,48 trabalhos/residentes. Registrou-se um maior número de trabalhos/residentes do

Prof. Pitanguy, fato este que pode ser atribuído ao sistema implantado pelo referido Serviço (ver comentários Quadro 19 e 20) e ao fato da existência de um veículo próprio para publicação de trabalhos.

Em uma apreciação geral pode-se observar que é baixo o número de residentes que publicam, o que pode ser consequência do pouco tempo dedicado a carga horária teórica em que estariam incluídos a elaboração/publicação de trabalhos. Este resultado vai ao encontro da modalidade da RM como forma de pós-graduação, com prioridade para o treinamento-em-serviço. Esta contemplação das atividades práticas, não deixa tempo livre para uma maior reflexão sobre os casos estudados e/ou apreciados, e não permite um estudo mais apurado sobre os mesmos e uma possível publicação de um relato (artigo de periódico). É reflexo também de "pesquisa" na RM, que por falta das condições mínimas necessárias não chega a última etapa que seria sua divulgação via artigo de periódico. Cabe então questionar aqui, que tipos de profissionais estão sendo formados, por essa modalidade de pós-graduação, em que o embasamento teórico é relegado a um plano secundário.

Os dados contidos no Quadro 22 visam possibilitar a identificação do nível de colaboração dos residentes na publi

QUADRO 22

TRABALHOS PUBLICADOS

Autoria	f	(%)
Colaboração com chefes de clínica	16	(27,6)
Colaboração com outros	24	(41,4)
Autoria única	18	(31,0)
Total	58	(100)

cação dos trabalhos. Em colaboração com os chefes de clínica foram apontados 16 (27,6%) trabalhos, e em colaboração com outros integrantes dos PRM, 23 (um trabalho foi publicado com professor de outra instituição).

Na análise por instituição o HU/UFRJ e o Serviço do Prof. Pitanguy é que apresentam maior nível de colaboração. No HU/UFRJ houve nove indicações de colaboração, sendo quatro com professores. Há menção de colaboração com "staff", "outro residente", e com "interno".

No Serv.do Prof. Pitanguy houve 13 indicações de colaboração, sendo que 6 com perceptores, 5 com "outro residente", 1 com "staff" e 1 com "professor".

Este resultado, confirma aquele do quadro anterior, em que o HU/UFRJ e o Serv.do Prof. Pitanguy são as instituições em que os residentes mais publicam. Cabe questionar se esse número mais significativo de publicações também não está em consonância com o nível de integração residente/perceptor/professor e residente/residente.

O Quadro 23 reflete a participação dos residentes/instituições em congressos, seminários, etc. Em termos relativos, os residentes que mais compareceram a congressos são os da ENSP/FIOCRUZ, em número de 13, ou 92,8% do total de residentes desta instituição, e os do Serviço C.P.I. Pitanguy, em número de 29, correspondendo a 87,9%. De maneira geral, é alto o índice de comparecimento a congressos etc., das instituições arroladas neste estudo; com uma única exceção, todas indicam que a frequência de residentes a esse tipo de evento é superior a 70%.

QUADRO 23

PARTICIPAÇÃO DOS RESIDENTES EM CONGRESSOS, SEMINÁRIOS ETC.
(1985-1987)

Instituição	Nº de residentes (total p/inst.)	Residentes participantes/Modalidade de participação			
		Apr. de trab. 7 (%)	Nº trab.	Painel/Mesa f (%)	Assist* f (%)
ENSP/FIOCRUZ	14	4 (28,6)	4	0	13 (92,8)
HI/INAMPS	40	4 (10,0)	4	1 (2,5)	29 (72,5)
PROF. PITANGUY	33	11 (33,3)	18	0	29 (87,9)
HMMC	82	6 (7,3)	7	1 (1,2)	68 (82,9)
HU/UFRJ	84	19 (22,6)	26	3 (3,6)	48 (57,1)
Total	253	44 (17,4)	59	5 (2,0)	187 (73,9)

*Inclui "apresentação de trabalhos" e participação em painéis/mesas.

Em relação a modalidade de apresentação, as instituições que mais apresentaram trabalhos são o Serv.C.P.I.Pitanguy, com 18 trabalhos e o HU/UFRJ com 26. Este resultado apresenta-se semelhante àqueles apresentados nos Quadros 19 e 21, em que pelos motivos já expressos, os residentes destas instituições, por influência do meio ambiente, são levados a desempenhar esse tipo de atividade.

Em relação a modalidade "participação em painel/mesa", os residentes do HU/UFRJ indicaram 3 (3,6%) participações; os do HI, 1 (2,5%) e os do HMMC também 1 (1,2%).

É importante notar que a ligeira elevação do número de trabalhos apresentados em congressos - 59 - face ao número de trabalhos publicados (ver Quadro 21), pode ser indicativo que os congressos, seminários, etc. são a forma escolhida pelos residentes para divulgar os seus trabalhos.

Os dados apresentados no Quadro 24 visam possibilitar a análise dos instrumentos que deveriam ser fornecidos pelos PRM, com vistas ao desempenho dos residentes face a busca, uso da informação e a própria disseminação dessa informação sob a forma de trabalhos, monografias, etc. Como instrumentos principais foram apresentados o uso de fontes bibliográficas, com 149 indicações, correspondendo a 58,9% do número total de residentes. Segue-se o uso de bibliotecas com 121 (47,8%) indicações. Estas indicações, se olhadas em conjunto, são coerentes pois as fontes bibliográficas geralmente fazem parte do acervo de uma biblioteca e a habilidade no uso de uma, pressupõe aquisição de habilidade no uso de outra. Além disso, essa tendência está de acordo com as recomendações da CNRM em relação a existência de bibliotecas atualizadas nas instituições que abrigam a RM e a revisão bibliográfica como uma das atividades obrigatórias para os residentes. O que chama atenção, em que pese a menção desses instrumentos nos PRM por parte dos residentes, é que os programas fornecidos pelas instituições estudadas, não fazem menção à inclusão dos mesmos, exceção feita ao Serv. C.P.I. Pitanguy, que menciona carga horária dedicada a "Pesquisa e Documentação Científica".

QUADRO 24

INSTRUMENTOS FORNECIDOS PELOS PRM PARA BUSCA, USO E DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO*

Instrumentos	f	(%)
Uso de bibliotecas	121	(47,8)
Uso de f.bibliográficas	149	(58,9)
Elab. proj. pesquisa	79	(31,2)
Elab. resumos	81	(32,0)
Elab. monografias	72	(28,4)
Elab. artigos	73	(28,8)
Outros	24	(9,5)

*Podia ser indicado mais de um instrumento; percentual calculado sobre 253.

Resta saber também se as bibliotecas mantidas pelos diferentes PRM são de fato atualizadas, dispoⁿdo de acervo, pessoal e outros recursos necessários ao desempenho de um verdadeiro serviço de informação.

Os quadros que se seguem refletem o comportamento dos residentes frente a informação. A partir daqui, a análise dos dados verticaliza-se e é voltada mais diretamente para os objetivos específicos propostos. Os dados contidos nos Quadros de 25 a 30 têm com objetivo identificar meios de busca e uso da informação, através da análise das fontes utilizadas e disponibilidade para leitura.

Com relação às fontes usadas para busca da informação, o Quadro 25 reflete a opção dos residentes pelas fontes básicas, a saber, livros-texto e bibliografias. Os livros-texto foram considerados a fonte mais importante por 125 residentes, correspondendo a 49,4% do total dos residentes. As bibliografias - obras básicas que arrolam referências de livros, artigos de periódicos, etc. - vêm a seguir com 113 (44,7%) indicações. Como fontes não importantes foram apontados os serviços de alerta com 176 (69,6%) indicações, e as bases de dados com 165 (65,2%). Chama a atenção a pouca importância dada aos monitores (preceptores) como fonte de informação; 92 (36,4%) residentes consideraram essa fonte não importante. Apenas 28 residentes, correspondendo a 11,1%, apontaram essa fonte como mais importante. No que se refere aos chefes de clínica, ficaram muito próximos os números extremos das indicações feitas pelos residentes; 46 (18,2%) apontaram os chefes de clínica como não importantes e, 51 (20,1%) os apontaram como fonte mais importante.

FONTEES UTILIZADAS PELOS RESIDENTES NA BUSCA DE INFORMAÇÃO

Avaliação	0 (ñ imp.)		1 (-imp.)		2		3		4		5		6 (+imp.)		Total			
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)		
Bibl. (obras básicas)	26	(10,3)	14	(5,5)	13	(5,1)	16	(6,3)	36	(14,2)	31	(14,2)	113	(44,7)	4	(1,6)	253	(99,9)
Bibl. (ref. após artigos)	29	(11,5)	10	(3,9)	16	(6,3)	23	(9,1)	39	(15,4)	36	(14,2)	96	(37,9)	4	(1,6)	253	(99,9)
Bibl. (das disciplinas)	44	(17,4)	10	(3,9)	20	(7,9)	26	(10,3)	39	(15,4)	41	(16,2)	69	(27,3)	4	(1,6)	253	(100)
Resumos	50	(19,8)	40	(15,8)	48	(19,0)	24	(9,5)	42	(16,6)	27	(10,7)	18	(7,1)	4	(1,6)	253	(100,1)
Monitores	92	(36,4)	26	(10,3)	20	(7,9)	27	(10,7)	34	(13,4)	22	(8,7)	28	(11,1)	4	(1,6)	253	(100,1)
Sum. correntes	97	(38,3)	42	(16,6)	16	(6,3)	43	(17,0)	23	(9,1)	18	(7,1)	10	(3,9)	4	(1,6)	253	(99,9)
Livreiros	113	(44,7)	47	(18,6)	31	(12,2)	27	(10,7)	15	(5,9)	7	(2,8)	8	(3,2)	5	(2,0)	253	(100,1)
Serv. alerta	176	(69,6)	41	(16,2)	13	(5,1)	7	(2,8)	4	(1,6)	2	(0,8)	5	(2,0)	5	(2,0)	253	(100,1)
Livros-texto, manuais	15	(5,9)	5	(2,0)	6	(2,4)	23	(9,1)	28	(11,1)	47	(18,6)	125	(45,4)	4	(1,6)	253	(100,1)
Cont. c/colegas	23	(9,1)	13	(5,1)	34	(13,4)	47	(18,6)	54	(21,3)	47	(18,6)	31	(12,2)	4	(1,6)	253	(99,9)
Periódicos	36	(14,2)	17	(6,7)	13	(5,1)	23	(9,1)	42	(16,6)	51	(20,1)	67	(26,5)	4	(1,6)	253	(99,9)
Bibliotecas	31	(12,2)	10	(3,9)	19	(7,5)	24	(9,5)	31	(12,2)	46	(18,2)	88	(34,8)	4	(1,6)	253	(99,9)
Chefes de clínica	46	(18,2)	26	(10,3)	19	(7,5)	33	(13,0)	34	(13,4)	40	(15,8)	51	(20,1)	4	(1,6)	253	(99,9)
Bases de dados	165	(65,2)	28	(11,1)	11	(4,3)	15	(5,9)	12	(4,7)	11	(4,3)	7	(2,8)	4	(1,6)	253	(99,9)
Outros	237	(93,7)	3	(1,2)	0		1	(0,4)	0		3	(1,2)	5	(2,0)	4	(1,6)	253	(100,1)

Explorando um pouco mais os dados que refletem a postura dos residentes frente aos canais informais, pode-se, a título de exemplo, observar o que ocorre quando as colunas do quadro são olhadas em conjunto: a categoria "monitores", somados os percentuais correspondentes aos graus de 0 a 2, avaliação tendendo para o negativo, perfaz 54,6% em oposição a 33,2%, graus 4 a 6 somados, avaliação tendendo para o positivo; usado o mesmo procedimento de agregação, percebe-se que na categoria "colegas", somados os graus de 0 a 2, o total é de 27,5% em oposição a soma dos graus de 4 a 6, que é de 52,1%. Na categoria "chefes de clínica" observa-se que a soma dos graus negativos (0 e 2) é de 36%, e a soma dos graus positivos (4 a 6) é de 49,3%. Tem-se portanto, que na apreciação dos canais informais os residentes estabelecem uma diferença entre monitores (preceptores) e as demais categorias (colegas e chefes de clínica). Este resultado está em consonância com aqueles dos Quadros 15 e 17 em que os residentes não só expressam a dificuldade face à avaliação e a seus avaliadores, mas também reivindicaram uma modificação com vistas a melhoria da preceptoria.

O fato dos livros-texto e das bibliografias terem sido apontados como as fontes mais importantes pelos residentes, leva a pensar que os residentes buscam a informação principalmente através de canais formais⁵, embora se esperasse a atribuição de maior grau de importância aos periódicos. Estes, no entanto, foram considerados mais importantes por apenas 67 (26,5%) residentes. A opção pelos livros-texto pode ser atribuída a que "o livro trata os assuntos de forma mais abrangente, além de apresentar o seu conteúdo de forma mais didática.

Ele contém o chamado conhecimento consolidado, ou seja, aquele conhecimento que já passou por várias avaliações e que é aceito pela comunidade científica"⁶. A opção dos residentes por canais formais mais "gerais" (livros-texto, bibliografias) em detrimento dos canais informais (chefes de clínica, preceptores e colegas), é atípica uma vez que por ser a RM uma especialização, esperava-se que a indicação de mais importante recaísse sobre os últimos, e sobre os periódicos em termos dos primeiros. O livro, por exemplo, seria apenas um dos instrumentos, funcionando como apoio. No entanto, as indicações feitas pelos residentes podem ser atribuídas, entre outros, ao fato de que embora a RM constitua-se em uma modalidade de pós-graduação, sua caracterização como treinamento-em-serviço, a diferencia das outras formas de pós-graduação conhecidas. É importante também ter presente uma questão levantada no quadro conceitual deste estudo sobre as dificuldades encontradas no ensino médico a nível de graduação, entre eles o estabelecimento do perfil do médico a ser formado, o que leva a pensar que a pós-graduação na realidade, funcionaria como uma tentativa de resgatar os erros/falhas da graduação. E, ainda, às observações feitas anteriormente à respeito do processo avaliativo na RM.

Com relação aos sumários correntes, bases de dados e serviços de alerta, o alto índice de rejeição por parte dos residentes pode ser atribuído a um desconhecimento por parte destes em relação a essas fontes de informação, ou a não exposição dos residentes as mesmas.

No Quadro 26 estão indicados os critérios que os residentes utilizam para escolher as fontes de informação. Dos

critérios utilizados foi considerado como mais importante aquele contido na categoria "oferecerem respostas mais relevantes às suas necessidades", com a indicação de 194 (76,7%) residentes. Como segundo critério mais importante foi apontado "serem recomendados por pessoa de sua confiança", com 123 (48,6%) indicações. A categoria "serem escritas em idioma do seu conhecimento" recebeu 113 (44,7%) indicações.

Os dados apresentados refletem a preocupação dos residentes na obtenção de uma informação relevante, o que de certa forma reforça o resultado apresentado no quadro anterior, em que os livros-texto foram apontados como mais importantes na busca de informação. O fato da segunda maior indicação ter recaído sobre a categoria "serem recomendadas por pessoa de sua confiança" pode significar que os residentes se utilizam dos canais informais (pessoas) também para uma indicação dos canais formais (livros-texto, bibliografias, etc.). Esse resultado de certa maneira complementa o resultado apresentado no quadro anterior, em que de maneira geral, os preceptores, chefes de clínica etc., não foram considerados mais importantes na busca de informação; talvez os residentes utilizem sim, até em alto grau, os canais informais, não dando, no entanto, prioridades a seus preceptores. Utilizariam mais assim, outras pessoas como fonte direta e indireta de acesso a informação. Permanece no entanto a preocupação dos residentes em obter informação relevante, pois supõe-se que a recomendação "de pessoa de sua confiança", seja obviamente uma informação confiável (relevante).

O fato da categoria "serem escritas em idioma de seu conhecimento" ter sido considerada muito importante, também,

QUADRO 26

CRITÉRIOS UTILIZADOS PELOS RESIDENTES PARA ESCOLHA DAS FONTES DE INFORMAÇÃO

Avaliação Critérios	0 (f. imp.)		1 (-imp.)		2		3		4 (+imp.)		inv.		Total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Local próximo	45	(17,8)	35	(13,8)	31	(12,2)	61	(24,1)	77	(30,4)	4	(1,6)	253	(99,9)
Idioma conh.	26	(10,3)	18	(7,1)	42	(16,6)	49	(19,4)	113	(44,7)	5	(2,0)	253	(100,1)
Relevância resp.	4	(1,6)	3	(1,2)	9	(3,6)	36	(14,2)	194	(76,7)	7	(2,8)	253	(100,1)
Autor conh.	23	(9,1)	26	(10,3)	48	(19,0)	64	(25,3)	84	(33,2)	8	(3,2)	253	(100,1)
Editor cred.	35	(13,8)	26	(10,3)	42	(16,6)	45	(17,7)	99	(39,1)	6	(2,4)	253	(99,9)
Indicação pessoa	8	(3,2)	16	(6,3)	30	(11,9)	68	(26,9)	123	(48,6)	8	(3,2)	253	(100,1)
Outros	242	(95,6)	3	(1,2)	0		1	(0,4)	5	(2,0)	2	(0,8)	253	(100)

reforça a influência da barreira linguística na comunicação da informação e a consideração de que "o aumento do número de línguas em que os trabalhos em ciência e tecnologia são escritos e publicados é uma característica do século vinte"⁷, tendo implicações como, por exemplo, dificultar a "rápida e completa troca de informação científica entre cientistas e especialistas de vários países, e desse modo baixando o grau de desenvolvimento da ciência e tecnologia"⁸. É motivo de surpresa o fato da categoria "estarem localizadas próximas de você" ter recebido a maior indicação de não importante por parte de 45 (17,8%) residentes. Ainda que o quadro reflita um aumento nas atribuições de valores, apenas 77 (30,3%) residentes atribuíram a essa categoria o maior valor. Esse resultado contraria a tendência identificada pela literatura, em que a acessibilidade é considerada fator determinante no uso de informação.

Para a obtenção de informação via canal informal (contato com colegas) a maioria dos residentes - 169 (66,8%) - optou pela categoria "ir ao serviço onde trabalha" (ver Quadro 27). Se observadas isoladamente, percebe-se que essa tendência foi uma constante em todas as instituições. Esse resulta

QUADRO 27

OBTENÇÃO DA INFORMAÇÃO POR PARTE DOS RESIDENTES VIA CONTATO
COM COLEGAS

Tipo de contato	f	(%)
Telefonar	15	(5,9)
Ir ao serv. (clín. depto)	169	(66,8)
Discutir em enc., sem.	43	(17,0)
Outros	11	(4,3)
Inv.	15	(5,9)
Total	253	(99,9)

do pode ser atribuído ao fato da Residência ser feita em regime de dedicação exclusiva e os residentes passarem muito tempo juntos, facilitando a troca de idéias nos próprios locais de trabalho.

Com relação as horas dedicadas à leitura (ver Quadro 28), a maior incidência de indicações recaiu sobre a categoria "04/06h semanais", com 85 (33,6%) residentes. A segunda maior indicação foi feita sobre a categoria "+ de 10h semanais", com 74 (29,2%) residentes. Esse resultado leva a pensar que os residentes lêem em média apenas 1 h/dia, podendo ser consequência de carga horária de atividades práticas - 80% do total - que supera em muito a carga horária para atividades teóricas, o que deixaria pouco tempo disponível para leitura.

QUADRO 28

HORAS DEDICADAS PELOS RESIDENTES À LEITURA

Horas	f	(%)
01/03h/sem.	21	(8,3)
04/06h/sem.	85	(33,6)
07/10h/sem.	73	(28,8)
+10h sem.	74	(29,2)
Total	253	(99,9)

Quanto ao local preferido para leitura (ver Quadro 29), houve uma expressiva concentração na categoria "na sua casa", com a indicação de 211 (83,4%) residentes pelo código de maior valor. As maiores incidências negativas recaíram sobre "biblioteca de sua instituição" com 242 (95,6%) indicações e "em outra biblioteca" com 160 (63,2%) indicações. O fato de

que sobre a categoria "na sua casa" tenha recaído o maior número de indicações pode significar que devido a inúmeras atividades, não sobre tempo aos residentes para lerem nos seus locais de trabalho. Mas pode significar também que as bibliotecas, sejam aquelas das instituições estudadas, sejam outras acessíveis aos residentes, não dispõem de ambiente propício para leitura.

QUADRO 29

LOCAL PREPERIDO PELOS RESIDENTES PARA LEITURA

Local	0 (ñ.imp.)		1 (-imp.)		2		3		4 (+imp.)		inv.		total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Bt.da inst.	242	(95,6)	3	(1,2)	0		1	(0,4)	5	(2,0)	2	(0,8)	253	(100)
No serv.(clín.)	47	(18,6)	50	(19,8)	57	(22,5)	62	(24,5)	18	(7,1)	19	(7,5)	253	(100)
Na sua casa	2	(0,8)	7	(2,8)	5	(2,0)	10	(3,9)	211	(83,4)	18	(7,1)	253	(100)
Em outra bt.	160	(63,2)	35	(13,8)	19	(7,5)	6	(2,4)	13	(5,1)	20	(7,9)	253	(100)
Outros	224	(88,5)	3	(1,2)	2	(0,8)	1	(0,4)	3	(1,2)	20	(7,9)	253	(100)

Quando se trata de atualizar conhecimentos (ver Quadro 30) os residentes privilegiam os canais informais a saber, os preceptores e os chefes de clínica. Os resultados expressos no quadro analisado mostram que os preceptores receberam 98 (38,7%) das indicações consideradas mais importantes. Como segunda alternativa, 85 (33,6%) residentes optaram pelos chefes de clínica. No outro extremo do quadro a maior incidência de respostas negativas coube a categoria "serviços de alerta" com 181 (71,5%) indicações. Se comparado o quadro em análise com o Quadro 25, percebe-se que o padrão utilizado pelos residentes para busca de informação é principalmente através dos canais formais (livros-texto e bibliografias) e para atualização da informação são mais utilizados os canais informais

QUADRO 30

FONTES UTILIZADAS PELOS RESIDENTES PARA ATUALIZAR CONHECIMENTOS

Avaliação Fontes	0 (ñ imp.)		1 (-imp.)		2		3		4		5		6 (+imp.)		inv.		Total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Sum.correntes	66	(26,1)	25	(9,9)	18	(7,1)	32	(12,6)	42	(16,6)	33	(13,0)	37	(14,6)	0		253	(99,9)
Chefes de clínica	45	(17,8)	16	(6,3)	14	(5,5)	21	(9,5)	29	(11,5)	39	(15,4)	85	(33,6)	1	(0,4)	253	(100)
Preceptores	26	(10,3)	8	(3,2)	10	(3,9)	30	(11,8)	34	(13,4)	47	(18,6)	98	(38,7)	0		253	(99,9)
Colegas	15	(5,9)	7	(2,8)	19	(7,5)	52	(20,5)	57	(22,5)	61	(24,1)	42	(16,6)	0		253	(99,9)
Cat. bts.	61	(24,1)	24	(9,5)	16	(6,3)	22	(8,7)	46	(18,2)	26	(10,3)	58	(22,9)	0		253	(100)
Estantes bts.	61	(24,1)	24	(9,5)	25	(9,9)	26	(10,3)	43	(17,0)	30	(11,8)	44	(17,4)	0		253	(100)
Livrarias	80	(31,6)	35	(13,8)	36	(14,2)	35	(13,8)	18	(7,1)	23	(9,1)	26	(10,3)	0		253	(99,9)
Livreiros	91	(36,0)	46	(18,2)	36	(14,2)	22	(8,7)	21	(8,3)	22	(8,7)	15	(5,9)	0		253	(100)
Resumos	77	(30,4)	46	(18,2)	31	(12,2)	33	(13,0)	30	(11,8)	24	(9,5)	12	(4,7)	0		253	(99,8)
Serv. alerta	181	(71,5)	39	(15,4)	13	(5,1)	8	(3,2)	7	(2,8)	1	(0,4)	4	(1,6)	0		253	(100)
Outros	244	(96,4)	1	(0,4)	0		0		1	(0,4)	0		6	(2,4)	1	(0,4)	253	(100)

(chefes de serviço e preceptores). Esse resultado também está em concordância com aquele exposto no Quadro 26, em que os residentes se utilizam dos canais informais (pessoas) para selecionar fontes de informação. Esse resultado parece configurar o fato de que para os residentes, os canais informais são fontes confiáveis de remissão aos canais formais. Não há no momento, porém, uma explicação do por quê de nestes casos os preceptores terem recebido uma avaliação mais positiva.

Os dados contidos nos Quadros 31 a 36 refletem os resultados obtidos via técnica do incidente crítico, através da qual procurou-se obter exemplos mais detalhados referentes a episódios envolvendo a busca e uso da informação por parte dos residentes.

O maior número de indicações dos residentes em relação a data da última vez que necessitaram de informação (ver Quadro 31) recaiu sobre a categoria "esta semana", com 84 (33,2%) residentes. A segunda categoria com maior número de indicações foi "hoje", com 70 (27,7%) residentes. Esse resultado pode ser um reflexo da própria rotina dos residentes, que

QUADRO 31

INCIDENTE CRÍTICO: DATA DA BUSCA DA INFORMAÇÃO
PELOS RESIDENTES

Data	f	(%)
Hoje	70	(27,7)
Ontem	46	(18,2)
Esta sem.	84	(33,2)
Este mês	32	(12,6)
Há + 1 mês	21	(8,3)
Total	253	(100)

por força do treinamento-em-serviço, e pela diversidade dos casos que se apresentam, necessitam continuamente de informação. Parece transparecer aqui o caráter imediatista da necessidade de informação, ou seja, os casos que se apresentam precisam ser resolvidos aqui e agora, daí a urgência em termos de informação.

O Quadro 32 apresenta o motivo da busca da informação. O maior número de indicações recaiu sobre a categoria "outros", com 130 (51,4%) residentes. Verificados individualmente, os questionários mostraram que sobre os itens (não incluídos no questionário) "acompanhamento do paciente", "aprimoramento de conhecimentos", "preparação para cirurgia" e "melhoria da atuação prática na RM" recaíram, respectivamente, 47 (18,6%), 31 (12,2%), 14 (5,5%) e 13 (5,1%) indicações, perfazendo um total de 105 (41,5%) residentes, que somados aos demais 25 (9,9%) que indicaram a categoria "outros", (não houve aqui concentração em categorias como ocorreu acima) correspondem ao total de 130 (51,4%) apresentado no quadro. Obviamente, quando da construção do questionário, não foram previstas as categorias referentes a atividades práticas, lapso este, no entanto, con tornado pela existência da categoria "outros". Este resultado

QUADRO 32

INCIDENTE CRÍTICO: MOTIVO DA BUSCA DA INF. POR PARTE
DOS RESIDENTES

Motivo	f	(%)
Elab.art.	10	(3,9)
Pesq.	42	(16,6)
Prova	21	(8,3)
Sem.	30	(11,8)
Elab. mon.	12	(4,7)
Outros	130	(51,4)
Inv.	8	(3,2)
Total	253	(99,9)

leva, mesmo assim, a pensar no caráter utilitário da informação para os residentes. Excetuando o item "aprimoramento de conhecimentos", os demais refletem esse fato diretamente, o que leva a se tomar em consideração, a afirmação de que "a enfermagem continua a ser a área de maior importância no ensino (médico)"⁹.

Quando solicitados a informar sobre a primeira fonte consultada (ver Quadro 33), os residentes apontaram a categoria "pessoa" - 79 (31,2%) - como fonte mais consultada. A categoria "livro" foi a segunda fonte mais consultada, com 59 (23,3%) indicações. Esse resultado vai ao encontro dos resultados refletidos nos Quadros 25, 26 e 30 em que os residentes privilegiam o livro como fonte mais usada, e pode ser mais uma vez um indicador de que os residentes usam os canais informais para chegar aos canais formais. Além desse resultado levar a pensar que as duas fontes de informação citadas são as fontes de informação por excelência dos residentes, configura-se um padrão de comunicação da informação para os residentes.

QUADRO 33

INCIDENTE CRÍTICO: PRIMEIRA FONTE CONSULTADA PELOS RESIDENTES

1ª Fonte	f	(%)
Pessoa	79	(31,2)
Periódico/artigo	18	(7,1)
Biblioteca	20	(7,9)
Livro	59	(23,3)
Resumo	20	(7,9)
Tese	0	
Outros	15	(5,9)
Inv.	42	(16,6)
Total	253	(99,9)

Quando a primeira fonte consultada foi impressa (ver Quadro 34), 108 (62,1%) residentes apontaram a categoria "coleção particular" como a mais utilizada. A segunda categoria alvo de maior número de indicações foi "biblioteca de sua instituição", com 35 (20,1%) residentes. Este resultado pode significar que os residentes preferem utilizar seu próprio material, ou talvez as bibliotecas não estejam totalmente em condições de suprir essa necessidade. Aparece aqui a questão da infra-estrutura do sistema de informação que atende ou deveria atender aos residentes. Pergunta-se, por exemplo, como estariam compostas as suas coleções, e qual seria o grau de adequação às necessidades reais dos residentes. Poderia ser indagado também se a suposta inadequação dos sistemas de informação às necessidades de informação dos residentes, não atuaria como fator de desestímulo à leitura (ver Quadro 28), ou se a própria condição secundária a que são relegadas as atividades teóricas (ver comentário ao Quadro 21), não relegaria a um plano inferior as questões inerentes à informação que serviria de base ao desempenho daquelas atividades, ainda que os residentes tenham expressado sua necessidade de uso dos canais formais de informação.

QUADRO 34

INCIDENTE CRÍTICO: LOCALIZAÇÃO POR PARTE DOS
RESIDENTES DA FONTE IMPRESSA

Localização	f	(%)
Col. part.	108	(62,1)
Col. colega	9	(5,2)
Bt. inst.	35	(20,1)
Livraria	2	(1,1)
Livreiro	3	(1,7)
Outra bt.	12	(6,9)
Outros	5	(2,9)
Total	174	(100)

Pela indicação fornecida pelos residentes (Quadro 35), a primeira fonte consultada forneceu "parte da informação" para 127 (50,2%) residentes e toda a informação desejada para 85 (33,6%). Considerando que a fonte mais consultada foi "pessoa", o resultado vai ao encontro do resultado apresentado no Quadro 30, em que as categorias "preceptores" e "chefes de clínica" (=pessoa) foram indicadas como a mais importante para atualizar conhecimentos, pressupondo a busca e uso de outra fonte para complementá-los.

QUADRO 35

INCIDENTE CRÍTICO: INFORMAÇÃO OBTIDA PELOS RESIDENTES
NA PRIMEIRA PARTE

Informação	f	(%)
Toda inf.desejada	85	(33,6)
Parte inf.	127	(50,2)
Ref. p/outra fonte	17	(6,7)
Inf. irrel./inapr.	13	(5,1)
Nenhuma inf.	2	(0,8)
Inv.	9	(3,5)
Total	253	(99,9)

Quando houve consulta a uma segunda fonte (Quadro 36), a categoria "livro" recebeu o maior número de indicações, com 45 (42,0%) residentes. Como segunda maior indicação aparece a categoria "biblioteca", com 19 (17,7%) indicações. Esse resultado reforça a suposição de que para os residentes, um canal informal (ver Quadro 33), remete a um canal formal. Se observados quadros anteriores (25, 26, 30 e 33), o resultado refletido nesse quadro torna-se mais consistente.

QUADRO 36INCIDENTE CRÍTICO: SEGUNDA FONTE CONSULTADA
PELOS RESIDENTES*

Fonte	f	(%)
Pessoa	10	(9,3)
Per./art.	18	(16,8)
Biblioteca	19	(17,7)
Livro	45	(42,0)
Resumo	0	
Tese	1	(0,9)
Outros	14	(13,1)
Total	107	(99,8)

(*) O quadro foi construído apenas sobre o número de residentes que precisaram de mais de uma consulta. Percentual estabelecido sobre o total apresentado no quadro.

O próximo bloco, compreendido pelos Quadros 37 a 40, expõe o comportamento dos residentes perante a biblioteca.

O Quadro 37 apresenta a frequência no uso de bibliotecas. A categoria "semanal" aparece como aquela que maior número de indicações recebeu: 66 residentes, correspondendo a 26,1% do número total de residentes. A categoria "não frequenta" foi alvo de 60 (23,7%) indicações. Pode ser motivo de preocupação que a incidência de respostas à categoria "não frequenta" foi alvo de 60 (23,7%) indicações. Pode ser motivo de preocupação que a incidência de respostas à categoria "não frequenta" foi alvo de 60 (23,7%) indicações.

QUADRO 37FREQUÊNCIA NO USO DA BIBLIOTECA POR PARTE
DOS RESIDENTES

Frequência	f	(%)
Diária	17	(6,7)
Semanal	66	(26,1)
Quinzenal	32	(12,6)
Mensal	49	(19,4)
Não frequenta	60	(23,7)
Outros	28	(11,1)
Inv.	1	(0,4)
Total	253	(100)

quenta", tenha obtido um percentual muito próximo daquele obtido pela categoria "semanal". Até porque a biblioteca foi considerada por 88 (34,8%) residentes como mais importante fonte na busca da informação (ver Quadro 25), e o catálogo da biblioteca (a biblioteca), foi a opção de 58 (22,9%) residentes como fonte mais importante na atualização. Além disso, a biblioteca é considerada "elemento de apoio, tendo um papel como instrumento de desenvolvimento das próprias ciências da saúde" ¹⁰, e também deve-se considerar que "o acesso à literatura é vital para a comunidade científica, tanto em termos de entrada como de saída. Bibliotecas equipadas dispoⁿdo de recursos técnicos e tecnológicos devem ser encaradas como altamente prioritárias" ¹¹.

O Quadro 38 reflete a atitude dos residentes ao entrarem em uma biblioteca. Houve uma coincidência em relação à atitude mais frequente, tanto a categoria "pedir ajuda à bibliotecária", como a categoria "ir direto às estantes", obtiveram 71 (28,1%) indicações. Se observado o outro extremo do quadro, observa-se que a categoria "ir direto às estantes", obteve também o maior número de avaliações como não importante, com 46 (18,2%) indicações. Esse resultado não é de todo surpreendente, devido a significativa incidência de não uso de bibliotecas entre os residentes (ver Quadro 37).

O que mais induz os residentes a irem à biblioteca (ver Quadro 39) é a obtenção de "informação sobre um caso que esteja sob observação"; esta categoria obteve 111 (43,9%) indicações. A segunda com o maior número de indicações foi "solicitar cópias de artigos", com 97 (38,3%) residentes. Como

ATTITUDE MAIS FREQUENTE DOS RESIDENTES AO ENTRAREM EM UMA BIBLIOTECA

Avaliação	0 (ñ. imp.)		1 (-imp.)		2		3		4 (+imp.)		inv.		Tbtal	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Atitude														
Cons. cat.	39	(15,4)	24	(9,5)	50	(19,8)	53	(20,9)	51	(20,1)	36	(14,2)	253	(99,9)
Cons. bibli., ind., res.	33	(13,0)	19	(7,5)	44	(17,4)	61	(24,1)	62	(24,5)	34	(13,4)	253	(99,9)
Pedir ajuda à bibl.	30	(11,8)	35	(13,8)	33	(13,0)	48	(19,0)	71	(28,1)	36	(14,2)	253	(99,9)
Ir direto às estantes	46	(18,2)	40	(15,8)	23	(9,1)	38	(15,0)	71	(28,1)	35	(13,8)	253	(100)
Outros	208	(82,2)	0		1	(0,4)	1	(0,4)	8	(3,2)	35	(13,8)	253	(100)

OBJETIVOS MAIS FREQUENTES PARA OS RESIDENTES IREM À BIBLIOTECA

Objetivo	0 (ñ. imp.)		1 (-imp.)		2		3		4 (+imp.)		inv.		Total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Emp. de mat.	73	(28,8)	41	(16,2)	29	(11,5)	34	(13,4)	55	(21,7)	21	(8,3)	253	(99,9)
Exame mat.	39	(15,4)	19	(7,5)	43	(17,0)	58	(22,9)	75	(29,6)	19	(7,5)	253	(99,9)
Folhear mat.	52	(20,5)	39	(15,4)	41	(16,2)	50	(19,8)	50	(19,8)	21	(8,3)	253	(100)
Inf. de rotina	41	(16,2)	20	(7,9)	34	(13,4)	64	(25,3)	73	(28,8)	21	(8,3)	253	(99,9)
Inf. caso obs.	31	(12,2)	8	(3,2)	25	(9,9)	57	(22,5)	111	(43,9)	21	(8,3)	253	(100)
Inf. trab. escritc	35	(13,8)	24	(9,5)	30	(11,8)	54	(21,3)	90	(35,6)	20	(7,9)	253	(99,9)
Cópia de artigos	32	(12,6)	15	(5,9)	32	(12,6)	56	(22,1)	97	(38,3)	21	(8,3)	253	(99,8)
Outros	230	(90,9)	0		0		1	(0,4)	3	(1,2)	19	(7,5)	253	(100)

"não importante" o maior número de indicações recaiu sobre a categoria "tomar emprestado material da biblioteca", com 73 (28,8%) residentes. O resultado refletido nesse quadro é bem significativo, e vai ao encontro do resultado apresentado no Quadro 32 em que o ítem "acompanhamento do paciente" foi o mais citado dentro da categoria "outras". Repete-se aqui, o motivo da busca da informação, pois "informação sobre um caso que esteja em observação" é similar a "acompanhamento do paciente". Os outros dois resultados apresentados "solicitar cópias de artigos (positivo) e "tomar emprestado material da biblioteca" (negativo) levam a pensar que os residentes não vão à biblioteca com o objetivo de utilizar de forma efetiva o seu acervo. Esta última observação leva a indagar se o caso não seria outro, ou seja, se não estaria em relação ao acervo, ou às próprias bibliotecas de forma genérica (coleções incompletas, instalações deficientes, falta de pessoal qualificado), a questão já refletida em quadros anteriores (28, 34 e 37) de subutilização do(s) sistema(s) de informação disponível(s) para os residentes. Seria o caso até de se perguntar se alguns residentes de fato têm à sua disposição uma biblioteca razoavelmente organizada e que disponha de um acervo que atenda as necessidades mínimas desses usuários. O que causa estranheza é o fato da própria CNRM colocar entre suas exigências, a de que as instituições que possuem PRM em curso, mantenham bibliotecas com acervos atualizados e incluir dentre as atividades a serem desenvolvidas pelos residentes, algumas que envolvam consultas e uso de material bibliográfico.

Na apreciação da biblioteca da instituição em que fazem a Residência (Quadro 40), a maior incidência de valor "ótimo" recaiu na categoria "localização física", com 83 (32,8%) indicações.

Na categoria "horário de funcionamento" a maior incidência recaiu sobre o valor "ruim", com 77 (30,4%) residentes. Na apreciação da biblioteca como "local de estudos" a maior concentração de respostas verificou-se no código ruim, com 68 (26,9%) residentes. Na categoria "arranjo das coleções quanto a facilidade de acesso", a maior incidência foi sobre o valor "bom", com 89 (35,2%) residentes. Quanto a categoria "arranjo dos catálogos (fichários) quanto a facilidade de manuseio", a maior incidência de respostas recaiu sobre o valor "bom", com 89 (35,2%) residentes. Na apreciação da categoria "atendimento ao usuário" o maior número de indicações recaiu sobre o valor "bom", com 72 (28,4%) residentes. Na categoria "coleções quanto a sua necessidade de informação", recaiu sobre o valor "ruim" o maior número de indicações com 86 (34%) residentes. O resultado apresentado nesse Quadro, parece concordar com alguns resultados apresentados em quadros anteriores. O fato das categorias "horário de funcionamento" e "local de estudos" terem sido alvo do maior número de indicações negativas, pode significar o primeiro caso, que essa é uma das causas da baixa frequência dos residentes às bibliotecas (ver Quadro 37); no segundo caso, no Quadro 29, em que a categoria "biblioteca de sua instituição", recebeu o maior número de indicações negativas, como local preferido para leitura.

O fato da categoria "coleções quanto a sua necessidade de informações" ter sido classificada como "ruim" pela maioria dos residentes complementa o resultado apresentado no Quadro 34, em que os residentes apontaram a categoria "coleção particular" como aquela mais utilizada para chegar à fonte im

AValiação PELOS RESIDENTES DA BIBLIOTECA DA INSTITUIÇÃO
EM QUE FAZEM RESIDÊNCIA

Avaliação Aspecto	Fim		Reg.		Bom		Ótimo		Inv.		Total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Local. fís.	33	(13,0)	36	(14,2)	80	(31,6)	83	(32,8)	21	(8,3)	253	(99,9)
Hor. func.	77	(30,4)	49	(19,4)	64	(25,3)	41	(16,2)	22	(8,7)	253	(100)
Local estudos	68	(26,9)	58	(22,9)	62	(24,5)	44	(17,4)	21	(8,3)	253	(100)
Arranjo col./acesso	48	(19,0)	50	(19,8)	89	(35,2)	45	(17,8)	21	(8,3)	253	(100,1)
Arranjo cat./manuseio	50	(19,8)	51	(20,1)	89	(35,2)	41	(16,2)	22	(8,7)	253	(100)
Atendimento usuário	50	(19,8)	54	(21,3)	72	(28,4)	52	(20,5)	25	(9,9)	253	(99,9)
Coleção/necess. inf.	86	(34,0)	59	(23,3)	52	(20,5)	33	(13,0)	23	(9,1)	253	(99,9)

pressa; isso pode significar que as coleções das bibliotecas não estejam em condições de suprir as necessidades de informação dos residentes. Ainda que não explicitada, volta a transparecer aqui, a questão do possível estado das coleções das bibliotecas que devem ou deveriam atender aos residentes. Os resultados apresentados nos Quadros 37 e 39 também deixam implícita essa questão. Os comentários aos resultados do Quadro 39, dão a dimensão do problema e cabe mais uma vez questionar, o porquê de até o momento, não ter se pensado, quer a nível da própria CNRM, quer a nível das instituições que se credenciam para desenvolver PRM, em criar instrumentos que possam vir a viabilizar a questão da busca, uso e disseminação da informação para os residentes, a fim de que se cumpram de forma efetiva os objetivos ditados para pleno cumprimento dos PRMs.

Esses resultados obtiveram sua confirmação, quando os residentes se manifestaram, através de sugestões, sobre qual seria a forma mais desejável para disponibilidade da informação. Dos 155 (61,3%) residentes que fizeram sugestões, grande parte estabeleceu um consenso em torno das mudanças por que devem passar as bibliotecas que atendem aos residentes. As sugestões abrangeram desde os aspectos físicos como: "aumento do espaço físico para leitura", "melhoria nas instalações", "boas condições de instalações", até os aspectos organizacionais como: "biblioteca adequadamente organizada", "arranjo mais simples da coleção", "melhor facilidade no empréstimo", "acesso mais fácil ao material bibliográfico", "melhor integração biblioteca/usuário", melhor intercâmbio com outras bibliotecas", e "pessoal credenciado". Houve uma incidência maior em "ampliação do horário de funcionamento" (30 sugestões = 19,3%) das

respostas obtidas. A justificativa dessa solicitação se dá a través do fato de que o horário de funcionamento das bibliotecas coincide com o horário mais sobrecarregado de atividades para os residentes.

Houve uma concentração nas menções referentes a "coleção" com 63 (40,6%) respostas deixando evidente a necessidade de sua expansão e principalmente ATUALIZAÇÃO: isto deixa claro um aspecto já sugerido através dos dados apresentados em quadros anteriores e agora confirmado, a respeito do não atendimento pelas coleções existentes, das necessidades de informação dos residentes.

Com reflexo de uma tendência atual, que vê o computador como solução aos problemas da informação, houve 30 (19,3%) sugestões, sobre "uso do computador". Interessante notar que os únicos residentes que não mencionaram esta sugestão foram os da ENSP/FIOCRUZ.

Apenas 2 residentes da ENSP/FIOCRZ e 1 do HU/UFRJ, sugeriram o treinamento de usuário para uso de bibliotecas.

A estratégia usada na construção do questionário - o encadeamento das perguntas, de maneira que uma servisse para verificar as outras - possibilitou que se tivesse ao final da análise e interpretação dos dados contidos nos quadros apresentados, resultados que permitem agora a elaboração das conclusões ao estudo, o que será feito no capítulo que se segue.

CITAÇÕES

1. HERNÁNDEZ CAÑADAS, P.L. Os periódicos "Ciência Hoje" e "Ciência e Cultura" e a divulgação da ciência no Brasil. Rio de Janeiro, 1987. Dissertação de Mestrado, CNPq (IBICT)/UFRJ(ECO), p.104.
2. LEMLE, A. Infra-estrutura em pesquisa científica. Ciência e Cultura, 39(12): 1156, dez,87.
3. JAGO, M.A. Ciência Básica em medicina. Ciência e Cultura, 39(12): 1153, dez. 87
4. LEMLE, A. - op. cit. p.1158.
5. CHRISTOVÃO, H.T. Da comunicação informação à comunicação formal: identificação da frente de pesquisa através de filtros de qualidade. Ci.Inf., 8(11): 5, 1979.
6. HERNÁNDEZ CAÑADAS, P.L. op. cit., p.76.
7. MIKHALOV, A.I.; CHERNYI, A.I.; GILIAREVSKII, R.S. Scientific communications and informatic. Arlington, Information Resources Press, 1984 p. 17.
8. _____ - op. cit., p. 18.
9. CNPq. Avaliação & perspectivas, 1982. Ciências da Saúde Brasília, 1983 p. 267.
10. FERREIRA, José Roberto. El papel de los elementos de apoyo en la educación médica. Educ. Med y Salud, 18 (4): 411, 1984.
11. BRAGA, G.M. Informação, ciência e política científica: o pensamento de Derek de Solla Price. Ci. Inf., 3 (2): 169, 1974.

9. CONCLUSÕES

O presente estudo objetivou analisar os PRM mantidos por 5 (cinco) instituições: o Hospital Municipal Miguel Couto, o Hospital de Ipanema (INAMPS), o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ), a Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ) e o Serviço de Cirurgia Plástica Ivo Pitanguy, pretendendo traçar um perfil dos residentes e da Residência segundo a ótica dos próprios residentes. Considerou-se possível identificar os meios pelos quais os residentes buscam a informação, identificar de que maneira as condições de infraestrutura ambiental (recursos humanos, econômicos e técnicos) afetam o comportamento, aproveitamento e satisfação dos residentes face a busca e obtenção da informação, e detectar padrões nas formas de comunicação utilizadas pelos residentes. O instrumento de coleta de dados foi um questionário aplicado aos residentes. A ferramenta utilizada para levar a cabo esta análise foi a Ciência da Informação, através de uma das suas áreas de estudo - a Comunicação Científica.

De posse dos resultados obtidos mediante análise dos dados contidos nos questionários, e levando em conta o quadro conceitual anteriormente traçado, passa-se agora às conclusões e recomendações, a partir de um breve resumo dos principais resultados.

No que se refere ao perfil do residente constatou-se que há uma ligeira predominância do sexo masculino, faixa etária compatível com os recém-egressos da graduação, uma vez que a Residência hoje, constitui-se praticamente em um pré-requi-

sito para entrada no mercado de trabalho. Neste conjunto de dados há um aspecto que vale destacar: a pouca migração observada. Como é sabido que a maioria dos PRM situa-se na região Sudeste, esperava-se encontrar aqui, mais estudantes oriundos de outras regiões do País. É caso de se questionar se a pouca quantidade de estudantes de outras regiões cursando os PRM deve-se a dificuldades de transferência para outro estado, ou a qualidade de ensino oferecida pelas escolas de graduação de outros estados, que não possibilita a esses estudantes a aprovação nas provas de seleção para ingresso na Residência. Quanto a isso, cabe lembrar que ficou refletida a dispersão dos residentes por várias universidades, o que pode ser atribuído à proliferação das escolas médicas na década de 70, responsável segundo alguns autores, pela queda de qualidade do ensino médico no País.

Quando solicitados a dar a sua visão da Residência, os residentes confirmaram conhecer a proposta básica da Residência, que é o treinamento-em-serviço, uma vez que apontaram como causa principal do ingresso nessa modalidade de curso de pós-graduação, a necessidade de aprofundar conhecimentos práticos. No entanto, percebe-se que as atividades teóricas na Residência, ainda que contempladas com carga horária inferior, têm sua importância para os residentes mesmo que manifestada de forma indireta. Ao avaliar os PRM, os residentes consideraram bons tanto o planejamento, como a execução das atividades teóricas. Contudo, quando solicitados a apontar mudanças na Residência, o maior número de referências recaiu sobre o aumento da carga horária das atividades teóricas. Essa manifestação contraditória por parte dos residentes, talvez possa

ser atribuída a falhas na graduação, em que a falta de objetivos bem definidos pela escola médica e a própria indefinição do produto final a ser formado, geram uma percepção da necessidade de maior carga horária para atividades teóricas, como suporte ao desenvolvimento das atividades práticas. Pode-se supor que os residentes tentem resgatar na pós-graduação, as falhas da graduação no que se refere a embasamento teórico.

Outro ponto que aparece como frágil é a questão da avaliação. Os residentes tiveram dificuldades em definir alguns instrumentos de avaliação (atividades teóricas), mas principalmente em apontar quem avalia. Este fato incide diretamente na questão da preceptoria. Ainda que nas resoluções da CNRM estejam explicitadas as formas de supervisão, com inclusão até da relação supervisor/residente, na prática há dificuldade na sua implementação. Na maioria das instituições a permanência no serviço por parte dos membros do corpo permanente não excede a 4h/dia, sendo reivindicada uma remuneração para os preceptores, uma vez que para alguns, a preceptoria dos residentes seria uma atividade extra. Além disso, sob a alegação de que algumas instituições não são consideradas "de ensino", existe uma certa resistência por parte de alguns membros do corpo permanente em prestar esse tipo de assistência aos residentes. Pode-se questionar então, a validade da manutenção dos PRM em instituições que não tenham de fato condições de avaliar os residentes, ou que o corpo permanente se posicione de forma contrária à própria Residência e consequentemente ao próprio desenvolvimento dos PRM. É de se notar também a possível diferença entre o desenvolvimento dos PRM em instituições universitárias, ou que tenham organização similar, em que existe a possibilidade dos professores com carga

horária de 40h ou dedicação exclusiva, permanecerem mais tempo junto aos residentes, orientando, supervisionando e fazendo a avaliação correspondente.

Observada a estrutura da Residência, percebeu-se que há poucos residentes envolvidos em pesquisa. Esse dado seria atípico em qualquer outra modalidade de pós-graduação. No entanto, o privilégio dado ao treinamento-em-serviço altera a condição da Residência como pós-graduação. A própria distribuição da carga horária, destinando 20% do tempo a atividades teóricas, dificulta o desenvolvimento de uma pesquisa. A exceção no caso é feita para os residentes da ENSP/FIOCRUZ, que durante o segundo ano da Residência têm de estar engajados em um projeto de pesquisa.

Possivelmente pelos mesmos motivos acima expostos, verificou-se que é baixa a produção científica dos residentes. Dos 253 residentes contactados, apenas 39 publicaram trabalhos. A exceção aqui fica por conta dos residentes do Serv. Cir.Plást. Ivo Pitanguy, que face a própria estrutura do currículo desenvolvido e por terem um veículo próprio de publicação de seus trabalhos, são os que mais publicam.

O foco no treinamento-em-serviço tem origem na própria origem da Residência Médica. Havia uma necessidade de se "treinar-em serviço" os cirurgiões, para que desenvolvessem habilidades motoras. Com a expansão da Residência, abrangendo outras especialidades, indaga-se se não seria o caso de se repensar a distribuição da carga horária, sem abandonar a ênfase nas atividades práticas, mas contemplando melhor as atividades teóricas, com o objetivo de prover os residentes de mai

or embasamento teórico, o que por certo melhoraria o desempenho das atividades práticas.

Investigados os meios pelos quais os residentes buscam a informação, percebeu-se que os residentes optaram por canais formais, ou seja, livros e bibliografias, como fontes mais importantes. Quando da aplicação da técnica do incidente crítico, os residentes apontaram o livro como a segunda fonte mais consultada, e "pessoa" como a primeira. Os residentes já haviam apontado os preceptores e os chefes de clínica como fontes mais importantes para atualizar conhecimentos. Assim, vê-se que provavelmente os residentes se utilizam dos canais informais (pessoas) para remeter a um canal formal (livros, bibliografias, etc.). Como o critério apontado como o mais utilizado pelos residentes na escolha das fontes de informação foi "oferecerem respostas mais relevantes às suas necessidades", supõe-se que o livro por conter o conhecimento consolidado atenderia a esse requisito; no caso dos preceptores e chefes de serviço, seriam as pessoas mais confiáveis para dar indicações de onde obter essa informação relevante. Desta forma, tem-se identificados os meios pelos quais os residentes buscam a informação e um delineamento de um padrão nas formas de comunicação.

Para troca de informação parece que os residentes utilizam-se mais dos canais informais. Foi detectado um alto índice de frequência a congressos, seminários, etc., ainda que essa participação na maioria dos casos, fosse como assistente. Junte-se a isso o fato dos residentes preferirem o próprio ambiente de trabalho para obter informação, vendo-se que, certamente pela proposta e estrutura da própria Residência, é mais

fácil para os residentes trocarem informações através de canais mais ágeis e que consumam menos tempo.

Essa necessidade de agilidade no processo de troca de informação vai ao encontro do próprio conceito de informação manifestado pelos residentes. Para eles a informação tem um caráter imediatista e utilitário. Essa tendência, em que a necessidade de informação é constante, e em que sua utilização tem como alvo situações práticas (acompanhamento de pacientes, melhoria da atuação prática na RM, preparação para cirurgia, etc.), está em consonância com o objetivo principal da RM, que é fornecer aos residentes treinamento-em-serviço.

A própria frequência e uso da biblioteca pelos residentes reflete a estrutura da RM. Constatou-se que é baixa a frequência à biblioteca, ainda que a mesma tenha sido considerada como fonte mais importante na busca da informação. Parte desse resultado pode ser atribuída às condições de instalação das bibliotecas, a falta de pessoal credenciado para atendimento e horário de funcionamento. Contudo, coube ao estado das coleções o maior motivo de afastamento das bibliotecas. Esse aspecto foi manifestado várias vezes pelos residentes: quando da aplicação do incidente crítico em que os residentes localizaram a fonte impressa em coleção particular; na exposição dos motivos que mais induzem a ida à biblioteca; em que "tomar emprestado material da biblioteca" foi considerado não importante pelos residentes, e na avaliação da biblioteca da instituição, em que a categoria "coleções quanto a sua necessidade de informação" foi avaliada como ruim pelos residentes. Esse resultado foi confirmado quando os residentes, levados a se manifestarem a respeito da melhor forma de disponibilidade da

informação, concentraram suas respostas em torno da expansão e atualização do acervo. A surpresa dessa constatação reside em que a CNRM, através de uma de suas resoluções, recomenda que as instituições em que se desenvolvem PRM, tenham suas bibliotecas funcionando e com acervos atualizados. Cabe então alertar que mais uma vez as formas e os procedimentos implícitos vão de encontro aos explícitos.

Observado de forma globalizada, o quadro delineado pelos dados sob análise, está em consonância com o quadro conceitual deste estudo. A dependência de um modelo estrangeiro tem suas raízes históricas, ainda que na área de Saúde, o Brasil tenha dados os primeiros sinais de mudança, com a adoção de uma série de condutas em que se vislumbrou a semi-independência nesse setor. Essas considerações referem-se, por exemplo, a criação do Instituto Oswaldo Cruz, a partir da qual a ciência passou a ser vista como parte integrante da cultura nacional, fez-se a relação da ciência com a educação e desenvolvimento, e ficou patente o papel social da ciência. A essa época já se considerava importante a formação de recursos humanos qualificados para a área de Saúde e portanto estranha-se que ainda hoje a educação médica no Brasil, a nível de graduação, careça de uma praxis definida, de objetivos mais claros e de um perfil de seu produto final. Essa situação tem seu reflexo na pós-graduação, em especial na Residência Médica, que além de ter sido baseada num modelo estrangeiro, não evoluiu o suficiente para atender efetivamente às necessidades locais.

A dificuldade na implantação de um sistema de graduação, assim como de um sistema de pós-graduação, que esteja

de acordo com as necessidades e com a realidade brasileiras para a área de Saúde, pode ser creditada a própria dificuldade na implantação das políticas para a área, a saber, uma política nacional de educação e uma política nacional de saúde. Essa questão também tem suas raízes históricas, e parte pode ser creditada a fragilidade dos regimes políticos até hoje existentes no País, em que sempre prevaleceu uma atitude dicotômica: se por um lado o governo validou através do seu discurso o crescimento da ciência como mola para o desenvolvimento e criou órgãos com poderes para implementar essa idéia, por outro lado tratou de criar entraves a essa mesma determinação. A existência da política explícita e da política implícita, fato inerente aos países em desenvolvimento, torna-se evidente pelo conteúdo dos documentos oficiais e por uma prática distinta dessas propostas. Como exemplo, tem-se a nível oficial: o reconhecimento da interface que se apresenta entre o sistema de educação e o sistema de ciência e tecnologia, e de ambos servirem de base para o desenvolvimento científico nacional; a constatação da importância e utilidade dos cursos de pós-graduação "latu sensu" para a área de Saúde, e destaque para a informação como instrumento de ação para o desenvolvimento científico e tecnológico do País. No entanto, a análise e interpretação dos dados coletados para esse estudo, mostrou uma prática bem diferenciada da proposta teórica, refletida na comprovação da inadequação do modelo utilizado (resoluções da CNRM) e no próprio rendimento/aproveitamento expresso pelos residentes.

Para finalizar, pode-se afirmar que o presente estudo permitiu várias constatações: uma delas a de se ter confir

mado o caráter multidisciplinar da Ciência da Informação, que através de uma das suas áreas de estudo - a Comunicação Científica - permitiu a interação com outra área do conhecimento e viabilizou o estudo, ou seja, a partir de uma análise dos aspectos informativos, pode-se também chegar a conhecer aspectos formativos e mostrar a vinculação dos mesmos. A partir daí, ficou demonstrado que os dois sistemas avaliados - o formativo e o informativo - possuem falhas. As falhas na formação foram detectadas na implantação do modelo adotado que se mostrou inadequado para atender às necessidades expressas pelos residentes, além de não levar em conta a diferenciação ambiental (instituições) onde são desenvolvidos os PRM. A evolução e a própria expansão da Residência Médica no Brasil, abrangendo quase todas as especialidades médicas, requer uma reformulação no modelo adotado, que deve se ater a esse fato, mas também não perder de vista a própria situação atual apresentada pelos cursos de graduação.

No que se refere ao sistema informativo, ficou clara a sua inadequação para atender às necessidades de informação dos residentes. Mesmo que legitimado por uma das resoluções da CNRM, ficou patente que o sistema informativo praticamente inexistente, deixando-o pois sem condições de servir de apoio ao sistema formativo.

Cabe então, recomendar à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) que promova uma reformulação nas suas resoluções e no seu sistema de fiscalização, para que sua consecução possa ter real viabilidade prática. Sugere-se que essas resoluções levem em conta as políticas ditadas para a área, a

situação da educação médica a nível de graduação, a situação das próprias instituições que se credenciam para oferecer PRM, as diferenças entre as especialidades com programas credenciados e as próprias diferenças regionais do País, que por certo vão influenciar as modalidades dos PRM a serem oferecidos. Considera-se ser esta a médio prazo a condição para ter implantado um modelo brasileiro de pós-graduação a nível de especialização, que possa trazer mudanças efetivas na prática da Residência Médica, e que tenha como consequência uma melhor qualificação do profissional médico brasileiro, uma das bases da melhoria das condições de saúde da população.

Considera-se que só a partir de um estudo sério, exaustivo, a respeito da Residência Médica e de sua população alvos - os residentes - é possível refletir e estabelecer diretrizes para o estabelecimento de um novo sistema em que o binômio formação/informação possa materializar-se, e quem sabe por fim, a tão propalada "crise" na Residência Médica.

BIBLIOGRAFIA

1. AMANCIO FILHO, Antenor et alii. Educação Médica: pressupostos e referências. R. Bras. Educ. Méd. 2(3):14-20 , set./dez. 1978.
2. AMB defende fim de faculdades de medicina. O Globo, Rio de Janeiro, 22 de nov. 1988. p. 7. 1º cad.
3. ANDRADE FILHO, Francisco Antonio de. Nova República: o discurso ideológico em ciência e tecnologia. Rev. Bras. Tecnol., Brasília, 17(1): 54-8, jan./fev., 1986.
4. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS RESIDENTES. Pesquisa sobre a Residência Médica, histórico do movimento. Caderno da ANMR, 2. Belo Horizonte, ANMR, s.d., 16 p.
5. BARBOSA, Júlio C. Tadeu. A questão da informação e a realização da democracia. Revista Comunicarte, 2(4): 107-11 , 1984.
6. BARBOSA, Hélio. A Residência Médica no Brasil. Residência Médica, 6(1/2): 2-12, 1984.
7. BELKIN, Nicholas J. Some soviet concepts of information for information science. JASIS, 26(1): 56-64, jan./feb., 1975.
8. BERNAL, J.D. Ciência na história. Lisboa, Horizonte, 1975. v. 1, p. 7-53.
9. BERTHET, Etienne. Os objetivos da educação para a saúde . Residência Médica, Brasília, 7(1/2): 3-6, jan./dez., 1985.
10. BIROLINI, Dario. A residência médica e as especialidades . Rev. Paulista de Medicina, São Paulo, 3(100): 38-9, 1982.

11. BOBENRIETH, Manuel A. El hospital moderno como centro de educación y adiestramiento. Educación Médica y Salud . 6(2): 106-116, abr./maio/jun. 1972.
12. BONSTEIN, Claudio Thomás. O direcionamento da ciência e a liberdade do cientista. Ciência e Cultura, 37(2):257-63, fev., 1985.
13. BORDIN, Ronaldo. Residência em medicina geral comunitária: relato de uma experiência. Revista HCPA, 6(1): 45-50 , jun., 1986.
14. BRAGA, Gilda Maria. Informação, ciência, política científica: o pensamento de Derek de Solla Price. Ci. Inf., Rio de Janeiro, 3(2): 155-177, 1974.
15. BREGLIA, Vera Lucia A. & GUSMÃO, Heloísa Rios. A informação como fator de democratização. R. Bibliotecon. Brasília, 14(1): 9-25. jan./jun. 1986.
16. BUNGE, H. Ciência e desenvolvimento. Belo Horizonte, Itatiaia, São Paulo, USP, 1980. p. 19-33.
17. CASTRO, Claudio de Moura. A saúde dos brasileiros, a saúde do ensino médico e a saúde da pós-graduação em medicina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 19, Recife, 1981. Anais... Recife, ABEM, 1981, p. 98-101.
18. CAVALCANTI, Ilce G.M.; CORDEIRO, Rosa Inês de Novais ; BREGLIA, Vera L.A. A metodologia da Pesquisa na Residência Médica: uma proposta de inclusão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIBLIOTECONOMIA E DOCUMENTAÇÃO 14. Recife , APB, 1987. Anais... Recife, APB, 1987. v. 2. p. 945-69.
19. CAWKELL, A.E. The real information society: present situation and some forecasts. Journal of information science , 12(3): 87-95, 1986.

20. CHASTINET, Carlos Alberto Sepúlveda. A saúde como pleno exercício de liberdade. Cad. Tecnol. Cienc., Rio de Janeiro, 2(3): 41-9, maio/jun., 1980.
21. CNPq. Avaliação & Perspectivas; 1982/Ciências da Saúde , 1983. v. 6.
22. CNPq-IBICT. Educação. Brasília, 1982. 69p. (Ação Programada em Ciência e Tecnologia, 5).
23. _____. Desenvolvimento científico e formação de recursos humanos. Brasília, 1983. 13p. (Ação Programada em Ciência e Tecnologia, 26).
24. _____. Informação em ciência e tecnologia. Brasília, 1984. 69p. (Ação Programada em Ciência e Tecnologia, 29).
25. _____. Saúde e Nutrição. Brasília, 1982. 115p. (Ação Programada em Ciência e Tecnologia, 6).
26. CONCLUSIONES de la primera reunion del comite de residencias pediaticas de la asociacion latino americana de pediatria (ALAPE). Archivos Dominicanos. 18(1): 65-69, en./abr., 1982.
27. CONGRESSO Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação, 9. Anais. João Pessoa, APBP, 1982. v. 2.
28. CONTROL de calidad en las residencias de pediatria em Latinoamerica. Archivos Dominicanos. 18(1): 49-63, en./abr., 1982.
29. CONGRESSO de Residentes: poucos avanços. Boletim AMERERJ , Rio de Janeiro, 11:3, jul./ago., 1988.
30. COUTINHO, Amaury. Análise crítica dos programas de Residência Médica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 19, Recife, 1981. Anais... Recife, ABEM, 1981, p. 94-97.

31. CRANE, Diana. Information needs and uses. ARIST, Chicago , 6 : 3-39, 1971.
32. CRAWFORD, Susan. Information needs and uses. ARIST, White Plains, 13 : 61-81, 1978.
33. CUNHA; Isabel M^a R. Farin. Informação e informações. Ci. Inf., Brasília, 14(1): 47-50, jan./jun., 1985.
34. DONNANGELO, Maria Cecília. Medicina e Sociedade. São Paulo, Pioneira, 1975. 174 p.
35. DUARTE, Danilo Freire. Prioridades na Educação Médica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 24, Florianópolis, 1986. Anais... Florianópolis, ABEM, 1986.
36. ENSINO médico: bases e diretrizes para sua reformulação . R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 10(2): 107-109, maio/ago., 1986.
37. FARRADANE, J. Knowledge, information, and information science. Journal of information science, 2(2): 75-80 , sept. 1980.
38. _____. Towards a true information science. The information scientist, sept. 10(3): 91-101, sept. 1976.
39. FARRIER, R. M. La función del hospital en la educación médica en los Estados Unidos. Educación Médica y Salud 6(2): 137-147, abr./jun. 1972.
40. FERRANTE, Maurizio. As dificuldades do encontro entre ciência e técnica nos países em desenvolvimento: algumas razões históricas. Ciência e Cultura, 37(4): 573-578, abril, 1985.
41. FERREIRA, José Roberto. A qualidade da educação médica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 20, Ribeirão

- Preto, 1982. Anais... Ribeirão Preto, ABEM, 1982, p. 17-33.
42. _____. El papel de los elementos de apoyo en la educación médica. Educ. Méd. y Salud. 18(4): 402-15, 1984.
43. _____. Formação de recursos humanos para medicina no ano 2.000. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 7(2):93-100, maio/ago., 1983.
44. FERRI, Mário Guimarães & MOTOYAMA, Shozo. coord. História das ciências no Brasil. São Paulo, Ed. da Universidade de São Paulo, 1979. 390 p.
45. FESTA, Dalva Regina. Nova ordem internacional de informação; por uma informação livre e libertadora. Comunicação & Sociedade, 3 : 27-41, jul., 1980.
46. FRAGA FILHO, C. et al. Ensino médico: bases e diretrizes para sua reformulação. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 10(2): 67-74, maio/ago., 1986.
47. FRAGA FILHO, Clementino & ROSA, Alice Reis. Novos cursos de medicina? Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 22 de nov. 1988. p. 11. 1º cad.
48. _____. Temas de educação médica. Brasília, Secretaria de Ensino Superior, 1980. 182 p.
49. FREITAG, Barbara. Escola, estado & sociedade. São Paulo, MORMES, 1980. 142 p.
50. FREIRE-MAIA, Lineu. Devem as disciplinas básicas retornar às faculdades de medicina? Ciência e Cultura, 40(9):869-874, set., 1988.
51. FREUND, George E. Impactos da tecnologia da informação. Ci. Inf., Brasília, 11(2): 17-22, 1982.

52. FURTADO, João Salvador. Política de ciência: entendimentos e contradições. Ciência e Cultura. 34(12): 1624-1629 , dez., 1982.
53. FURTADO, Tancredo. Problemas da residência médica. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 9(3): 179-181, set./dez. , 1985.
54. GARCIA, Maria Lucia de Andrade. Políticas e programas nacionais de informação científica e tecnológica. Ci. Inf., Brasília, 9(1/2): 5-39, 1980.
55. _____. A informação científica e tecnológica no Brasil . Ci. Inf., Brasília, 9(1/2): 41-81, 1980.
56. GARVEY, W.D. Communication: the essence of science. New York, Pergamon Press, 1979. p. IX-39 (Preface e Chapter I).
57. GINANI, Francisco Floripe. Residência em colo-proctologia: um estudo compreensivo. Rev. Bras. Colo-Proct., 5(2) : 101-5, 1985.
58. GOFFMAN, William. Information Science: discipline or disappearance. Aslib proceedings, 22(12): 189-96, dez., 1970.
59. GOMES, M^ã Yeda F. S. de F. Contribuição ao debate sobre política nacional de informação científica e tecnológica . Ci. Inf., Brasília, 11(2): 45-50, 1982.
60. _____. O Estado e o processo de implantação de uma política nacional de informação científica e tecnológica no Brasil. Ci. Inf., Brasília, 17(2): 105-117, jul./dez. , 1988.
61. GOMEZ, M^ã Nélida G. de O. O papel do conhecimento e da informação nas formações políticas ocidentais. Ci. Inf. ,

Brasília, 16(2): 157-167, jul./dez., 1987.

62. GONÇALVES, Ernesto Lima. O hospital de ensino: ontem, hoje e amanhã. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 8(3):188-192, set./dez., 1984.
63. GUIMARÃES, Jair Xavier. Criação das escolas médicas no Brasil; população médica brasileira e sua distribuição : perspectivas futuras. Rev. Ass. Med. Brasil., 25(10): 370-2, out., 1979.
64. HALLORAN, James D. Information and communication: information is the answer, but what is the question? Journal of information science, 7(4,5): 159-167, 1983.
65. HERNANDEZ CAÑADAS, Patricia Liset. Os periódicos "Ciência Hoje e "Ciência e Cultura" e a divulgação da ciência no Brasil. Rio de Janeiro, 1987. Dissertação de mestrado apresentada ao CNPq (IBICT)/UFRJ (ECO). 190 p.
66. HERNER, Saul. Brief history of information science. JASIS, 35(3): 157-163, 1984.
67. HERRERA, A. O. O planejamento da ciência e tecnologia na América Latina: elementos para um novo marco de referência. In: Ciência, tecnologia e desenvolvimento 2, Brasília: CNPq; UNESCO, 1983. p. 11-28.
68. IGLESIAS, José Roberto. Ciência dependente. Ciência e Cultura, 36(6): 966-978, jun., 1984.
69. JUAÇABA, Haroldo. Residência Médica. Ceará Médico, 3(1) : 18-20, fev., 1981.
70. KREMER, Jeannete M. A técnica do incidente crítico. Belo Horizonte, R. Esc. Bibliotecon. UFMG, 9(2): 165-76, set., 1980.

71. LEITE, Eduardo Vilhena. Residência médica, mestrado e doutorado. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 7(2): 101-104, maio/ago., 1983.
72. LEMOS, A. A. B. de. Algumas questões, aparentemente relevantes, sobre informação científica em saúde. R. Bibliotecon. Brasília, 12(1): 35-42, jan./jun., 1984.
73. _____. Informação em C&T: o que fazer. Rev. Bras. Tecnol., 19(7): 52-3, jul., 1988.
74. _____. Planejamento e coordenação da informação científica e tecnológica no Brasil. Ci. Inf., Brasília, 15(2) : 107-15, jul./dez., 1986.
75. _____. Política de informação em ciência e tecnologia . 12 p. Palestra proferida no Congresso Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação, 14. Recife, 1987.
76. LIHÓN, Danilo Sáchez. comp. Lecturas basicas sobre la problematica de la documentacion e informacion educacional. Lima, INIDE, 1981. 150 p.
77. LOPES, S. Leite. Ciência e libertação. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1969. 174 p.
78. MAGALDI, Cecília. Avaliação do treinamento do residente . Residência Médica. 2(1): 81-98, 1980.
79. MALIN, Ana Mãe Barcellos & GORDILHO, Mário Jorge de Freitas. O Serpro e a indústria de informações on-line. In: CONGRESSO NACIONAL DE INFORMÁTICA, 20, São Paulo, 1987 . Anais... São Paulo, Sucesu, 1987.
80. MAMMANA, Claudio Zamitti. A filosofia natural da informação. Rev. Bras. Tecn., Brasília, 12(1): 54-65, jan./mar., 1981.

81. MARCONDES, Eduardo. Educação médica. In: Forum nacional de política de saúde, 1, Rio de Janeiro, 1987. Anais... Rio de Janeiro, Academia Nacional de Medicina, 1987.
82. MARTELETO, Regina M^a. Informação: elemento regulador dos sistemas, fator de mudança social ou fenômeno pós-moderno? Ci. Inf., Brasília, 16(2): 169-80, jul./dez., 1987.
83. MENZEL, Herbert. Information needs and uses in science and technology. ARIST, New York, 1 : 41-69, 1966.
84. MIKHAILOV, A. I. La información en un mundo en desarrollo: circunstancias del futuro usuário. Documentación, Cinterfôr, (62): 3-7, 1985.
85. _____. Sobre el futuro de la información científica. Actualidades de la información científica y tecnica, 17 (126): 5-10, 1986.
86. MIKHAILOV, A.I.; CHERNYI, A.I.; GILIAREVSKII, R.J. Scientific communications and informatics. Arlington, Information Resources Press, 1984. 402 p.
87. MOREL, Regina Lucia de Moraes. Ciência e Estado; a política científica no Brasil. São Paulo, T.A. Queiroz, 1979 . 161 p.
88. MOTOYAMA, Shozo. Ciência e tecnologia e a história da dependência do Brasil. Rev. Bras. Tecnol., Brasília, 15(3): 5-17, maio/jun., 1984.
89. _____. Política científica: o reflexo de uma dependência cultural. Rev. Bras. Tecnol., Brasília, 12(3): 50-4, jul./set. 1981.
90. _____. Utilização social da ciência. Ciência e Cultura , 33(11): 1448-1455, nov., 1981.

91. NAGLE, Jorge. A educação na virada do século. Ciência e Cultura, 39(3): 287-291, mar., 1987.
92. NEUMANN, Vera Cristina. O valor da informação científica e tecnológica. Ciência e Cultura, 40(8): 771-773, ago., 1988.
93. NICOLETTI, Lenita & BASTOS, Maria Inês. Política de C&T planejamento e uso de indicadores de desenvolvimento científico e tecnológico para a América Latina. Brasília, 1984. 27 p. mimeo.
94. PAIM, Jairmilson Silva. A formação de recursos humanos em saúde coletiva: contribuição da residência em Medicina Preventiva e Social. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 9(2): 88-94, maio/ago., 1985.
95. PAISLEY, William J. Information needs and uses. ARIST , Chicago, 3 : 1-27, 1968.
96. PAIVA, Vanilda. Estado, sociedade e educação no Brasil . In: Foro Latino-Americano de Educación Comparada, 1 , México, 1980, Anais... México, Univ. de Colima, 1980.
97. PARKER, Edwin B. & PAISLEY, William J. Research for Psychologists at the interface of the scientist and his information system. American Psychologist, 21(11) , nov., 1966.
98. PAVAN, Crodowaldo. A ciência e o futuro. Rev. Bras. Tecnol., 18(3): 46-7, mar., 1987.
99. _____. Compromisso com o futuro. Rev. Bras. Tecnol. , 19(3): 24-6, mar., 1988.
100. PEREIRA, Geraldo. O ensino médico no Brasil. R.Bras.Educ. Méd., Rio de Janeiro, 9(3): 182-186, set./dez., 1985.

101. PEREIRA, José Carlos de Medeiros. Política nacional de ciência, tecnologia e saúde. Rev. Bras. Educ. Médica , 4(1): 29-39, jan./abr., 1980.
102. PEREIRA, M^ª Nazaré Freitas et allii. A aplicação da técnica do incidente crítico em estudos de usuários da informação técnico-científica; uma abordagem comparativa . Belo Horizonte, R. Esc. Bibliotecon. UFMG, 8(1): 25-47, mar., 1979.
103. PSACHAROPOULOS. George. ed. Information: as essential factor in educational planning and policy. Paris , UNESCO, 1980. 303 p.
104. RATTNER, Henrique. Definição de prioridades: um processo democrático. Rev. Bras. Tecnol., Brasília, 12(1):23-26, jan./mar., 1981.
105. REIS, J. Educação é investimento. São Paulo, Ibrasa, 1968. 337 p.
106. RESIDÊNCIA e pós-graduação. Residência Médica. Brasília , 1(1): 13-20, 1979.
107. RESOLUÇÕES. Residência Médica, Brasília, 6(1/2), jan./jun., 1984.
108. _____. Residência Médica, Brasília, 7(1/2): 9-24. jan./jun., 1985.
109. ROACH, Agnes & ADDINGTON, Whitney W. The effects of an information specialist on patient care and medical education. Journal of medical education, 50(2): 176-80, feb., 1975.
110. ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. A crise da terminalidade da Educação Médica no Brasil. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 7(1): 36-41, jan./abr., 1983.

111. RODRIGUES, Mara E. Fonseca. Países em desenvolvimento: de pendência e informação. Perspectiva, Florianópolis, 36 (6): 53-68, jan./jun., 1986.
112. _____. A política científica e tecnológica no Brasil : análise das áreas de Engenharia de Minas, Metalúrgica e de Materiais. Rio de Janeiro, 1988. Dissertação de Mestrado apresentada ao CNPq(IBICT)/UFRJ(ECO). 173 p.
113. RODRIGUES, Mara E.F.; SILVA, Edna Lúcia da; ALMEIDA, Helena M. Terceiro mundo - tecnologia X transferência da informação. Ci- Inf., Brasília, 14(2): 149-61, jul./dez., 1985.
114. ROITMAN, Riva. Escola médica e educação continuada. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 9(3): 175-178, set./dez., 1985.
115. ROSA, Alice Reis & FRAGA FILHO, Clementino. Crise de responsabilidade. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 20 jan. 1989. p. 15. 1º cad.
116. ROSA, Iara Lisboa. Residência médica e hospital: vantagens e desvantagens. Rev. Paulista de Hospitais. São Paulo , 29(8): 242-6, 1981.
117. SAGASTI, F.R. Underdevelopment, science and technology : the point of view of the underdevelopment countries . In: RABINOWITCH, E. e RABINOVITCH, V. (eds.) Views of science, technology and development. New York, Pergamon Press, 1975. p. 41-53. .
118. SANT'ANA, Vanya M. Ciência e sociedade no Brasil. São Paulo, Símbolo, 1978. 147 p.
119. SANTOS, Jair de Oliveira. Filosofia da educação médica : interpretação da praxis. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 10(2): 105-106, maio/ago., 1986.

120. SANTOS, Marco Antonio Pereira dos. Uma nova residência . São Paulo, Pediat. 4 : 85-7, 1982.
121. SAUNDERS, W.L. The nature of information science. The information scientist : 57-70, jun. 1974.
122. SEMINÁRIO sobre educação médica na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 5(1): 42-52, jan./abr., 1981.
123. SIMPÓSIO nacional de pós-graduação na área médica. Brasília, CAPES, 1985. 274 p.
124. SOUZA, Evandro Guimarães de. Residência Médica no Brasil . R. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 9(2): 112-14, maio/ago., 1985.
125. _____. A Residência Médica no Brasil: início de uma nova etapa? Dois Pontos, Brasília, 36:16, jul./ago., 1988.
126. SOUZA, Evandro Guimarães & OLIVEIRA, Flávio José Dantas de. Avaliação do desempenho na Residência Médica. Residência Médica, Brasília, 6(1/2): 13-21, 1983.
127. STENSLAND, Per G. La educación continua de profesionales de la salud - un modelo para su desarrollo. Educación médica y salud. 7(2): 135-149, 1973.
128. STEPAN, Nancy. Gênese e evolução da ciência brasileira . Rio de Janeiro, Artenova . 1976. 188 p.
129. SUCUPIRA, Newton. Educação, ciência e tecnologia. Forum Educacional. Rio de Janeiro, 6(1): 3-21, jan./mar., 1982.
130. TAVARES NETO, J. Situação dos programas de Residência Médica. Residência Médica. 4(1): 111-120, 1982.
131. TIBURCIO, Luís. Planeamento da educação e planeamento do

desenvolvimento: por uma política integrada de educação científica e tecnologia. Lisboa, SIBACT, 1979.

132. YUNES, João; WINGE, M^a Estela de U. B.; HERRERA, Nereide Amadeo. Residência na área de saúde. Rev. Assoc. Méd. Brasil., 25(7): 260-4, jul., 1979.
133. ZAHER, Celia Riberio & GOMES, Hagar Espanha. Da bibliografia à ciência da informação: um histórico e uma posição. Ci. Inf., Rio de Janeiro, 1(1): 5-7, 1972.

11. ANEXOS

ANEXO N° 1

BLOCO 02

I N F O R M A Ç Õ E S P E S S O A I S

01 - AVALIE SUA DECISÃO DE FAZER A RESIDÊNCIA. (PONDERE CADA FATOR USANDO OS CÓDIGOS - 1, 2, 3 E 4 - SEGUNDO SUA ORDEM DE IMPORTANCIA. CONSIDERE QUE O CÓDIGO 4 O DE MAIOR IMPORTANCIA E O CÓDIGO 1 O DE MENOR IMPORTANCIA. USE O CÓDIGO - 0 - PARA SIGNIFICAR NÃO IMPORTANTE).

| | | SUPRESSÃO DE FALHAS NA GRADUAÇÃO

| | | NECESSIDADE DE APROFUNDAR CONHECIMENTOS TEORICOS

| | | NECESSIDADE DE APROFUNDAR CONHECIMENTOS PRATICOS

| | | OBTENÇÃO DO TITULO DE ESPECIALISTA

| | | CARENCIA NO MERCADO DE TRABALHO

| | | SATURAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

| | | OUTROS (ESPECÍFIQUE)

02 - UMA VEZ TOMADA ESSA DECISÃO, AS INFORMAÇÕES SOBRE A RESIDENCIA FORAM BUSCADAS: (ASSINALE APENAS A RESPOSTA MAIS IMPORTANTE)

1 | | | NA UNIVERSIDADE ONDE FEZ A GRADUAÇÃO

2 | | | COM ANTIGOS PROFESSORES

3 | | | COM COLEGAS EXERCENDO A RESIDENCIA

4 | | | COM COLEGAS EGRESSOS DA RESIDENCIA

5 | | | NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO SEU ESTADO DE ORIGEM

6 | | | NA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDENCIA MEDICA (CNRM)

7 | | | NA INSTITUIÇÃO ESCOLHIDA PARA FAZER RESIDENCIA

8 | | | OUTROS (ESPECÍFIQUE)

01 - NA SUA OPÇÃO PELA INSTITUIÇÃO, QUE FATORES INFLUENCIARAM A SUA ESCOLHA? PONDERE CADA FATOR USANDO OS CODIGOS - 1, 2, 3 E 4 - SEGUNDO SUA ORDEM DE INFLUENCIA. CONSIDERE QUE O CODIGO 4 É O DE MAIOR INFLUENCIA E O CODIGO 1 O DE MENOR INFLUENCIA. USE O CODIGO - 0 - PARA SIGNIFICAR NÃO INFLUENTE).

| | AS ATIVIDADES TEORICAS

| | AS ATIVIDADES PRACTICAS

| | O PRESTIGIO DA INSTITUIÇÃO ESCOLHIDA

| | A INFRAESTRUTURA OFERECIDA PELA INSTITUIÇÃO (RECURSOS HUMANOS, ECONOMICOS E TECNICOS)

| | OUTROS

(ESPECIFIQUE)

02 - NA CHEGADA A INSTITUIÇÃO O PRIMEIRO CONTACTO FOI FEITO COM: (ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA).

1 | | A DIREÇÃO

3 | | O PRESIDENTE DO CENTRO DE ESTUDOS

5 | | O CHEFE DE SERVIÇO (DEPARTAMENTO) ESCOLHIDO

7 | | A COORDENAÇÃO DA RESIDENCIA

9 | | OUTROS

(ESPECIFIQUE)

03 - NESSE PRIMEIRO CONTACTO, AS INFORMAÇÕES QUE LHE INTERESSAVAM ERAM REFERENTES A: (PONDERE CADA FATOR USANDO OS CODIGOS - 1, 2, 3 E 4 - SEGUNDO A ORDEM DE IMPORTANCIA. CONSIDERE QUE O CODIGO 4 É O DE MAIOR IMPORTANCIA E O CODIGO 1 É O DE MENOR IMPORTANCIA. USE O CODIGO - 0 - PARA SIGNIFICAR NÃO IMPORTANTE).

| | ATIVIDADES PRACTICAS PROGRAMADAS

| | ATIVIDADES TEORICAS PROGRAMADAS

| | OUTROS

(ESPECIFIQUE)

BLOCO 04

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES

01 - O TEMPO DEDICADO A RESIDENCIA E' :

1 |__| INTEGRAL

3 |__| PARCIAL

02 - INDIQUE SUA CARGA HORARIA NAS ATIVIDADES TEORICAS :

1 |__| 01 A 03 HORAS SEMANAIS

2 |__| 04 A 06 HORAS SEMANAIS

3 |__| 07 A 10 HORAS SEMANAIS

4 |__| 11 A 15 HORAS SEMANAIS

5 |__| 16 A 20 HORAS SEMANAIS

6 |__| 21 A 24 HORAS SEMANAIS

7 |__| MAIS DE 25 HORAS SEMANAIS

03 - INDIQUE SUA CARGA HORARIA NAS ATIVIDADES PRACTICAS :

1 |__| 01 A 03 HORAS SEMANAIS

2 |__| 04 A 06 HORAS SEMANAIS

3 |__| 07 A 10 HORAS SEMANAIS

4 |__| 11 A 15 HORAS SEMANAIS

5 |__| 16 A 20 HORAS SEMANAIS

6 |__| 21 A 24 HORAS SEMANAIS

7 |__| MAIS DE 25 HORAS SEMANAIS

O4 - DOS INSTRUMENTOS USADOS PARA AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES TEÓRICAS, INDIQUE OS MAIS RELEVANTES: (PONDERE CADA INSTRUMENTO USANDO OS CÓDIGOS - 1, 2, 3 E 4 - SEGUNDO SUA ORDEM DE RELEVÂNCIA. CONSIDERE QUE O CÓDIGO 4 É O DE MAIOR RELEVÂNCIA E O CÓDIGO 1, O DE MENOR RELEVÂNCIA. USE O CÓDIGO - 0 - PARA SIGNIFICAR NÃO RELEVANTE).

- | AULAS
- | ESTUDOS
- | SEMINÁRIOS
- | PROVAS
- | ELABORAÇÃO E PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS
- | OUTROS (ESPECÍFICO)

O5 - DOS INSTRUMENTOS USADOS PARA AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS, INDIQUE OS MAIS RELEVANTES: (PONDERE CADA INSTRUMENTO USANDO OS CÓDIGOS 1, 2, 3 E 4 - SEGUNDO SUA ORDEM DE RELEVÂNCIA. CONSIDERE QUE O CÓDIGO 4 É O DE MAIOR RELEVÂNCIA E O CÓDIGO 1, O DE MENOR RELEVÂNCIA. USE O CÓDIGO - 0 - PARA SIGNIFICAR NÃO RELEVANTE).

- | ATENDIMENTO EM ENFERMIARIAS
- | ATENDIMENTO EM AMBULATORIO
- | ATIVIDADE EM CENTRO CIRURGICO
- | UNIDADE INTERMEDIARIA (UI)
- | CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO (CTI)
- | OUTROS (ESPECÍFICO)

O6 - INDIQUE OS TIPOS DE INSTRUMENTOS QUE SÃO UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES TEÓRICAS, ASSIM COMO A FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DESTES INSTRUMENTOS: (REGISTRE APENAS UM DOS CÓDIGOS NAS RESPOSTAS. CONSIDERE QUE SEMANAL =1, QUINZENAL =2, MENSAL =3, TRIMESTRAL =4, ANUAL =5, E NÃO SE APLICA =6).

- | PROVAS
- | TESTES
- | AULAS EXPOSITIVAS
- | SEMINÁRIOS
- | TRABALHOS ESCRITOS
- | RESUMOS CRÍTICOS DE ARTIGOS
- | OUTROS (ESPECÍFICO)

07 - INDIQUE POR QUEM E FEITA A AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS, ASSIM COMO A FREQUENCIA COM QUE E FEITA: (REGISTRE APENAS UM DOS CODIGOS NAS RESPOSTAS. CONSIDERE QUE SEMANAL =1, QUINZENAL =2, MENSAL =3, TRIMESTRAL =4, ANUAL =5 E NAO SE APLICA =6).

- PELO CHEFE DE CLINICA
- PELO COORDENADOR (COORDENAÇÃO) DA RESIDENCIA
- PELOS PRECEPTORES DA RESIDENCIA
- POR UM MEDICO DO "STAFF"
- OUTROS (ESPECIFIQUE)

08 - INDIQUE COMO VOCE CLASSIFICARIA CADA UM DOS QUESITOS ABAIXO RELACIONADOS: (REGISTRE APENAS UM DOS CODIGOS NAS RESPOSTAS. CONSIDERE QUE FRACO =1, REGULAR =2, BOM =3 E OTIMO =4 E NAO SE APLICA=5).

- PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES PRATICAS
- PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES TEORICAS
- EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PRATICAS
- EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES TEORICAS
- ORIENTAÇÃO DOS RESIDENTES POR PARTE DOS RESPONSÁVEIS
- CARGA HORARIA POR AULAS, SEMINÁRIOS, LEITURAS, ELABORAÇÃO DE TRABALHOS
- CARGA HORARIA PARA ATENDIMENTO EM AMBULATORIOS, ENFERMARIAS, CIRURGIAS, UI, CTI, ETC
- INFRAESTRUTURA INSTITUCIONAL (=CURSOS ECONOMICOS)
- INFRAESTRUTURA INSTITUCIONAL (=CURSOS TECNICOS)
- PESSOAL CREDENCIADO PARA ORIENTAÇÃO/SUPERVISÃO/ACOMPANHAMENTO DOS RESIDENTES.

OBSERVAÇÕES

09 - OS SEUS OBJETIVOS AO OPTAR PELA RESIDENCIA, TEM SIDO ATINGIDOS DE QUE FORMA? (ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA).

- 1 PLENAMENTE SATISFATORIA
- 3 SATISFATORIA
- 5 POUCO SATISFATORIA
- 7 INSUFICIENTE

QUALQUER QUE TENHA SIDO O ITEM ASSINALADO, JUSTIFIQUE A SUA RESPOSTA:

10 - VOCE TERIA ALGUMA SUGESTÃO DE MODIFICAÇÕES, QUE A SEU VER, PODERIAM SER INTRODUZIDAS NAS ATIVIDADES DA RESIDENCIA?

BLOCO 05
C O M U N I C A Ç Ã O D A I N F O R M A Ç Ã O

01 - ASSINALE OS IDIOMAS EM QUE LE:

- 1 |__| INGLÊS
- 2 |__| FRANCÊS
- 3 |__| ESPANHOL
- 4 |__| ALEMÃO
- 5 |__| ITALIANO
- 6 |__| OUTROS

(ESPECIFIQUE)

02 - JA' PARTICIPOU OU PARTICIPA DE ALGUMA PESQUISA? SE VOCE PARTICIPOU OU PARTICIPA DE ALGUMA PESQUISA, CONSIDERE APENAS A MAIS RECENTE.

- 1 |__| SIM
- 3 |__| NÃO

SE VOCE ASSINALOU A RESPOSTA NEGATIVA, VA' PARA A QUESTÃO 08 DESTE BLOCO.

03 - SE VOCE RESPONDEU AFIRMATIVAMENTE O QUESITO ANTERIOR, INDIQUE A SITUAÇÃO DA PESQUISA:

- 1 |__| CONCLUIDA
- 2 |__| EM ANDAMENTO
- 3 |__| INTERRROMPIDA
- 4 |__| DESATIVADA
- 5 |__| NÃO INICIADA

04 - QUAL O TEMA DA PESQUISA? -----

05 - QUAL A INSTITUIÇÃO FINANCIADORA? -----

06 - SE A PESQUISA FOI CONCLUÍDA, INDIQUE O ANO DE INÍCIO E TÉRMINO

INÍCIO |__|_|_|_| TÉRMINO |__|_|_|_|

07 - SE ESTA PESQUISA ENVOLVE A PARTICIPAÇÃO DE ALGUMA PESSOA DA INSTITUIÇÃO ONDE VOCE FAZ A RESIDENCIA, INDIQUE O CARGO QUE ELA OCUPA. -----

08 - SE TEM TRABALHOS PUBLICADOS, DE O TÍTULO DOS TRES ULTIMOS, ASSIM COMO O TIPO DE VEICULO EM QUE FORAM PUBLICADOS E O ANO DE PUBLICAÇÃO. -----

TÍTULO DO TRABALHO: -----

TIPO DE VEICULO: -----

CASO TENHA SIDO PUBLICADO EM PERIODICO, INDIQUE SEU NOME: -----

ANO DE PUBLICAÇÃO: |__|_|_|_|

TÍTULO DO TRABALHO: -----

TIPO DE VEICULO: -----

CASO TENHA SIDO PUBLICADO EM PERIODICO, INDIQUE SEU NOME: -----

ANO DE PUBLICAÇÃO: |__|_|_|_|

TÍTULO DO TRABALHO: -----

TIPO DE VEICULO: -----

CASO TENHA SIDO PUBLICADO EM PERIODICO, INDIQUE SEU NOME: -----

ANO DE PUBLICAÇÃO: |__|_|_|_|

09 - CASO A RESPOSTA ANTERIOR TENHA SIDO POSITIVA, INDIQUE SE ESSES TRABALHOS FORAM FEITOS EM COLABORAÇÃO COM CHEFE DE CLÍNICA OU QUALQUER OUTRA PESSOA DIRETAMENTE LIGADA A RESIDÊNCIA. (ASSINALE AS QUADRICULAS ADEQUADAS AS RESPOSTAS).

1 |__| CHEFE DA CLÍNICA

3 |__| OUTROS (ESPECIFIQUE) -----

10 - SE JÁ PARTICIPOU DE CONGRESSOS, SEMINÁRIOS, CONFERÊNCIAS OU SIMPÓSIOS, RELACIONE O NOME DOS 3 (TRES) ÚLTIMOS, O LOCAL E O ANO DE REALIZAÇÃO E TIPO DE PARTICIPAÇÃO:

NOME DO CONGRESSO, CONFERÊNCIA OU SIMPÓSIO: -----

LOCAL: -----

ANO DE REALIZAÇÃO |__| |__|

PARTICIPAÇÃO: 1 |__| APRESENTAÇÃO DE TRABALHO 2 |__| PARTICIPAÇÃO EM PAINEL OU MESA REDONDA
3 |__| ASSISTENTE

NOME DO CONGRESSO, CONFERÊNCIA OU SIMPÓSIO: -----

LOCAL: -----

ANO DE REALIZAÇÃO |__| |__|

PARTICIPAÇÃO: 1 |__| APRESENTAÇÃO DE TRABALHO 2 |__| PARTICIPAÇÃO EM PAINEL OU MESA REDONDA
3 |__| ASSISTENTE

NOME DO CONGRESSO, CONFERÊNCIA OU SIMPÓSIO: -----

LOCAL: -----

ANO DE REALIZAÇÃO |__| |__|

PARTICIPAÇÃO: 1 |__| APRESENTAÇÃO DE TRABALHO 2 |__| PARTICIPAÇÃO EM PAINEL OU MESA REDONDA
3 |__| ASSISTENTE

O2 - QUE FATORES MAIS INFLUENCIAM SUA ESCOLHA EM RELAÇÃO AS FONTES DE INFORMAÇÕES? (PONDERE CADA UMA DAS FONTES ABAIXO USANDO OS CODIGOS - 1, 2, 3 E 4 - SEGUNDO SUA ORDEM DE INFLUENCIA. CONSIDERE QUE O CODIGO 4 E' O MAIS INFLUENTE E O CODIGO 1, O DE MENOR INFLUENCIA. USE O CODIGO - 0 - PARA SIGNIFICAR NÃO INFLUENTE).

- ESTAREM LOCALIZADAS PROXIMO DE VOCE
- SEREM ESCRITAS EM IDIOMA DO SEU CONHECIMENTO
- OFERECEREM RESPOSTAS MAIS RELEVANTES AS SUAS NECESSIDADES
- SEREM ESCRITAS POR AUTOR CONHECIDO
- SEREM EDITADAS POR EDITORES COM CREDIBILIDADE NA AREA
- SEREM RECOMENDADAS POR PESSOAS DE SUA CONFIANÇA
- OUTROS (ESPECIFIQUE) -----

O3 - PARA OBTENÇÃO DA INFORMAÇÃO ATRAVES DE CONTACTO COM COLEGAS VOCE COSTUMA. (ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA).

- 1 TELEFONAR
- 3 IR AO SERVIÇO (CLINICA, DEPARTAMENTO) ONDE TRABALHA
- 5 DISCUTIR O ASSUNTO EM ENCONTROS, SEMINARIOS, CONGRESSOS , ETC.
- 7 OUTROS (ESPECIFIQUE) -----

O4 - QUANTAS HORAS POR SEMANA COSTUMA DEDICAR A LEITURA DE DOCUMENTOS RELATIVOS A SUA AREA DE INTERESSE ESPECIFICO? (ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA).

- 1 01 A 03 HORAS SEMANAIS
- 3 04 A 06 HORAS SEMANAIS
- 5 07 A 09 HORAS SEMANAIS
- 7 MAIS DE 10 HORAS SEMANAIS

05 - A LEITURA DESSES E FEITA: (PONDERE CADA UMA DAS OPÇÕES ABAIXO USANDO OS CODIGOS - 1, 2, 3 E 4 SEGUNDO SUA ORDEM DE PREFERENCIA. CONSIDERE QUE O CODIGO 4 E' O DE MAIOR PREFERENCIA E O CODIGO 1, 0 DE MENOR PREFERENCIA. USE O CODIGO - 0 - PARA SIGNIFICAR NÃO PREFERENCIA).

- | NA BIBLIOTECA DE SUA INSTITUIÇÃO
- | NO SEU SERVIÇO
- | NA SUA CASA
- | EM OUTRA BIBLIOTECA. QUAL? -----
- | OUTROS ----- (ESPECIFIQUE) -----

06 - QUANDO VOCE NECESSITA ATUALIZAR SEUS CONHECIMENTOS EM RELAÇÃO A NOVAS PUBLICAÇÕES. SUA FORMA PREFERIDA E' ATRAVES DE: (PONDERE CADA UMA DAS FONTES ABAIXO USANDO APENAS UM DOS CODIGOS - 1, 2, 3, 4, 5 E 6 SEGUNDO SUA ORDEM DE IMPORTANCIA. CONSIDERE QUE O CODIGO 6 E' O DE MAIOR IMPORTANCIA, E O CODIGO 1, 0 DE MENOR IMPORTANCIA. REGISTRE O CODIGO 89, QUANDO NÃO RECORRER A UMA FONTE ESPECIFICA).

- | SUMARIOS CORRENTES
- | INDICAÇÃO DO CHEFE DE CLINICA
- | INDICAÇÃO DO SEU PRECEPTOR
- | INDICAÇÃO DE UM COLEGA
- | CONSULTA A CATALOGOS DE BIBLIOTECAS
- | CONSULTA DIRETA A ESTANTES DE BIBLIOTECAS
- | CONSULTAS A LIVRARIAS
- | CONSULTAS A LIVREIROS
- | RESUMOS
- | SERVIÇOS DE ALERTA
- | OUTROS ----- (ESPECIFIQUE) -----

07 - QUANDO FOI A ULTIMA VEZ QUE VOCE PRECISOU DE UMA INFORMACAO DENTRO DE SUA AREA DE INTERESSE ESPECIFICO? (ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA).

- 1 |__| HOJE
- 3 |__| ONTEM
- 5 |__| ESTA SEMANA
- 7 |__| ESTE MES
- 9 |__| HA MAIS DE UM MES

08 - QUAL ERA A INFORMACAO PROCURADA? DESCREVA-A BREVEMENTE.

09 - PARA QUE VOCE PRECISOU DESSA INFORMACAO? (ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA).

- 1 |__| ELABORACAO DE ARTIGOS DE PERIODICOS
- 2 |__| PESQUISA
- 3 |__| PROVA, TESTE
- 4 |__| SEMINARIO
- 5 |__| ELABORACAO DE MONOGRAFIAS
- 6 |__| OUTROS (ESPECIFIQUE)

10 - QUAL FOI A PRIMEIRA FONTE CONSULTADA PARA PROCURAR ESSA INFORMAÇÃO? SE FOI UMA PESSOA, INDIQUE SEU NOME, SUA OCUPAÇÃO E ONDE TRABALHA.

11 - SE A FONTE ERA ESCRITA OU IMPRESSA, ONDE FOI LOCALIZADA? (ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA).

- 1 COLEÇÃO PARTICULAR
- 2 COLEÇÃO DE COLEGA
- 3 BIBLIOTECA DE SUA INSTITUIÇÃO
- 4 LIVRARIA
- 5 LIVREIRO
- 6 OUTRA BIBLIOTECA. QUAL? -----
- 7 OUTROS (ESPECIFIQUE) -----

12 - O QUE VOCE CONSEGUIU NA PRIMEIRA FONTE DE INFORMAÇÃO CONSULTADA? (ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA).

- 1 TODA A INFORMAÇÃO DESEJADA
- 2 PARTE DA INFORMAÇÃO
- 3 REFERENCIA PARA OUTRA FONTE
- 4 INFORMAÇÃO IRRELEVANTE OU INAPROPRIADA
- 5 NENHUMA INFORMAÇÃO

13 - SE VOCE CONSULTOU MAIS DE UMA FONTE DE INFORMACAO, QUAL FOI A SEGUNDA FONTE UTILIZADA?

BLOCO 07

U S O D E B I B L I O T E C A

01 - A SUA FREQUENCIA NO USO DE BIBLIOTECA E. (ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA).

1 | | DIARIA

2 | | SEMANAL

3 | | QUINZENAL

4 | | MENSAL

5 | | NÃO FREQUENTA

6 | | OUTROS

(ESPECIFIQUE)

02 - AO ENTRAR EM UMA BIBLIOTECA, SUA ATITUDE MAIS FREQUENTE É: (PONDERE USANDO OS CODIGOS 1, 2, 3, E 4 SEGUNDO SUA ORDEM DE FREQUENCIA. CONSIDERE QUE O CODIGO 4 É O DE MAIOR FREQUENCIA E O 1 O DE MENOR FREQUENCIA. USE O CODIGO - 0 - PARA SIGNIFICAR NÃO FREQUENTE).

- | CONSULTAR OS CATALOGOS
- | CONSULTAR BIBLIOGRAFIAS, INDICES E RESUMOS
- | PEDIR AJUDA A BIBLIOTECARIA
- | IR DIRETO AS ESTANTES
- | OUTROS -- (ESPECIFIQUE) -----

03 - NAS SUAS IDAS A UMA BIBLIOTECA, SEU OBJETIVO MAIS FREQUENTE COSTUMA SER: (PONDERE USANDO UM DOS CODIGOS - 1, 2, 3 E 4 SEGUNDO A ORDEM DE FREQUENCIA. CONSIDERE QUE O CODIGO 4 É O DE MAIOR FREQUENCIA E O CODIGO 1 O DE MENOR FREQUENCIA. USE O CODIGO - 0 - PARA SIGNIFICAR NÃO FREQUENTE).

- | TOMAR EMPRESTADO MATERIAL DA BIBLIOTECA
- | EXAMINAR MATERIAL RECEM ADQUIRIDO
- | IR AS ESTANTES FOLHEAR O MATERIAL EXISTENTE
- | PROCURAR INFORMAÇÕES NECESSARIAS AO DESENVOLVIMENTO DE TAREFAS DE ROTINA
- | PROCURAR INFORMAÇÕES SOBRE UM CASO QUE ESTEJA SOB OBSERVAÇÃO
- | PROCURAR INFORMAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE TRABALHO ESCRITO
- | SOLICITAR COPIA DE ARTIGOS
- | OUTROS (ESPECIFIQUE) -----

04 - EM RELAÇÃO A BIBLIOTECA DA SUA INSTITUIÇÃO, DE A SUA OPINIÃO SOBRE: (REGISTRE APENAS COM UM DOS CODIGOS AS SUAS RESPOSTAS. CONSIDERE QUE RUIM =1, REGULAR =2, BOM =3 E ÓTIMO =4).

- | LOCALIZAÇÃO FÍSICA
- | HORARIO DE FUNCIONAMENTO
- | LOCAL DE ESTUDO
- | ARRANJO DAS COLEÇÕES QUANTO A FACILIDADE DE ACESSO
- | ARRANJO DOS CATALOGOS (FICHARIOS) QUANTO A FACILIDADE DE MANUSEIO
- | ATENDIMENTO AO USUARIO
- | COLEÇÕES QUANTO A SUA NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO

05 - COMO FORMA DE COLABORAÇÃO, FAÇA SUAS CONSIDERAÇÕES E COLOQUE SUAS SUGESTÕES, SOBRE QUAL SERIA A FORMA DESEJAVEL PARA A DISPONIBILIDADE DA INFORMAÇÃO.

