

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM
CIÊNCIA, TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

CORIDON FRANCO DA COSTA

**CARACTERÍSTICAS DO GINECOLOGISTA E OBSTETRA E A
ATUALIZAÇÃO CONTINUADA: O CASO DA GRANDE VITÓRIA-ES.**

SÃO MATEUS

2017

CORIDON FRANCO DA COSTA

**CARACTERÍSTICAS DO GINECOLOGISTA E OBSTETRA E A
ATUALIZAÇÃO CONTINUADA: O CASO DA GRANDE VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Professor Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes.

SÃO MATEUS

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional
Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus - ES

C837c

COSTA, Coridon Franco da.

Características do ginecologista e obstetra e a atualização continuada: o caso da grande Vitória - ES / Coridon Franco da Costa – São Mateus - ES, 2017.

116f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2017.

Orientação: Prof. Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes.

1. Atualização continuada. 2. Tecnologia da informação. 3. Internet. 4. Ginecologia. 5. Obstetrícia I. Título.

CDD: 618.2

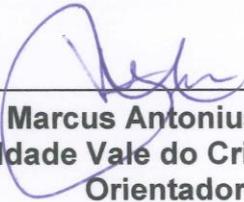
CORIDON FRANCO DA COSTA

CARACTERÍSTICAS DO GINECOLOGISTA E OBSTETRA E DA ATUALIZAÇÃO CONTINUADA: O CASO DA GRANDE VITÓRIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração Ciência, Tecnologia e Educação.

Aprovado em 20 de dezembro de 2017.

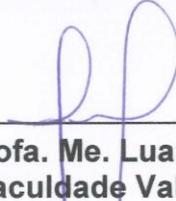
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientador



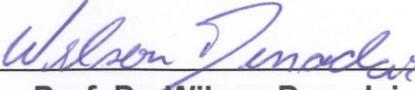
Profa. Dra. Sônia Maria da Costa Barreto
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Profa. Me. Luana Frigullha Guisso
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)



Prof. Dr. Wilson Denadai
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

À minha esposa Adriana de Moraes Costa e ao meu filho – a quem sempre procurei demonstrar que tudo é possível ao ser humano, dependendo tão-somente dele querer –, pela compreensão desta minha necessidade contínua de dedicação aos estudos, enfim, pela sua participação e apoio na transformação de um sonho em realidade.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Marcus Antonius da Costa Nunes que pacientemente contribuiu na condição de orientador para esta pesquisa, viabilizando-a.

Agradeço também àqueles que propiciaram uma ampliação da minha visão de mundo pelos ensinamentos da filosofia da educação, além daqueles que estimularam a conclusão desta dissertação.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Jacinto Benavente.

RESUMO

Este trabalho busca realizar, por meio de um inquérito com um grupo de ginecologistas e obstetras da Grande Vitória, Espírito Santo, uma análise preliminar do atual estágio de utilização de novos recursos tecnológicos nos processos de educação continuada. O estudo de caso teve como objetivo estudar o impacto da nova tecnologia de informação como um processo de mudança focal, porém que se projeta além de uma simples inovação no processo da educação continuada. Este objetivo apresenta uma linha de estudo multidisciplinar, conduzindo um encadeamento dos aspectos teóricos da tríade especialização em ginecologia e obstetrícia, educação médica continuada, e internet. Busca-se mostrar que a rede representa um acréscimo de relevância na transformação do ensino médico no caso enfocado, por promover a interação e a integração entre ensino e trabalho. Iniciado com um levantamento bibliográfico sobre a história recente da educação médica no Brasil, seguido de uma pesquisa exploratória por meio de questionários para levantamento de questões iniciais, o estudo foi complementado com avaliação tratada por meio da análise de conteúdo. Os resultados obtidos demonstram que houve e está havendo mudanças, e apontam graduações na profundidade do entendimento destas transformações. O computador representa, assim, um recurso valioso para a educação médica continuada, tornando o uso da internet mais produtivo, possibilitando o aprendizado destes profissionais cujo tempo é cada vez mais escasso.

Palavras-chave: Atualização continuada. Tecnologia da informação. Internet. Ginecologia. Obstetrícia.

ABSTRACT

This work intends to do a preliminary analysis of the current stage of utilization of the innovative technology resources in medical education process, through a research with a group of medical obstetricians of Vitória, Espírito Santo, Brazil. This case study was aimed to study the impact of the information technology as a process of focal change, which also projects itself beyond a simple innovation in the process of continuing education. That aim presents a multidisciplinary point of study, leading to a chain of theoretical aspects of the trio – gynecology and obstetrics, medical education, and Internet. The study intends to show how the Network represents an increase of relevance in the transformation of medical studies in this case, by promoting the interaction and integration between teaching and work. Starting with a bibliographic survey about the recent history of medical education in Brazil, followed by an exploratory research which used questions to raise the initial topics, the study was completed with an evaluation of content analysis. The results obtained demonstrate that changes have been happening and indicate gradations in depth of the understanding of these changes. The computer thus represents a new valuable resource for continuing education, making the use of internet more productive, making learning possible to those professionals whose time is more and more scarce.

Keywords: Continuing update. Information Technology. Internet. Gynecology. Obstetrics.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 - categorização acadêmica dos colaboradores	66
Gráfico 2 - Tempo decorrido da formação dos pesquisados	66
Gráfico 3 - Número de horas trabalhada pelos pesquisados	67
Gráfico 4 - Forma como os pesquisados se organização para a realização de educação continuada	70
Gráfico 5 - Número de horas anuais dedicadas para a realização de atualização continuada	71
Gráfico 6 - Participação do grupo nos programas de educação continuada ...	72
Gráfico 7 - Posição dos inquiridos perante a relevância da educação continuada	73
Gráfico 8 - Ponto de vista dos inquiridos sobre recursos tradicionais <i>versus</i> NTI	74
Gráfico 9 - Opinião dos inquiridos sobre a importância do computador na educação	75
Gráfico 10 - Ponto de vista dos inquiridos sobre a individualização do ensino ..	75
Gráfico 11 - Indicadores de adesão ao uso das novas tecnologias	76
Gráfico 12 - Média sobre a maturidade do processo de educação permanente	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Histórico do desenvolvimento da medicina e da educação médica	24
Quadro 2 - Perfil dos colaboradores da pesquisa de campo	62
Quadro 3 - Abrangência da educação continuada	71
Quadro 4 - Recursos utilizados no processo de educação continuada	73
Quadro 5 - Teste de consistência relacionado com o senso coletivo	78

LISTA DE SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AMB	Associação Médica Brasileira
ANDES	Assoc. Nac. dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
ANM	Academia Nacional de Medicina
ANMR	Associação Nacional dos Médicos Residentes
APB	Aprendizagem Baseada em Problemas
CCBM	Centro de Ciências Biomédicas
CFE	Conselho Federal de Educação
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação Ensino Médico
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREME	Conselho Regional de Medicina do Estado...
CRUB	Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
EMB	Escola Médica Brasileira
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PBL	Problem Based Learning
PC	Personal Computer
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Found
WWW	World Wide Web

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 CARACTERIZAÇÃO DA QUESTÃO TEMÁTICA.....	18
1.2 RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA	19
1.3 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	20
1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	21
2 EDUCAÇÃO MÉDICA E NOVAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO	23
2.1 O ENSINO DE MEDICINA NO BRASIL	23
2.1.1 Breve histórico do ensino de medicina no Brasil.....	25
2.1.2 As transições marcantes do ensino de medicina no Brasil	29
2.1.3 A situação da docência universitária.....	34
2.2 A EDUCAÇÃO CONTINUADA NA FORMAÇÃO DO MÉDICO.....	39
2.2.1 A necessidade da formação continuada	39
2.2.2 Evolução dos campos de pesquisa em ginecologia e obstetrícia	41
2.2.3 Novas bases para a formação continuada em ginecologia e obstetrícia ...	48
2.2.4 Novas fontes e recursos disponíveis para a formação continuada	51
3 METODOLOGIA, UNIVERSO DA PESQUISA E DISCUSSÃO	56
3.1 CONSTRUÇÃO DA PESQUISA DIRETA	58
3.1.1 Contexto e delimitação do estudo.....	58
3.1.2 Os sujeitos da pesquisa	61
3.1.3 Instrumentação e forma de coleta de dados.....	67
3.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	68
3.2.1 O contexto dos questionários.....	69

3.2.2 As questões sobre a educação continuada	70
3.2.3 As questões sobre a utilização da nova tecnologia da informação.....	73
3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	78
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICE.....	92
Apêndice A - Questionário.	92

1 INTRODUÇÃO

Transformações de cunho social, como a importância assumida pelo trabalho na vida das pessoas, a preocupação com o bem-estar e o desempenho dos indivíduos em seus ambientes, bem como as transformações de cunho econômico, demonstram que a sociedade contemporânea passa por mudanças significativas. Essas transformações acontecem graças a novas descobertas pela Ciência que acontecem num ritmo acelerado em todas as áreas do saber. Avanços pouco antes inimagináveis são anunciados quase que todos os dias. Com as novas descobertas, com o avanço científico atual as invenções do passado parecem algo de pequena monta. Vivemos assim uma nova fase da civilização. A tecnologia usada cotidianamente faz com que a informação se dissemine numa velocidade incrível e possibilita que esta possa ser utilizada no dia a dia das populações facilitando a vida de todos.

Diante da velocidade do progresso científico, a quantidade de conhecimento produzido só não é maior que a quantidade de conhecimento que se torna obsoleto. E, com todos os indícios apontando para uma constante aceleração do avanço tecnológico, a indústria e a academia prometem continuar produzindo cada vez mais conhecimento, em espaço de tempo menor. Perante tal panorama, o antigo cenário de imutavelmente carregar, por toda uma carreira, um conjunto de habilidades adquiridas em vinte anos de educação formal tornou-se a forma mais segura de ficar sem lugar no mercado de trabalho (FACCHINI; PICCINI; SANTOS, 1997). Nos tempos atuais, há uma necessidade constante de atualização, muitas vezes, sendo a única forma de poder competir no mercado de trabalho. Independentemente disso, tal necessidade é imperiosa, particularmente quando esses profissionais são da classe médica.

Em todas as áreas do saber, e na área da saúde não é diferente, há atualmente a necessidade de que o ensino de formação convencional seja complementado com outros processos de atualização, que leve em consideração a utilização de novas tecnologias. Podemos dizer, como afirmam Goudoris, Giannela e Struchiner (2013), que o ensino profissional convencional nos dias de hoje é pressionado a rever seus processos de formação, bem como seu relacionamento com a sociedade.

Há alguns anos, dizia-se que no futuro os conhecimentos científicos produzidos pelo homem seriam não apenas buscados, consumidos e criticados, mas que seriam transformados e retransmitidos, cabendo a sociedade uma atitude frente aos avanços que estaria vivenciando. Esse futuro já chegou. De acordo com Ferreira (2016, p. 11):

um trabalhador adaptado a este novo paradigma deverá antever a demanda do treinamento, saber chegar até a fonte detentora da informação, podendo absorvê-la de forma analítica e crítica [...] para conseguir, posteriormente, retransmitir os conhecimentos adquiridos, construindo assim seu próprio percurso educativo e, por consequência, contribuindo para uma formação profissional cada vez mais segura e consciente.

As mudanças ocorridas no conhecimento são, portanto, fruto da ação das novas tecnologias em tempos atuais. Por meio delas pode-se produzir, transmitir e possibilitar o consumo daquilo que é produzido.

Das ferramentas tecnológicas disponíveis atualmente, o computador com certeza é a que pode facilitar sobremodo no processo educativo. Pode-se afirmar de forma categórica que essa ferramenta tem sido utilizada em larga escala por pesquisadores e educadores de todo o mundo no seu fazer diário. Segundo Gates e Renearsin (1995, p. 38), essa ferramenta seja usada como “[...] plataforma de produção e desenvolvimento de material, armazenador e servidor de cursos, veículo de transporte e distribuição de conteúdo ou terminal de aprendizagem”. Além disso, “[...] tem o poder de processamento, armazenamento e transmissão, e a flexibilidade necessária para se adaptar aos mais variados tipos de uso em educação”.

Entre as novas mídias existentes, uma das mais importantes no processo educativo é a internet. Com custos baixos, capilaridade e atingindo os locais mais longínquos possíveis, essa ferramenta vem sendo utilizada em larga escala substituindo os tradicionais meios de se ensinar. Por meio da internet o ensino a distância possibilita uma maior interatividade entre professor e aluno, além de facilitar a comunicação em qualquer lugar ou momento.

A internet, além de possibilitar o ensino individualizado, possibilita também o ensino para grupo de pessoas. Pode-se dizer que a internet e o computador têm transformado a educação contemporânea mais do que ela se transformou nos

últimos séculos. Mesmo no Brasil, país em desenvolvimento, onde não há ainda grandes investimentos em desenvolvimento tecnológico, comparado com os chamados países de Primeiro Mundo, onde os investimentos de pesquisa nessa área são bem maiores, a utilização do computador e da internet no processo de educação alcançou uma importância tão grande que nosso país tem conseguido avanços significativos na área do ensino à distância, assim como em instituições internacionais renomadas.

O avanço do Brasil no uso da tecnologia no processo ensino aprendizagem tem sido tão grande que se pode afirmar que o nível de qualidade técnica da educação à distância é compatível ou até mesmo superior ao de universidades da Europa e dos Estados Unidos da América. No Brasil, de Norte a Sul, instituições de ensino têm conseguido oferecer programas de educação à distância que tem elevado em muito o número de graduados e de pós-graduados.

De pronto, informamos que nossa opção pelo tema se justifica pela inquietação que sempre tive ao vivenciar uma realidade dos profissionais da saúde, especialmente os médicos. Como médico, sempre senti uma necessidade muito grande de estar me atualizando. Logo, via nos cursos de aperfeiçoamento à distância a oportunidade de estar sempre me renovando em conhecimentos. Neste contexto, existem outros antecedentes que interferiram nesse processo, esses de cunho ideológico, que motivaram tal opção. Isto porque, além de abordar um segmento da educação e respectiva evolução, esta pesquisa propicia ao meio acadêmico uma oportunidade de apreciar um estudo, dentre poucos, que até agora exploram disciplinas eletivas, com destaque àquelas inerentes a estudos comportamentais sobre a utilização dos recursos da nova tecnologia na educação continuada no campo da ginecologia e obstetrícia.

Ressaltamos ainda que nossa opção pelo tema seguiu ainda a recomendação de Markoni e Lakatos (1996, p. 29), que afirmam que toda pesquisa deve ser escolhida “[...] de acordo com as inclinações, as aptidões e as tendências de quem se propõe a elaborar um trabalho científico”, com o propósito de “[...] encontrar um objeto que mereça ser investigado cientificamente e tenha condições de ser formulado e delimitado em função da pesquisa”.

A pesquisa aqui desenvolvida tomou como ponto de partida a seguinte problematização: com qual intensidade os ginecologistas e obstetras que atuam na Grande Vitória utilizam a tecnologia da informação para atualização continuada? Assim, passaremos agora a caracterizar o objeto de nosso estudo, apresentando a temática por nós desenvolvida na pesquisa.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DA QUESTÃO TEMÁTICA

Pelo que foi descrito na breve introdução precedente, a evolução tecnológica vem transformando, também irreversivelmente, as pequenas rotinas do cotidiano, obrigando tudo e todos a se adaptarem à nova ordem das coisas. Neste contexto, a presente dissertação intitulada *A tecnologia da informação na atualização continuada dos ginecologistas e obstetras atuantes na Grande Vitória, ES* busca verificar a importância de se avaliar de forma sistêmica e contínua as situações nas quais os recursos tecnológicos vêm sendo utilizados por tais profissionais para obter seu aprimoramento profissional, sobretudo por meio da educação continuada.

Assim, concordando com Markoni e Lakatos (1996), buscamos encontrar um objeto que mereça ser investigado cientificamente e tenha condições de ser formulado e delimitado em função da pesquisa. A problemática da proposta consiste em identificar onde se situa o ponto de equilíbrio entre a motivação e a prática de tarefas inspiradas em educação médica continuada.

Descrever os aspectos históricos pode ser uma tarefa fácil, porém inferir sobre as bases intelectuais da educação médica é uma tarefa sempre difícil, graças à complexidade do tema e à escassez de bibliografia que a sistematize categoricamente. No enfrentamento deste desafio, faz-se necessário transitar menos pelos meandros das escolas médicas, da burocracia da formação médica, para dedicar mais tempo ao exame da constituição da medicina como uma destacada disciplina do conhecimento humano.

Como linha geral na localização dos marcos conceituais da educação médica, é necessário rever, pelo menos superficialmente, a periodização da história da medicina, a partir da obra *O nascimento da clínica*, na qual Foucault (1977) identifica

dois grandes marcos na história da medicina. O primeiro refere-se à Medicina clássica, cujo objeto era a doença considerada essência abstrata, com um caráter anímico. Este paradigma surgiu na Grécia Clássica e estendeu-se até fins do século XVIII. O segundo paradigma refere-se à Medicina clínica, que reconstrói seu objeto definindo-o como um saber sobre o indivíduo como corpo doente, exigindo uma intervenção que dê conta de sua singularidade. Este paradigma nasceu na Europa Ocidental no início do século XIX e constitui a base da moderna medicina científica. Desde então, o médico tornou-se uma autoridade administrativa fundada na competência de um saber normatizado no viés acadêmico e regulamentado no âmbito profissional (FOUCAULT, 1977).¹

1.2 RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA

O presente trabalho é relevante, uma vez que atende a uma necessidade social, na medida em que estuda uma realidade atual que necessita de reflexão em diversos aspectos, sendo um deles a questão do aperfeiçoamento profissional de uma classe médica realmente privilegiada, aquela a que é confiada a genética humana: os ginecologistas e obstetras.

Renovam-se no campo acadêmico os temas de estudo, de acordo com as necessidades emergentes, mas são escassas as propostas consolidadas para a busca de aceção sobre quanto os ginecologistas e obstetras têm se envolvido com as novas tecnologias de informação e, mais além, sobre como eles as utilizam para empreender sua educação profissional continuada.

Por demais, como contribuição, pretende-se tomar a tecnologia de informação relevante no estudo das mudanças ambientais, especialmente aquelas em que exista forte intervenção governamental como principal determinante do grau de mudanças nas instituições de ensino superior, posto que são escassas as pesquisas nas quais se colocam a utilização das novas tecnologias de informação como elemento subsidiário ou facilitador para o desenvolvimento da educação continuada

¹ Um pouco antes da reconstrução do paradigma da medicina individual, Foucault (1977) localiza o nascimento da medicina do espaço social, ou medicina social, ou saúde pública, que encara a doença em sua dupla natureza, como problema sociopolítico e como problema clínico.

no campo de ginecologia e obstetrícia, embora muitas pesquisas têm sido desenvolvidas no âmbito clínico. Nesse contexto, os recursos audiovisuais podem ser utilizados para recriar situações críticas, tendo em vista que, hoje, abre-se a perspectiva do tratamento e avaliação das reações do paciente por meio da Realidade Virtual simulada por computador.

No campo educacional, portanto, é de considerável relevância o advento de um estudo comportamental sobre a devida utilização dos recursos da nova tecnologia da informação, destacando-se, dentre estes, a internet como agente integrador, e os programas tutoriais avançados da inteligência artificial em prol da educação continuada dos profissionais que atuam em especialidades biomédicas, sobretudo os ginecologistas e obstetras, os quais, em razão de seu comprometimento com as futuras gerações, não podem desconhecer as constantes recomendações no âmbito da bioética e dos procedimentos hierarquizados.

Assim, torna-se imprescindível estabelecer uma relação entre as novas ferramentas de intercomunicação e as amplas possibilidades abertas por esta tecnologia dentro do processo de educação continuada, o que, decerto, faz parte de nossos objetivos.

1.3 OBJETIVOS DA PESQUISA

Nosso objetivo geral, no desenrolar da pesquisa, foi caracterizar o processo de adaptação dos ginecologistas e obstetras aos recursos disponibilizados pela tecnologia da informação, assim como o grau de utilização dos mesmos na educação continuada voltada para este segmento.

A partir desse objetivo principal delineamos os objetivos específicos que são:

- I. Efetuar uma prospecção essencialmente teórico-conceitual e histórica das instituições de ensino superior no Brasil, no que se refere às escolas de medicina, desde as suas bases e princípios fundamentais;
- II. Apontar o conceito de *tecnologia da informação* nos diversos momentos históricos a partir do advento das redes de comunicação e da inteligência artificial no Brasil;

- III. Discutir, ao longo da história, as transformações que ocorreram nos conceitos das práticas pedagógicas, até a educação continuada focalizada no âmbito de ginecologia e obstetrícia;
- IV. Delinear o quadro acerca da forma como os recursos da nova tecnologia da informação têm sido trabalhados no meio biomédico, mediante a opinião dos profissionais a respeito da relevância de sua utilização como meio facilitador da aquisição de conhecimentos por meio da educação continuada. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de campo, tendo como público-alvo uma amostragem da classe média dos ginecologistas e obstetras que atuam na região da Grande Vitória, Espírito Santo; e
- V. Para o grupo inquirido, formular uma proposta consubstanciada nas conclusões alcançadas, tendo em vista os objetivos propostos e as dificuldades encontradas, incluindo alguns complementos ao trabalho realizado, bem como a formulação de sugestões sobre trabalhos futuros – finalizando, assim, a pesquisa com o relato de todos os aspectos conclusivos observados no seu desenvolvimento e realizando uma adequação da questão problema e dos objetivos com os resultados encontrados.

1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Dentro de uma visão estrutural, esta dissertação será dividida em duas vertentes: uma de base epistemológica; e outra essencialmente empírica, cuja descrição se segue após a configuração desses aspectos gerais introdutórios e a devida justificativa e a formulação do problema temático com foco nas premissas contidas nas referidas vertentes.

A primeira vertente é subdividida em três módulos que descrevem uma revisão da literatura integralmente orientada para os descritores da pesquisa, o conhecimento na área médica, as novas tecnologias de informação e a educação continuada:

- I. O módulo primeiro apresenta um breve histórico do ensino de medicina no Brasil, passando pelas suas transições marcantes, referenciando outros aspectos importantes inseridos na situação da docência universitária;

- II. A revisão apresentada no segundo módulo concerne à identificação do uso das novas tecnologias de informação e seus aspectos funcionais inerentes à utilização em prol do aprimoramento da educação, independentemente se for presencial ou à distância e, para tanto, descreve-se uma breve história da informática e seu advento no Brasil até o atual status de evolução da tecnologia, onde se mostra o incrível cenário da Realidade Virtual;
- III. O terceiro e último módulo do quadro teórico aborda a educação continuada na formação do médico, buscando justificar a importância e a necessidade do uso de novas tecnologias na formação do médico ginecologista e obstetra, passando à abordagem da evolução dos campos de pesquisa nessas áreas. Aqui se procurará expor quais são as novas bases para a formação continuada de médicos, que, no espaço da sociedade global contemporânea, tendem para a discussão sobre humanização e direitos humanos. Finalmente, se discorrerá sobre as principais fontes e recursos disponíveis para a formação continuada de médicos.

A vertente empírica é igualmente modulada para apresentação de uma pesquisa de campo na concepção de um estudo da práxis inquisitiva, pela qual se busca equacionar o problema formulado, qual seja, saber como os ginecologistas e obstetras vêm interagindo com as novas tecnologias de informação no processo de educação continuada:

- I. O primeiro módulo caracteriza a pesquisa de campo, a partir da definição de seu conteúdo, sua abrangência e dos recursos metodológicos empregados;
- II. A análise de conteúdo da pesquisa é descrita no segundo módulo; e
- III. O terceiro módulo descreve os resultados obtidos no contexto estatístico e qualitativo, assim como as respectivas discussões à luz da teoria e da lógica casuística.

Por fim, a conclusão do trabalho, além de sumarizar os resultados obtidos no inquérito, comparados com os respectivos vínculos teórico-conceituais, inclui sugestões para o desenvolvimento de trabalhos futuros.

2 EDUCAÇÃO MÉDICA E NOVAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO

2.1 O ENSINO DE MEDICINA NO BRASIL

O ensino superior no Brasil encontra-se em um período de expansão. Informes do Censo do Ensino Superior mostram que em 2000 existiam 1.180 Instituições de Ensino Superior, o que significa um aumento de 7,6% no número de escolas em relação ao ano anterior – escolas que, em seu conjunto, oferecem 10.585 cursos de graduação (um aumento de 19,2% em um ano), abrigando um total de 197.712 de professores (INEP/MEC, 2001).

Outro dado importante é o aumento significativo de matrículas em cursos de graduação. Em 1980, existiam 1.377.286 matriculados, enquanto que em 2016 o número subiu para 8.048.701 matriculados (INEP/MEC, 2016).

O grande crescimento da população que acessa ao ensino superior demonstra que, a cada dia, há uma maior exigência de profissionais com melhor qualificação. No entanto, gostaríamos de destacar que grande parte dos universitários no Brasil frequentam o ensino na rede particular, o que evidencia que esse número de pessoas que têm acesso ao ensino de terceiro grau poderia ainda ser bem maior.

Se utilizarmos os dados atualizados, podemos afirmar com certeza que esta expansão segue em pleno avanço. Segundo o Censo de Educação Superior lançado pelo MEC no ano de 2016, podemos atestar um total de 34.366 cursos de graduação ofertados em 2.407 instituições de ensino superior (INEP/MEC, 2016).

Ainda segundo dados deste Censo, o professor de ensino superior no Brasil exerce suas atividades em diferentes instituições, de caráter público (176, que correspondem a 14,9% das instituições) ou privado (1004 instituições, 85,1%), dentro de universidades (13,2%), Centros Universitários (4,2%), Faculdades Integradas (7,6%), Faculdades, Institutos e Escolas Superiores Isoladas (73,3%), e Centros de Educação Tecnológica (1,6%), estabelecendo, assim, múltiplos cenários de atuação (INEP/MEC, 2001).

Além da possibilidade de inserção em diferentes tipos de instituições de ensino superior, o vínculo do professor para com a instituição não é homogêneo, variando,

por exemplo, no que concerne às horas dedicadas à instituição, podendo se configurar com um comprometimento que vai desde a dedicação exclusiva, em período integral, até a dedicação parcial, com diferentes tempos de inserção que, às vezes, significam apenas poucas horas semanais.

No total das escolas superiores brasileiras, o censo do INEP/MEC (2000) demonstra que 43% dos professores são contratados em tempo integral e 57% em período parcial, sendo que nas instituições públicas se observa o maior número de professores em período integral.

Antes da apresentação de um breve histórico do ensino da Medicina no Brasil, torna-se mister uma visão da cronologia histórica da medicina através dos tempos, desde suas raízes, em contraponto à educação médica no mundo, conforme o quadro seguinte:

Quadro 1 - Histórico do desenvolvimento da medicina e da educação médica

História	Medicina	Educação Médica
Pré-História - Antiguidade desde 10.000 a.C.	Medicina primitiva e pré- técnica Base mágico-religiosa	Ensino empírico-individual, familiar ou hereditário, articulado às práticas religiosas ou espirituais
Antiguidade Clássica Grécia (séc. IV a.C.)	Medicina técnica Base racional - a natureza (<i>physis</i>) como fundamento	Primeira escola de medicina visando à formação técnica do médico Medicina classificatórias das espécies patológicas, com forte marco nas ciências naturais
Idade Média	Subordinação da medicina racional à base religiosa	Redução do ensino ao acompanhamento de médicos Saber erudito restrito aos mosteiros
Renascimento - 1500	Recuperação da primazia da razão sobre a emoção	Fundação das primeiras universidades - espaços de proteção do saber

Barroco, Iluminismo - 1700	Medicina técnica e do espaço social - nascimento da medicina social	Normalização da prática médica Fundação das primeiras escolas de medicina
Século XIX - 1800	Medicina científica - nascimento da clínica moderna - resignificação do conhecimento e da prática institucional	Difusão do ensino médico centrado no hospital Fundamentação anátomo-clínica como base da formação médica
Século XX - 1900	Ampliação da base tecnológica e conceitual do saber médico e fragmentação de sua prática	Multiplicação das escolas médicas Reforma de Flexner - deslocamento da primazia do raciocínio clínico sobre a tecnologia - a taylorização do ensino é espelho da nova prática médica
Século XXI - 2000	Racionalização dos recursos disponíveis Reestruturação do Estado e das demandas sociais no mundo globalizado Reforma dos sistemas de saúde Recuperação da primazia da clínica sobre a tecnologia	Reestruturação pedagógica e institucional das escolas médicas Articulação horizontal dos saberes especializados na estrutura curricular e no ensino da semiologia

Fonte: Projeto CINAEM (1999).

2.1.1 Breve histórico do ensino de medicina no Brasil

O início dos cursos superiores no Brasil se relaciona com a história do ensino médico e apresenta como marco inicial, em 1808, a criação do primeiro curso superior do país, a Escola Cirúrgica no Hospital Geral na Cidade da Bahia, pelo então Regente Dom João, futuro Rei Dom João VI (MIRANDA, 2017, p. 73).

O documento de criação do curso, “Decisão” de 18 de fevereiro, estabelece o funcionamento dessa escola no Hospital Real, determinando que o Cirurgião Mor Dr. José Correia Picanço, docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, “escolha professores que não só ensinem a Cirurgia propriamente dita, mas a Anatomia como base essencial dela e a arte Obstétrica tão útil quanto necessária” (SADI; FREITAS, 1995, p. 12).

No mesmo ano, a Corte se transfere para o Rio de Janeiro, e nessa ocasião é criado, por meio de um decreto real, o segundo curso de medicina no Brasil, a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. Em 1813, essas escolas passam a ser denominadas Academias Médico-Cirúrgicas, mantendo cursos que perfaziam uma duração de cinco anos para a formação plena. Um decreto real datado de três de outubro de 1832 as transforma, finalmente, em Faculdades de Medicina, cujo currículo seria composto por 14 matérias, administradas durante seis anos de curso. Em 1885, a primeira tese de doutorado foi defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FACCHINI; PICCINI; SANTOS, 1997).

A terceira escola médica foi criada em 1898, na cidade de Porto Alegre, recebendo o nome de Faculdade Livre de Medicina e Farmácia – para vir a se chamar, em 1911, Faculdade de Medicina. No início do século XX, portanto, o Brasil contava com apenas três escolas médicas que funcionavam de modo independente, isoladas umas das outras, sem estabelecimento de inter-relações. Nessa mesma época, o México possuía nove escolas de medicina, o Canadá seis e os Estados Unidos doze (FACCHINI; PICCINI; SANTOS, 1997).

Em 19 de novembro de 1912, a primeira escola médica do estado de São Paulo – a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo – foi fundada e oficializada pela Lei 1537, consignada pelo presidente Rodrigues Alves. Interessante lembrar que, no início de 1912, tendo a aula inaugural sido marcada para 23 de março, começou a funcionar o curso de medicina e cirurgia da Universidade Livre de São Paulo, porém, esta escola não foi reconhecida pelo Conselho Nacional de Ensino, e os alunos nela matriculados ou concluíram o curso em outras escolas médicas ou fizeram exame de revalidação ou equivalência do diploma nela obtido (SADI; FREITAS, 1995, p. 23).

Em 1960, eram 29 escolas no Brasil – em sua maioria públicas –, e é nessa década que esse número aumenta em grande escala, com um total de 72 escolas médicas no ano de 1979, das quais 40 eram particulares. Em 1995, esse número chega a 81 (atualmente sabe-se de um aumento no número de escolas). Apesar da recomendação, discutida nos fóruns médicos, de não abertura de novos cursos de medicina, a autonomia das universidades permite que novos cursos sejam criados.

Nesse sentido, dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) apontam 92 escolas como sendo reconhecidas, embora a Associação Brasileira de Educação Médica, em boletim atualizado em agosto de 2002, relate 111 escolas médicas associadas, das quais 58 são da rede pública e 53 da iniciativa privada (INEP/MEC, 2003).

Em todo o mundo, a visão cartesiana leva a medicina à concepção do corpo como uma máquina (corpo doente) e à negligência dos demais aspectos – psicológicos, sociais e ambientais –,² o que distancia o indivíduo doente de seu contexto social. Capra (1982) chama esse modo de pensar a doença e a saúde de modelo biomédico:

O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados de ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado (CAPRA, 1982, p. 116).

A prática e o ensino médico acompanharam o desenvolvimento ocorrido nas demais áreas do conhecimento, tornando-se cada vez mais fragmentados, o que proporcionou uma efetiva valorização das especialidades e subespecialidades que se refletem na prática e no ensino médico. O citado autor aponta esse aspecto quando afirma que “a perspectiva da ciência biomédica se transferiu do estudo dos órgãos corporais e suas funções para o das células e, finalmente para o das moléculas” (CAPRA, 1982, p. 119).

² Desde o início do século XIX, o ensino médico no Brasil é marcado pela influência das escolas médicas europeias, notadamente pela de Paris, mas vai se aproximando do modelo norte-americano. O positivismo científico regia a prática médica, assim, a medicina clássica havia sido substituída pela medicina clínica que buscava as verdades absolutas e tinha como objeto de estudo o “corpo doente” (CAPRA, 1982).

Tal concepção mecanicista considera o paciente apenas como um corpo doente, em que a lesão anatômica é inicialmente focada, para em seguida pensar a alteração fisiológica e, finalmente, uma possível causa externa da doença. Essa abordagem excluía a visão de totalidade do organismo e da integração do homem ao meio em que vive. A atenção médica é inteiramente voltada para o indivíduo doente, não o vinculando, dessa maneira, à coletividade – apenas ele era tratado, sem preocupação com a patologia social e com o meio ambiente (aspecto ecológico).

Capra (1982) ainda declara que, em 1910, foi publicado o Relatório de Abraham Flexner (*Medical Education in the United States and Canada*) pela *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que, por sua vez, avaliava o padrão do ensino médico nos Estados Unidos e no Canadá, criticando a situação da medicina e preconizando mudanças. Este relatório tornou-se a base para a implantação do ensino e da prática médica tal como hoje as encontramos. Segundo este relatório, o padrão do ensino médico nesses dois países precisavam de sofrer alterações tais como melhor definir os requisitos de entrada no curso, sugeria ampliação da sua duração para quatro anos; a criação de departamentos; a divisão do curso em ciclo básico e profissionalizante; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, em hospitais próprios; vinculação das escolas médicas às universidades; introdução à pesquisa nas escolas médicas, com ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; vinculação da pesquisa ao ensino; controle do exercício profissional pela profissão organizada (CAMARGO, 1996). O hospital- escola torna-se o lugar de eleição para o ensino e o aprendizado da prática médica, na qual a tecnologia é soberana, recomenda ainda que cada escola médica tenha seu próprio hospital de ensino.

O ensino da medicina foi moldado seguindo as recomendações do relatório Flexner, direcionado para a formação profissional e o estudo das doenças (e não para a assistência aos enfermos), sendo os estudos e a pesquisa específica dissociados do contexto social considerado fora do seu campo de atuação. A medicina científica foi se inclinando para a biologia, e os especialistas foram gradativamente substituindo os clínicos gerais como professores e modelos a serem seguidos pelos alunos (CAPRA, 1982, p. 152).

2.1.2 As transições marcantes do ensino de medicina no Brasil

No Brasil, as recomendações do relatório Flexner vão exercer forte influência no ensino médico daqui a partir da década de 1950, que as incorpora de forma acrítica, o que resultou em um ensino fragmentado, voltado para as especialidades. Em 1962, foi criada a Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) – da qual fazem parte instituições, profissionais ligados ao ensino médico e alunos –, que apresenta, entre os seus objetivos, o aprimoramento da educação médica e o apoio e aperfeiçoamento contínuo dos docentes.

As mudanças introduzidas na década de 1950, no ensino médico brasileiro, não irão, entretanto, dar conta da preparação técnico-científica que se fizeram necessárias, tendo em vista os grandes avanços do conhecimento científico. Todavia, esse ensino continuou não preparando os médicos para dar conta de diversos aspectos para além do biológico, que são considerados na definição elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ao estabelecer que “a saúde é um completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades”. O profissional assim formado não corresponde às mudanças sociais contemporâneas que são diferentes das demandas de saúde/doença tradicionais. Segundo relatório da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – transformando o ensino médico (1998, p. 9):

A escola médica deverá assumir, por força de coerência, um papel relevante e diferenciado no SUS locoregional, não só no que diz respeito aos cuidados curativos e preventivos, mas fundamentalmente nas maneiras de planejar e administrar a sua implantação e consolidação, bem como produzindo novos conhecimentos (pesquisa) que possam dar resposta satisfatória aos questionamentos operacionais e estruturais que surgem na prática cotidiana.

A Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, propõe a universalização do direito à saúde ao defini-lo como um "direito de todos e dever do Estado" (art. 196, Capítulo II, Da Seguridade Social), estabelecendo os princípios de equidade, uniformidade e equivalência dos serviços, agora privilegiando a universalidade e a humanização. Mais voltada para a atenção básica, a Constituição repensa o custo desse atendimento à saúde, muito centrado nas especialidades médicas e na

tecnologia, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) para cumprir o papel de ordenar o processo de formação de recursos na área da saúde.

Os serviços de saúde passam a se organizar nesse sentido, e para responder aos problemas de saúde então colocados, as escolas de medicina devem preparar os profissionais que atuam nesses serviços para que possam corresponder às necessidades da população. Desse modo, as reformas que ocorrem no setor da saúde estão indelévelmente associadas à formação dos profissionais e à escola médica.

Ocorre, portanto, uma gradativa mudança na atuação médica, que vai deixando de ser uma prática liberal, tornando-se assalariada e vinculando-se a convênios, seguradoras e serviços públicos de saúde. Logo, o ensino médico precisa se adequar a essa nova realidade. Lampert (2002) chama a atenção para esses dois aspectos, complementares da prática médica: um liberal e privado e outro assistencial e público, de base sócio-epidemiológica.

Para que o ensino médico, sem excluir a abordagem da assistência especializada, passe a localizá-la num contexto geral dos serviços de saúde com modalidades alternativas da prática médica – mais voltado para seus aspectos, não apenas técnicos, mas também sociais, éticos e humanitários –, foi criado um grupo de trabalho com a finalidade de avaliar o processo de formação do profissional médico, no âmbito nacional, bem como sua instituição formadora.

Em março de 1991, foi formada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), composta pelas principais entidades da área médica: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Academia Nacional de Medicina (ANM), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Docentes de Ensino Superior/ Sindicato Nacional (ANDES/SN), Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CRMESP), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CRMERJ), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM). A esse respeito, Basile (1998, p. 308) declara que:

Essa comissão definiu como principais objetivos a avaliação do Ensino Médico visando a qualidade no atendimento às necessidades médico sociais da população, propondo medidas visando sanar as deficiências encontradas a curto, médio e longo prazo, criando mecanismos permanentes de avaliação e para desenvolver programas de educação Médica Continuada.

O delineamento desse projeto, cujo objetivo principal é a melhora da qualidade do ensino médico, estabeleceu dois eixos básicos de atuação: conhecer as escolas e o ensino médico no Brasil; e discutir o ensino e a profissão médica, de forma a desencadear uma ação transformadora. Essa comissão inicia um projeto de avaliação desenvolvido coletivamente com a participação de representantes de professores, alunos, profissionais e usuários.

Basile (1998, p. 309) ainda destaca ter sido aquele “um momento de decisão política e de compromisso com a educação (e a saúde) de nosso País, e de rompimento com a desigualdade na atenção à saúde”. Por esse motivo, poderia ser considerado “marco na história do ensino médico brasileiro”, pois permitiu uma aproximação entre as escolas médicas que desenvolveram um projeto transformador por meio da pesquisa-ação.

A participação de cada instituição foi voluntária; e ao final de cada etapa do projeto, as instituições receberiam o resultado de sua avaliação com garantia do sigilo e a avaliação geral do conjunto das escolas participantes. A escola poderia, dessa forma, avaliar seu perfil e relacioná-lo ao perfil do conjunto das escolas médicas do Brasil e da sua região. A finalidade dessa pesquisa era proporcionar algo que levasse a um processo de transformações do ensino médico, e não à classificação das escolas.

O projeto CINAEM foi concebido em fases, que analisavam não apenas a instituição e seu modelo pedagógico, mas também os atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem. Em relação aos dados obtidos, vamos nos ater àqueles que descrevem o nosso eixo de estudo: o professor de medicina.

A primeira fase do projeto CINAEM se estendeu por dois anos (1991-1992). Seu objetivo era descrever o perfil da escola a partir de um questionário (266 itens) autoaplicável, que alimentou um banco de dados através de um levantamento sócio-

epidemiológico, levando em conta aspectos estruturais, características educacionais, recursos humanos e materiais da instituição.

Esse levantamento revelou, além de instalações e equipamentos obsoletos, professores mal remunerados, não preparados adequadamente, pouco motivados para interagir com os alunos. Revelou, ainda, um pouco envolvimento da escola com o sistema de saúde local (CINAEM, 1994).

A segunda fase, de 1993 a 1997, se preocupou em analisar três aspectos: o produto final – estudo de corte para avaliação dos formandos; os recursos humanos – estudo transversal de avaliação do corpo docente; e a análise do modelo pedagógico por meio do planejamento estratégico. Para sua execução, foram realizadas oficinas de treinamento. A terceira fase caracteriza o processo de construção e implementação das transformações necessárias para melhoria da qualidade do ensino médio. Em 1997, foi divulgado o Relatório Geral da CINAEM: “Avaliação do ensino médio no Brasil”, que mostra uma visão detalhada dos docentes das escolas médicas, obtida por meio de um delineamento epidemiológico transversal, e a partir de informações fornecidas pelo próprio docente, tendo como instrumento um questionário com dados colhidos entre junho de 95 e fevereiro de 97 (CINAEM, 1997). Esse relatório, em que foram pesquisados 4193 docentes das 31 escolas que participaram dessa fase, evidencia características importantes do docente das escolas médicas, entre as quais destacamos: a maioria do corpo docente é constituída por homens (67%), predominando a faixa etária de 30-49 anos; mais de metade tem menos de 10 anos de docência; 31,3% dos docentes possuem mestrado, 20% possuem doutorado e 6,6% são especialistas em educação; 73,7% realizam outra atividade fora da escola; somente 30% apresentam mais de metade de sua renda a partir de atividade docente; e 22% trabalham em regime de dedicação exclusiva (a maioria em escolas públicas) (CINAEM, 1997).

Os pesquisadores, na discussão dos dados, observaram que o trabalho médico como docente não se configura plenamente como uma profissão, existindo pouco vínculo com a produção de conhecimento, constituindo-se como uma atividade complementar à profissão médica. Além disso, os docentes com maior dedicação à carreira acadêmica e com maior vínculo com a produção do conhecimento eram os mais insatisfeitos com o salário e a situação financeira global. Os mais jovens, sem

formação e insatisfeitos com a sua situação financeira, possuíam maiores cargas de ensino e assistência. “Esse perfil evidenciou os dilemas da formação do estudante de medicina, cujos mestres enfrentam muitas vezes carências similares a dos alunos”, relata o Cinaem (1997, p. 39). Este relatório conclui que esses docentes se revelam, em geral, pouco preparados para o ensino, para a pesquisa e para as atividades administrativas. A docência é considerada uma atividade secundária, pois uma menor dedicação à carreira docente parece associar-se a um êxito financeiro. Esse perfil docente sinaliza para um processo de ensino médico pautado na reprodução de conhecimento, pouco estimulando a sua produção. Concluiu-se que a função docente se configura como uma complementação de sua atividade principal: ser médico.

Quando o modelo pedagógico é analisado na segunda fase, observa-se que o investimento na capacitação docente, pelas instituições, é baixo, levando a uma qualificação técnica e pedagógica deficiente e uma inserção secundária na docência, que passa a ser uma segunda atividade na vida desse médico (também professor). Conclui, o relatório, que “a concepção biologicista de abordagem do processo saúde doença se mantém estruturalmente e se reproduz através do modelo flexneriano de ensino médico” (CINAEM, 1997, p. 36), lembrando que esse modelo de ensino médico foi descrito em 1910. Já o relatório da Cinaem “Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira” aponta a centralidade da ação dos professores no processo de transformação do ensino médico (PICCINI; FACCHINI; SANTOS, 2000). Sua participação é determinante para a definição do modelo pedagógico mais adequado que dê conta, ao mesmo tempo, dos avanços tecnológicos e das reais necessidades da comunidade.

Além disso, sua atuação é vital no planejamento e gestão, pois é o professor o responsável pelo ensino, pesquisa e extensão, o tripé que sustenta a escola médica. É na relação professor-aluno que o médico se constitui como profissional. Portanto, a mudança de perfil do médico exigida pela sociedade acarreta a necessidade de mudança do professor. A sua deficiente preparação didático-pedagógico faz do docente um elo frágil para essa transformação.

O delineamento do perfil detectado no decorrer do Projeto Cinaem (1997) assinala para a necessidade de desenvolvimento do corpo docente em relação à

subtitulação, capacitação didático pedagógica, educação permanente e avaliação da produção acadêmica e da prática de ensino. Alguns aspectos importantes são assinalados: domínio do exercício da medicina e do ensino; formação em alto nível das áreas de educação e do conhecimento médico; domínio de fundamentos didático-pedagógicos requeridos para o novo modelo de ensino-aprendizagem; utilização de métodos e técnicas didáticas mais eficazes ao ensino e à assistência à população; gerenciamento e avaliação do currículo médico; compromisso com a formação; atualização permanente; trabalho em equipe; entre outros.

O relatório do Cineaem (1997) deixa claro a necessidade de profissionalização da atividade docente nas escolas médicas brasileiras e de um maior comprometimento com o ensino. Esse ensino que apresenta, na medicina, características peculiares, pois, além das atividades de ensino e pesquisa, existe também a atividade assistencial, o que insere outro ator no processo ensino-aprendizagem: o paciente.

2.1.3 A situação da docência universitária

Ensino, pesquisa e extensão é o tripé onde se assenta a produção do conhecimento nas instituições de ensino do terceiro grau no Brasil. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei Federal nº 9394 de 20 de dezembro de 1996) coloca esses três aspectos em seu Art. 43, quando fala das finalidades da educação superior.

De acordo com Pimenta e Anastasiou (2002, p. 56), são exigidas do professor universitário além das atividades de ensino, ações de pesquisa e extensão. Nesse sentido nunca é demais lembrar que:

[...] o ensino é a própria razão de existir da escola, em todos os níveis, estando agregados a ele a produção de novos conhecimentos, o que significa que a pesquisa deve se fazer presente, retroalimentá-lo e ser estimulada por ele. Ao mesmo tempo, a inserção da universidade – e do ensino superior como um todo – na comunidade deverá dar-se através da prestação de serviços, ou seja, da extensão.

Ao desenvolver pesquisas, o educador do ensino de terceiro grau aprofundará conhecimentos, do qual é expertise, gerando assim novo conhecimento que certamente serão utilizados em seu ofício de professor. Esses conhecimentos

produzidos são transformados em publicações que vai garantir ao professor uma posição de destaque entre os pesquisadores do país.

Não devemos perder de vista que um professor de ensino do terceiro grau deve, portanto, buscar atingir o tripé onde se sustenta a universidade (ensino, pesquisa e extensão). Muitos autores, como Kourganoff (2002), criticam a dissociação entre o tripé das universidades, fazendo críticas ao “carreirismo universitário” que privilegia a ascensão do professor na instituição baseada apenas em uma dessas atividades – a pesquisa. Segundo o mesmo autor, quando isso acontece:

[...] os pesquisadores que atuam no nível superior vão para essa atividade não objetivando desenvolver atividades pedagógicas [...] (pois em geral eles detestam os 'encargos de ensino'), mas unicamente pela perspectiva de continuarem suas pesquisas em um ritmo menos estafante, na segurança material que proporciona a posição de um docente-pesquisador (KOURGANOFF, 2002, p. 146).

Kourganoff (2002) também crítica quando ocorre o contrário. O autor chama os professores de “pseudo-professores universitários” aqueles que repudiam a pesquisa como se ela fosse a causadora do seu afastamento das atividades pedagógicas. Para Kourganoff (2002, p. 147), o objetivo da universidade é a construção e divulgação do conhecimento, e a investigação não pode dificultar as relações entre o professor e o aluno.

Da mesma forma, temos que entender que o ensino e a pesquisa têm que estar associadas a extensão. O conhecimento produzido precisa em verdade ser disseminado, possibilitando que o estudante possa encontrar a realidade comunidade/sociedade, realidade em que irão atuar profissionalmente depois de formados, levando consigo os avanços da universidade.

Na prática, a relação entre esses pilares – a considerada indissociabilidade entre a teoria e prática – não ocorre de forma harmônica, mas carregada de tensões, conflitos e contradições, tornando a parceria instituição/comunidade difícil de ser concretizada. Nessa relação, a nova ordem mundial – o processo de globalização existente desde o século passado e, de forma mais marcante, nos últimos vinte anos – impõe uma adaptação, determinando conflitos de ordem financeira que surgem na universidade, e também a discussão da elitização do ensino superior, do modelo

pedagógico e da função do ensino superior, ou seja, tratamos aqui de estruturas múltiplas e heterogêneas, cujas demandas tangenciam aspectos pelo sociais, políticos e culturais (ABREU, 2009, p. 39).

Ristoff (1999, p. 29), em suas reflexões sobre o contexto atual da universidade brasileira, aponta aspectos que contribuem para configurar a crise da universidade: as comunidades universitárias, amparadas pela história e pela necessidade de pensar o futuro, insistem na visão da universidade como guardião da ciência e da arte, exigindo autonomia e desatrelamento das demandas imediatistas e utilitárias de mercado e governos. Os governos, por sua vez, sentindo-se amparados pelas urnas, buscam implementar projetos de desenvolvimento, e exigem que as universidades ou se ajustem aos novos tempos, ou pereçam; os indivíduos, por fim, em especial os excluídos do sistema da elite, sentem que a educação pode ser a grande oportunidade para mudarem e melhorarem as suas vidas.

Outros autores, como Buarque (1993) e Gentili (2003), discutem os conflitos gerados nessa relação entre a universidade, o estado e a sociedade, situando a reestruturação da educação superior no cenário da economia política da globalização.

Esses autores vêm focando essa condição na qual se coloca a questão do caráter de bem público dos conhecimentos produzidos na universidade e dos direitos que a sociedade tem sobre eles, assim como a própria universidade que é colocada como espaço de intervenção com a finalidade de controle da produção de conhecimento, seus modos de apropriação e de uso. Focam, também, estes autores, na discussão acerca de qual poderá ser o futuro das universidades.

Contreras (1999) mostra a interdependência entre o ensino e os movimentos políticos e sociais, sendo a escola um espaço permanente de conflito e contradições, onde se discute o valor pedagógico e social de mudanças:

[...] os movimentos sociais se produzem nas práticas e nos compromissos concretos, na discussão de ideias de dentro de coletivos que buscam em sua própria prática profissional dar sentido a seu trabalho, expressar publicamente tais motivações e as formas nas quais o ensino escolar se encontra envolvido em conflitos que nem sempre são educativos, embora se projetem sobre ele (CONTRERAS, 1999, p. 19).

Este autor discute, ainda, a dimensão política da atividade docente e sua relação com a realidade social que, ao mesmo tempo em que solicita sua participação, é influenciada pela academia:

Mas, se se quer que o debate permanente e aberto sobre os compromissos educativos e sociais transcenda o âmbito acadêmico, e se aspira que este seja um debate fundamentalmente profissional (no sentido de que se integre com as formas práticas e os pensamentos subjacentes com os quais os ensinantes realizam o seu trabalho), então é necessário que os docentes possam ter o conhecimento e a possibilidade real de tornar-se parte ativa na elaboração e desenvolvimento de políticas educativas, assim como na defesa de ideias educativas (na rede semântica que povoa o imaginário da educação e sua finalidade) e na análise e na denúncia das condições de ensino e suas consequências (CONTRERAS, 1997, p. 19).

Essa sociedade em transformação exige adaptações na educação, onde muitas influências atuam sobre o ensino superior. Essas tensões se concretizam por meio de pressões governamentais e públicas para a responsabilidade em relação a custos, eficiências, produtividade e qualidade do ensino, enquanto que as outras dizem respeito ao rápido progresso tecnológico, à necessidade de rápida adequação e competências à comunidade, à importância da função em equipe, da capacidade de decisão e da assistência à comunidade; dizem respeito, por fim, à função social do ensino. Estes aspectos foram estudados por Kwiek (2001), membro do *Centre Européen Pour l'Enseignement Supérieur*, UNESCO (Cepes). A nova configuração social carrega em seu bojo uma nova exigência de ensino e, com ela, a necessidade de um professor em sintonia com a sociedade atual.

O contexto político-social que influencia a universidade se reflete na prática pedagógica. Cunha e Leite (1996), em estudo realizado com professores e alunos de diferentes cursos, demonstram as relações de poder próprias da estrutura da universidade, que se estabelecem determinadas pela força política e econômica das profissões, relacionando diretamente o que é pedagógico e o que faz parte do contexto político social. Segundo os autores:

Não se pode analisar a universidade sem contextualizá-la histórica e socialmente; as crises do ensino-aprendizagem na graduação são crises do conhecimento socialmente distribuído pelos currículos; os contextos referidos influenciam a prática pedagógica (CUNHA; LEITE, 1996, p. 8).

As estruturas de poder e as relações estabelecidas na universidade variam de acordo com os diferentes campos do conhecimento. A pesquisa realizada por Cunha e Leite (1996) nos mostra que o ciclo do poder é perpetuado pela força que as dimensões políticas e econômicas das profissões estabeleceram sobre o campo da epistemologia – enfim, toda a influência que esse delineamento possa determinar no projeto pedagógico e na avaliação do ensino. Dessa forma, o “ser médico”, por exemplo, institui o “ser professor”. Cunha e Leite (1996, p. 92) chegam à conclusão de que:

Os problemas da prática pedagógica não estão circunscritos a ela e sim ao correspondente campo epistemológico em que se insere a profissão que, por sua vez, está diretamente definido e controlado pelo modo de produção presente na divisão social do trabalho na sociedade.

O ensino superior, que é responsável pela formação do profissional, atuará na sociedade, formando para a competência profissional (que não apenas cópia, mas sabe as respostas e as refaz em sua prática diária), tendo, ao mesmo tempo, a responsabilidade social de formar para a competência cidadã. Demo (1998) contribui para a discussão dessas duas dimensões de competências e assinala que a cidadania construída na universidade apresenta como característica importante ter como instrumento o conhecimento, sua produção e sua utilização, e dela se espera que seja: crítica, criativa, efetiva, presente, exemplar e competente:

O forte dessa cidadania não é ideológico, mas de conhecimento, por mais que os dois termos sejam inevitavelmente embaralhados. Uma das habilidades do acadêmico é distinguir entre ciência e ideologia, até onde possível, para salvaguardar o espaço de cada uma (DEMO, 1998, p. 65).³

Até este ponto, foram vistos alguns aspectos importantes para identificar as principais variáveis que exercem influência impulsionadora do processo de formação do médico. Por conseguinte, serão descritas aquelas que concernem ao aprimoramento desse processo e, além disso, representam um progresso inestimável nos domínios da informática e das telecomunicações, além de uma revolução dentro dos conceitos de espaço e de tempo, nos quais a informação foi revelada à condição de altíssimo valor.

³ A competência profissional, conforme assinala o autor, ultrapassa a somática de conhecimentos adquiridos passivamente pela transmissão, mas se compõe pelo processo de permanente inovação ultrapassando os desafios de saber pensar e aprender a aprender, com uma constante renovação dos conhecimentos. Demo (1998, p. 78) destaca ainda o professor como “orientador do processo de questionamento reconstrutivo do aluno”.

2.2 A EDUCAÇÃO CONTINUADA NA FORMAÇÃO DO MÉDICO

2.2.1 A necessidade da formação continuada

Retomando a questão da especialização médica, no entanto, em uma área onde os incessantes avanços exigem aprendizado permanente e mais aprofundado, torna-se inexequível descrever os inúmeros programas de educação continuada disponibilizados atualmente para o campo biomédico, em face do limitado espaço reservado a uma dissertação.

De pronto, gostaríamos de dizer que entendemos educação continuada como a atividade que se realiza por meio de cursos, que permitam aos seus participantes a se utilizarem de novos conhecimentos, quer seja por meio de tecnologia ou não. A formação continuada como seu próprio nome diz deve acontecer de forma constante, periódica ao longo da vida de todo profissional. Sua duração pode apresentar características múltiplas quanto sua duração, dependendo obviamente da necessidade da abrangência prevista, podendo ser de curta duração ou de uma duração mais elástica, podendo serem cursos promovidos por instituições de ensino de diferentes matrizes como associações profissionais, organizações sensoriais, universidades, institutos de pesquisa, etc., podendo ser realizados nas dependências dessas entidades ou nas próprias empresas (ZAYAS, 2015).

O avanço no campo da tecnologia da informação possibilita, aos poucos, que a distância entre a instituição de ensino e o aluno não mais represente barreira para o aprendizado, pois o computador pessoal já engloba tantos recursos de multimídia por meio de periféricos, que é possível o acesso à informação em tempo real, incorporando a esta todos os complementos necessários, como sons e movimentos. Recursos como radiologia digital, ultrassonografia, vídeo-endoscopia e vídeo-laparoscopia, podem ser aplicados de forma didática no ensino à distância, utilizando-se da internet como via mais eficiente e acessível. Sabe-se também que existem reservas quanto ao uso das novas tecnologias para aprimoramento e atualização por meio da educação continuada. Contudo, a questão reside, justamente, na metodologia a ser aplicada para aproximar e inteirar estes

profissionais dos recursos oferecidos pela tecnologia da informação e dos benefícios inerentes à sua efetiva utilização na complementação de estudos, ainda mais quando se trata de ensino à distância.

Sendo assim, visando tão-somente propiciar uma visão conjuntural da educação continuada no Brasil para as especialidades de ginecologia e obstetrícia, apresenta-se um breve histórico da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).⁹

A referida instituição implantou um programa de automatização que disponibiliza computadores, terminais e um moderno programa de internet, permitindo que seus associados tenham acesso aos mais diversos serviços, que vão desde a inscrição em eventos até a participação no seu Programa de Educação Continuada (PEC-FEBRASGO). Outro marco relevante, além da missão institucional da FEBRASGO, foi o lançamento da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimento Médicos (CBHPM), resultado de três anos de esforços conjuntos da Associação Médica Brasileira, suas Sociedades de Especialidades, inclusive da participação soberana do Conselho Federal de Medicina.

Tal instituição oferece apoio à atualização dos médicos associados através de várias medidas, tais como: descontos na inscrição para a obtenção do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia de FEBRASGO, com reconhecimento da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Ministério da Educação e do Desporto; promoção de atividades científicas e cursos permanentes de reciclagem nas Federais e Estaduais, sendo que cada estado possui uma Federada que coordena os programas de atualização e defesa profissional, em conjunto com as Comissões Nacionais Especializadas da FEBRASGO; colaboração com a Comissão Nacional de Residência Médica do MED (Ministério da Educação e do Desporto), para o aprimoramento da qualidade da formação do Especialista; Programa de Educação Continuada a ser desenvolvido junto às Federadas Estaduais, elaborado por Comissões Nacionais Especializadas, objetivando o controle da qualidade durante o processo de descentralização da informação (FEBRASCO, 2017).

⁹ A FEBRASGO foi fundada em 30 de outubro de 1959, na cidade de Belo Horizonte, durante a *XI Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, com as seguintes finalidades: patrocinar, promover, apoiar e zelar pelo aperfeiçoamento técnico e científico, pelos interesses econômicos e pelos aspectos éticos do exercício profissional de ginecologistas e obstetras; promover a realização de conclaves científicos, outorgar o título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) e manter publicações que divulguem os conhecimentos da especialidade; manter relacionamento com outras organizações médicas nacionais e estrangeiras; e, representar oficialmente as Federadas junto a autoridades federais.

Pretende-se, então, uma avaliação mais profunda da utilização de novos recursos de comunicação dentro da educação continuada, configurando-os como facilitadores do acesso aos programas de atualização profissional. É fato que o retorno aos bancos escolares cada vez menos se restringe ao deslocamento físico de alunos e professores. Já existem experiências referentes à implementação de cursos de especialização, cujo conteúdo e didática são previamente elaborados e transmitidos via internet. Ao mesmo tempo em que esta prática restringe o contato direto com o professor, por outro lado oferece inúmeros mecanismos de comunicação através de meio eletrônico, favorecendo um atendimento mais individualizado por parte do corpo docente envolvido.

2.2.2 Evolução dos campos de pesquisa em ginecologia e obstetrícia

No final da década de 1990, emerge com força reivindicações da sociedade brasileira no intuito da garantia da assistência à saúde. Em verdade esse processo de reivindicação vem se constituído a partir do início do século XX. Vejamos a seguir como isso se deu.

No século XIX, emergem com grande força uma série de surtos epidêmicos como de febre amarela, de cólera e de varíola. Buscando socorrer às populações afligidas por esses surtos, o Poder Central imperial teve que criar meios de assistência a população, disponibilizando remédios e médicos para evitar que essas epidemias dizimassem a população. No início do século XX, cresce ainda mais a ideia da necessidade de se criar políticas públicas para socorrer a população das doenças que as acometiam tais como novamente a febre amarela, a peste bubônica, etc. Cresce a ideia que o Brasil era um grande hospital e que para o país sair do atraso e se constituir uma população sadia e forte era precisa se desenvolver políticas públicas de assistência à saúde (CABRAL, 2013).

Assim, no decorrer do século XX e mais especialmente a partir da Constituição de 1988, cresce ainda mais as reivindicações entre a população brasileira acerca de assistência à saúde pública. Esse processo, aliás, não ocorreu somente no Brasil. Chalmers (1992, p. 98) afirma que mundialmente ocorre esse fenômeno e mais

ainda, que a partir de então se efetivasse “[...] um movimento por oferecer uma assistência à saúde baseada na evidência empírica da segurança e da efetividade dos procedimentos, em todas as especialidades médicas”. Afirma ainda que, em especial, no caso de assistência as grávidas e aos seus partos: “[...] esta preocupação com a evidência é ainda mais crucial, uma vez que, diferentemente das outras especialidades, estas práticas irão intervir sobre mulheres e crianças supostamente saudáveis, e num processo supostamente normal, o parto” (CHALMERS, 1992, p. 118).

Muito têm se discutido ultimamente sobre como se pode definir um parto como normal. As definições do que seria um parto normal variam muito de lugar para lugar, não havendo um consenso quanto como defini-lo. Rezende (1974) diz que esse é considerado, assim, “em retrospecto”. O mesmo autor diz ainda, que a partir da segunda metade do século XX, rapidamente foram surgindo tecnologias com o objetivo de que buscavam desencadear, aumentar, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de torná-lo “mais normal” e melhorar a saúde de mães e crianças (REZENDE, 1974, p. 87).

Enkin et al. (1995) afirmam que tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos, buscou-se em muito melhorar a qualidade da assistência ao parto, o que pode provocar uma adoção acrítica, que acabam não levando em consideração as intervenções não apropriadas, muitas vezes desnecessárias, colocando em risco a realização destes e a saúde das parturientes e dos bebês.

Essa postura crítica sobre o modelo de assistência aos partos começa a tomar vulto a partir da realização do Ano Internacional da Criança, que ocorreu em 1979. Assim, na Europa, cria-se um Comitê regional que buscava estabelecer limites nas intervenções de partos, objetivando reduzir a morbidade e a mortalidade perinatal e materna. Ao se detectar que o modelo de assistência aos partos estava ampliando significativamente os custos sem a contrapartida de melhoria da assistência, assim bem como, haver discordância quanto aos procedimentos adotados em relação a essa mesma assistência, foi criado um Comitê, onde diversos profissionais se associaram com o intuito de sistematizar que pudessem minimizar esses problemas e garantir maior eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e o pós-

parto. Essa iniciativa acabou contando com o apoio decisivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1985).

Para a consecução desse Comitê, foram incorporados diversos representantes quer especialistas, representantes de grupos de mulheres, grupos de consumidores de serviços de saúde, que deram significativas contribuições na tentativa de se repensar a questão da assistência aos partos (WAGNER, 1997).

Segundo Johson (1997, p. 121), o trabalho executado levou em consideração um grande quantitativo de estudos acerca das práticas de assistência perinatal, buscando analisar se eram realizadas com segurança. Este trabalho foi realizado ao longo de uma década e, ainda de acordo com o autor, foi:

[...] coordenado por obstetras, contou com o esforço conjunto de mais de quatrocentos pesquisadores (incluindo obstetras, epidemiologistas e outros), que realizaram uma revisão exaustiva de todos os estudos publicados sobre o tema desde 1950. O trabalho inteiro está disponível em publicações eletrônicas (página e CD) desde a segunda metade da década de 90 (JOHSON, 1997, p. 121).

O produto desse longo estudo, citado anteriormente, foi publicado na íntegra, face seu custo excessivo, foi sugerido uma publicação condensada, no ano de 1995, cujo objetivo era que o resultado da pesquisa pudesse ser um recurso prático para que pudesse ser utilizado em serviços. Essa publicação menor tornou-se livro de cabeceira daqueles profissionais da saúde que defendem a medicina perinatal baseada na evidência (ENKIN; KIERSE; RENFREW; NIELSON, 1993).

A partir desses estudos, outros grupos foram constituídos cuja finalidade era realizar revisões sistemáticas sobre a questão da gravidez e do parto. Esses grupos em geral buscavam evidenciar quanto à eficácia e a segurança não somente sobre os procedimentos em relação a gravidez e o parto, mas também sobre outros procedimentos de diferentes especialidades médicas. Tal iniciativa e os desdobramentos desta ficaram conhecidos como “medicina baseada na evidência científica”, e se organizaram em particular graças a ação de Archibald Cochrane, epidemiologista clínico inglês, que propôs que os recursos destinados a saúde, que em geral são poucos, pudessem ser destinados de maneira igualitária às formas de assistência que se provaram efetivas em estudos avaliativos bem desenhados.

Cochrane afirmava que antes dessa medicina baseada na evidência científica, a prática médica se baseava muito mais na pajelança do que na evidência científica, em especial, para ele, isso acontecia em relação a obstetrícia, cuja prática para ele era passível de grandes críticas.

Segundo Who (1986, p. 65):

[...] com a publicação da primeira fase destes trabalhos (WHO, 1986), a avaliação científica das práticas de assistência vem evidenciando a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto com um mínimo de – se alguma – intervenção sobre a fisiologia, e de muitos procedimentos centrados nas necessidades das parturientes, ao invés de organizados em função das necessidades das instituições de assistência.

Assim, Who (1996) chegou à conclusão de uma nova perspectiva em relação a assistência de mães e crianças no que concerne aos partos, cuja tônica é a preocupação com sua saúde. A partir dessa perspectiva, pregava-se que o ideal a ser perseguido é a realização de parto normal, e que só deveria haver intervenção neste quando existir uma razão justificável.

A esse respeito, Diniz (2001, p. 79) afirma que:

Com base nesta concepção de assistência, qualquer intervenção sobre a fisiologia só deve ser feita quando se prova mais segura e/ou efetiva que a não-intervenção. Com o avanço dos estudos nesta direção, a arguição sobre segurança e eficácia estende-se virtualmente a todos os procedimentos de rotina na assistência à gravidez e ao parto.

A partir dessa nova postura em relação à assistência ao parto, o campo da assistência à gravidez se tornou alvo por excelência da especialidade médica, no qual a prevenção recebe uma atenção especial.

Na década de 1990, a Organização Mundial de Saúde começa a tornar público os resultados dos estudos feitos em relação à assistência a gravidez e aos partos, definindo rotinas de procedimentos que foram divididas em quatro categorias:

- I. Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas;
- II. Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;

- III. Conduas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto; e
- IV. Conduas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas, provocando mais danos que benefícios.

Essas categorias permitiram aos profissionais da saúde ligados diretamente a obstetrícia e a ginecologia possibilidade de tornar suas consultas acerca das decisões dessas áreas no que concerne a assistência. Esses estudos que definiu as quatro categorias acerca das rotinas de procedimentos em relação à assistência e aos partos, acabou sendo publicado em versões variadas, até mesmo pela Organização Mundial de Saúde e que por isso mesmo passaram a ser conhecidas como “recomendações da OMS”. Dessa forma, devem ser considerados, para efeito deste estudo, quatro documentos, já referenciados nesta pesquisa: o primeiro se intitula *Appropriate Technology for Birth* (WHO, 1985), também conhecido como “Carta de Fortaleza”, o primeiro “manifesto” internacional desta corrente.

O segundo, *Recommendations for Appropriate Technology Following Birth* (1986), também conhecido como “Carta de Trieste”, é uma versão para a neonatologia do que a “Carta de Fortaleza” é para a obstetrícia.

O terceiro documento é o *Care in normal birth: a practical guide (maternal and newborn health/safe motherhood unit)* (WHO, 1996). Este trabalho é a versão completa e atualizada da iniciativa de Cochrane nesta área, sistematizando todos os procedimentos metalizados. Ele está, desde 2000, disponível em português, em publicação do Ministério da Saúde.

Por último, temos o *World health day: safe motherhood* (WHO, 1998), outro documento produzido que leva em consideração os documentos anteriores, no qual a ideia de maternidade segura é vista como um direito humano inerente das mulheres e das crianças. Há de se convir que estes trabalhos têm repercutido na assistência ao parto nos diversos países, ajudando a promover mudanças.

Tais estudos apontam que, ao ser bem informada, a mulher e as pessoas que as acompanham têm condições de melhor escolha em relação ao parto, quer seja em

relação ao profissional que vai lhe assistir, quer seja no local escolhido para que ele aconteça, possibilitando dessa forma, que o parto aconteça de forma mais saudável para mães e bebês, o que redundará na maior satisfação, sobretudo da mãe, com essa experiência (ENKIN, 2000).

Tais recomendações foram decisivas na mudança de postura da relação médico-paciente, pois a partir desse novo paradigma as decisões acerca da assistência e do parto não mais seguem um viés no qual o profissional da saúde toma unicamente as decisões, uma vez que esta passa a ser compartilhada entre os envolvidos. A partir de então, a unilateralidade da relação deixa de existir, a voz do assistido passa a ter peso, mas seguindo a recomendação do especialista. Dessa forma, assim como afirma Diniz (2001, p. 68):

[...] a parturiente não seria mais um objeto calado e imobilizado sobre o qual se fazem procedimentos extrativos de feto, mas um sujeito com direito a voz e a movimento, de quem se espera um papel ativo, reconhecendo que será ela a parir. Da equipe se espera que ofereça o apoio quando e se necessário.

Embora avanços tenham se constituído, não pensemos que a partir de então todos os problemas ligados à assistência das parturientes e dos partos foram definitivamente resolvidos. Muitos problemas persistem, principalmente nos chamados países do terceiro mundo. Procedimentos considerados danosos, ineficazes e que já deveriam ter deixado de existir continuam a fazer parte do cotidiano dos serviços do parto, como, por exemplo:

[...] o uso da posição horizontal durante o trabalho de parto e o parto; o uso de rotina do enema, da tricotomia, da infusão intravenosa; a administração de ocitocina para acelerarem o trabalho de parto; e os esforços expulsivos dirigidos durante o segundo estágio do trabalho de parto (ROTHMAN, 1993, p. 65).

Para Diniz (2001), nos últimos anos, tem havido uma distinção cada vez mais enfática sobre o que é considerado “parto normal”. Para o autor, em geral, considera-se parto normal o chamado parto vaginal dirigido, ou seja, aquele que de rotina é conduzido com a mulher imobilizada ou semi-imobilizada, privada de alimentos e líquidos por via oral, usando de drogas para a indução ou aceleração do parto, estando em posição de litotomia no período expulsivo, com eventual uso de

fórceps, e com o uso de rotina episiotomia e episiorrafia. Para a maioria dos autores aqui citados, por parto normal deve-se ser entendido o parto que ocorra conforme a fisiologia, sem intervenções desnecessárias nem sequelas destas intervenções.

Autores como Enkin (1995) e Mold e Stein (1986) afirmam que, não obstante os estudos apontem no sentido de uma assistência voltada a conhecer a real necessidade do tipo de parto que deva ser realizado, nos chamados países do terceiro mundo, a prática adotada em relação aos partos tem levado a tratamentos e intervenções duvidosas, com consequências desastrosas para a realização desses partos e para a condição de saúde dos bebês e das parturientes. Assim, Mold e Stein (1986, p. 135) declaram:

[...] cria-se o chamado efeito cascata, quando os médicos submetem as mulheres a intervenções “que podem levar a complicações, gerando intervenções subsequentes e a mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral uma cesárea, que não teria ocorrido se a cascata não tivesse se iniciado.

Davis-Floyd e Sargent (1997) asseguram que as revisões sistemáticas não têm conseguido dar conta de realizar a mudança da parte clínica praticada pelos profissionais da saúde. Assim, para estes autores, a disseminação das evidências científicas contraditoriamente ocorre por resistência a mudanças. Ademais, a disseminação passiva das evidências científicas não é suficiente para mudar a prática clínica. A resistência a tais mudanças passa por questões extra-técnicas, relacionadas às percepções e expectativas de profissionais e pacientes quanto ao parto e sua assistência, à estrutura funcional e física dos serviços, aos problemas do acesso ao leito obstétrico. Desta forma, Kitzinger (1997, p. 54) pressupõe que:

Tal situação ocorre devido as expectativas de profissionais e pacientes quanto ao parto e sua assistência, à estrutura funcional e física dos serviços, aos problemas do acesso ao leito obstétrico, às questões de financiamento do sistema de saúde, à cultura sexual e reprodutiva.

Neste contexto, uma das questões mais importantes que se colocam para uma agenda de pesquisa seria, portanto, o estudo de como promover as mudanças que estas evidências nos colocam, e de quais seriam os fatores que propiciariam ou impediriam a mudança nas práticas (DAVIS-FLOYD; SARGENT, 1997).

2.2.3 Novas bases para a formação continuada em ginecologia e obstetrícia

Existe hoje, no mundo da obstetrícia e da ginecologia brasileira, uma situação no qual fenômenos divergentes acabam coexistindo. Por um lado, a necessidade de mudanças na forma de pensar a assistência e a realização de partos, de outro a persistência dos equívocos praticados cotidianamente no que concerne à manutenção de taxas de episiotomia e de cesáreas. A recomendações veiculadas pelos adeptos de evidências científicas que são críticos, por exemplo, ao desenfreado número de cesáreas no Brasil. A crítica ao número de cesáreas no país, mesmo após campanhas do Ministério da Saúde, tentando inibi-las, não apresentou resultados de mudanças profundas nesse comportamento ou dos especialistas brasileiros. Diga-se de passagem, esse fenômeno de grande número de partos cesarianos não é uma realidade específica do Brasil. O aumento desse tipo de parto é um fenômeno mundial, embora essas taxas não tenham atingindo um número alarmantes como no Brasil, onde em algumas regiões do país esse número chega até 70%, chegando em alguns casos ao total de 90%, onde se diz que, quando os partos normais acontecem, é porque os bebês “pregaram uma peça no médico, foram mais rápidos do que eles”. O profissional que enfrenta este contexto institucional adverso e insiste no parto vaginal é frequentemente considerado ingênuo pelos colegas (FAUNDES; CECATTI, 1991).

Diversos fatores contribuem para que o número de cesáreas tenha uma prevalência no Brasil, como o fato de serem mais rentáveis para os profissionais da ginecologia e da obstetrícia, elas podem serem realizadas em série e com hora pré-determinada. Generaliza-se o recurso da cesárea sob essas condições, “ressaltando-se que o empresariado da medicina, no mercado livre de controle, favorecia à predominância das cesarianas, particularmente nas instituições privadas e nos níveis de renda mais elevados” (CECATTI; PIRES; GOLDEMBERG, 1998, p. 98).

Como justificativa para os partos cesáreos, apregoa-se que estes podem neutralizar a “neurose de ansiedade” que o parto pode despertar (TESSER; KNOBEL, 2017), assim como evitar lesões genitais do parto, que são inerentes ao chamado parto normal. Segundo o Conselho Federal de Medicina (1997), o uso de partos cesáreos tornou-se quase que uma regra de boa técnica. Segundo Laboissiere (2017), em

1996, em São Paulo, o número de partos cesáreos chegou a um total de 52%, havendo cidades onde esse índice chegou a 78%. O autor continua:

Naquele ano, a cesárea foi a forma de parto de nada menos que 84% das mulheres com 11 anos ou mais, de escolaridade em São Paulo, justamente a parcela que tem melhores condições de negociar com os serviços. Um estudo mostra que quando se consideram as diversas categorias de grau de instrução, a taxa de cesáreas passa de 35% entre as mulheres sem nenhuma escolaridade para cerca de 73% entre aquelas de nível superior (LABOISSIERE, 2017, p. 80).

A partir dessa data até 2010, o número de partos realizados pelo Sistema único de Saúde apresentou um incremento do número de partos por cesariana. Esse número só iniciou uma queda significativa em 2015, quando apresentou um total de 59,8% de partos normais contra 48,2% de partos normais (LABOISSIERE, 2017).

Como o número de partos por meio de cesarianas tendeu a crescer muito a partir dos anos 1990, em 1998, o Estado brasileiro tomou iniciativas no intuito de promover a diminuição dessas estimativas, entre elas:

[...] o apoio a que parto sem complicações seja atendido pela enfermagem obstétrica; e o pagamento da anestesia de parto nos serviços do SUS (a viabilidade deste pagamento foi negada pelos profissionais e serviços). Outra iniciativa foi a criação de um “teto” percentual decrescente para a cesárea em casa serviço (que deveria representar 40% no segundo semestre de 1998, 37% no primeiro semestre de 1999, 35% no segundo semestre daquele ano, chegando a 30% no primeiro semestre de 2000 (BSRM, 2000).

Tal iniciativa contribuiu para que as taxas de cesarianas tivessem, a partir de então, um decréscimo, tanto nos serviços do SUS quanto em seus conveniados, como pode-se atestar pelo percentual de cesáreas realizadas pela rede pública de São Paulo, que caiu de 45% em 1997 para 33% em 1999. Convém destacar, entretanto, que esses números não tenderam a cair na rede particular, na qual os partos continuaram a subir em 1999, de 75,2% para 79,6%.

Para que saibamos verificar a qualidade da assistência às gestantes e aos partos realizados, deve-se investigar os prontuários. Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, a fidelidade do registro nos prontuários é um dos mais preocupantes quando se busca estudar a qualidade da assistência. Um estudo do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sobre a assistência ao parto e ao recém-nascido no período de 1997 a 1998, que avaliou cerca de 200

serviços, entre públicos, privados e universitários, demonstrou que 94% dos prontuários não estavam adequadamente preenchidos. Esta realidade “reflete o descaso com o documento mais fundamental para o adequado seguimento das gestantes, puérperas e recém-nascidos, e para com a avaliação posterior da qualidade da assistência prestada” (CRMESP, 2000, p. 38).

Sabe-se que abuso de cesárea, para além das possíveis repercussões sobre a saúde das mulheres, tem um enorme impacto adicional sobre as contas do setor de saúde, resultante das complicações infecciosas e anestésicas, ou simples ocupações por mais dias de internação dos já reduzidos leitos obstétricos.

O excesso de cesáreas tem importantes repercussões sobre os recém-nascidos, incluindo as complicações de saúde e seu impacto sobre as contas do setor. Há um crescente reconhecimento do impacto das práticas obstétricas intervencionistas na mortalidade neonatal no caso brasileiro (SCHRIMER, 1999).

As relações das distintas propostas de mudança da assistência, e de seu conteúdo técnico, com as questões dos direitos das pacientes, dos direitos reprodutivos e dos direitos humanos, são perguntas que têm sido colocadas por diversos atores sociais, como o movimento internacional de mulheres pelos direitos humanos (BUNCH; RIELLY, 2000) e mesmo por agências como a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998).

A discussão sobre humanização é de certa forma uma versão brasileira, ou pelo menos latino-americana, daquilo que nos países de língua inglesa é chamado movimento por um “gentle birth, respectful birth”, entre outros termos mais imediatamente referidos ao cuidado na relação pessoal.

Na década de 1980, a discussão sobre os modelos de assistência leva à distinção entre o modelo baseado na parteira, ou holístico, e o modelo médico ou tecnocrático, problematizando os conflitos filosóficos, corporativos e financeiros envolvidos (TESSER; KNOBEL, 2017). Mais recentemente, a discussão sobre humanização e direitos humanos tem ocupado um espaço relevante no cenário internacional, mesmo em língua inglesa. Assim, torna-se mister a aceção de que a busca por uma assistência humanizada ao parto é um tema de crescente interesse,

ainda que os sentidos, conteúdos e finalidades desta forma de assistência sejam, em grande medida, componentes de um debate em aberto.

2.2.4 Novas fontes e recursos disponíveis para a formação continuada

Mesmo que ainda não atue nos campos de ginecologia e obstetrícia, a *eHealth Latin America*, a maior empresa de saúde voltada à internet da América Latina, tem anunciado, por meio de seus portais médicos, o lançamento da *eHealth LA University*, a principal fonte *online* de educação médica continuada (EMC) para médicos da América Latina.¹⁰

A *e-Health LA University* desenvolve seus próprios cursos de educação médica continuada (EMC) em espanhol, português e inglês. Ao mesmo tempo, tem acordos especiais com associações médicas reconhecidas, escolas e universidades para oferecer a plataforma *online* de seus programas educativos. Somente as instituições aprovadas pelo Conselho de credenciamento para educação médica continuada (CCEMC) são consideradas e incorporadas a essas parcerias. Todos os cursos da *e-Health LA University* obedecem aos padrões internacionais e são cuidadosamente avaliados por seu conselho editorial. Brevemente, a *e-Health LA University* contará com um sistema pan-americano de aprovação educacional para o ensino à distância, que atualmente está sendo desenvolvido. Sua metodologia de ensino foi especialmente desenvolvida para a internet, baseando-se em conceitos da Associação Médica Americana para o ensino à distância. Após fazer o cadastro na página eletrônica da instituição, o médico acessa uma sala de bate-papo e interage com um tutor que supervisiona o aprendizado de cada profissional.

Em um esforço para ficar a par das mais recentes técnicas e dos avanços da medicina, os médicos que participam de cursos de educação médica continuada geralmente têm de arranjar tempo fora do trabalho, ou mesmo viajar para assistir a palestras fora da cidade. A escassez de tempo e a falta de cursos de qualidade dificultam o processo. A *e-Health Latin America*, por meio da *e-Health LA University*, vem facilitando o acesso à educação médica, aliando-se à SBACV para fornecer

¹⁰ Cf.: <<http://www.bibliomed.com.br/>>.

cursos online de qualidade. Os médicos se conectam a um dispositivo e passam a fazer parte de um campus digital interativo enquanto estão no trabalho ou em casa.

Os cursos de EMC da *e-Health LA University* já abrangem 20 especialidades médicas diferentes, cobrindo assuntos como “Doenças infecciosas em criança” (certificado pelo FUNCEI – Centro Argentino para o Estudo das Doenças Infecciosas); “Medicina familiar” (certificado pela Sociedade Médica Interna Geral da Argentina e pela Universidade de Buenos Aires); “Hipertensão” (certificado pela Sociedade Mineira de Cardiologia); “Medicina Baseada em Evidências” (certificado pela Universidade de Buenos Aires); “Dengue” (certificado pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Ministério da Saúde do Brasil); “Câncer de Mama” (certificado pela Universidade Federal de Minas Gerais), “Hipertensão Arterial” (Certificado pela Sociedade Mineira de Cardiologia); isto somente para mencionar os cursos já agendados.¹¹

A *e-Health Latin America* possui uma equipe de gerenciamento para a América Latina com uma extensa experiência nas áreas de saúde, além de conhecimento sobre saúde na internet, presença regional e fortes relacionamentos nos EUA e na América Latina. O escritório central da *e-Health Latin America* localiza-se em Washington DC, e a maioria dos funcionários da empresa trabalha na América Latina em escritórios estabelecidos em Buenos Aires (Argentina), São Paulo e Belo Horizonte (Brasil) e Cidade do México. Atualmente, a *e-Health Latin America* possui 60 funcionários trabalhando em período integral e uma ampla rede de profissionais freelance e consultores.

Outra referência interessante é a Estação Médica Digital da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP, 2017). Esta apresentou, durante a abertura da Hospitalar 2003, no Expo Center Norte, em São Paulo, em junho do mesmo ano, o projeto da Estação Digital Médica, uma ação integrada entre instituições para criação de uma rede de logística, destinada a otimizar os recursos de saúde por

¹¹ A *e-Health Latin America* é a principal empresa de serviços de saúde pela internet na América Latina, que oferece uma mistura inovadora de informação, comunidades, serviços e soluções B2B para empresas e profissionais na área de saúde e consumidores. Com base em comprovados modelos norte-americanos na área de saúde, adaptados às necessidades exclusivas do mercado latino-americano, a *e-Health Latin America* oferece comunicação, custos mais baixos e melhora a qualidade geral dos cuidados de saúde na América Latina.

meio da disponibilização de teleducação interativa e tele-assistência, baseada em videoconferência e internet.

Segundo o professor Dr. György Böhm, titular da Disciplina de Telemedicina e presidente do Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde, a Estação Digital Médica é uma proposta de educação continuada e transmissão de eventos médicos à distância.¹² A ideia é integrar instituições de educação médica, hospitais e profissionais da saúde, democratizando o conhecimento e otimizando recursos. Com essa iniciativa, será possibilitado “às regiões mais distantes do Brasil o acesso à informação e à tecnologia, somente disponíveis nos grandes centros”, ressaltou Böhm, que realizou a palestra de abertura sobre o tema “Telemedicina e Saúde no Brasil”, com transmissão para as cidades de Rio Branco, Fortaleza e Curitiba. A Escola Politécnica da USP possui um núcleo de Telemedicina em seu Laboratório de Sistemas Integráveis, que atua na pesquisa e desenvolvimento de sistemas integrados e suas aplicações na prática da saúde à distância. Dentre os projetos, destacam-se simuladores de procedimentos invasivos baseados na Realidade Virtual, servidores de informação em saúde e a rede ONCONET de apoio ao tratamento do câncer infantil.

Segundo Mesquita (2003), a educação à distância é uma forma de ensino, inclusa na Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (LDB), que estabelece as diretrizes e bases da educação, já regulamentada por rígidos dispositivos como Decretos, Portarias, Pareceres e Resoluções (MEC).¹³

As muitas Instituições de Ensino Superior (IES) que se valem da educação à distância como um recurso pedagógico, utilizando os instrumentos tecnológicos da internet, estão sob a tutela da legislação em vigor, com seus cursos acompanhados pela CAPES, com os critérios de avaliação específicos, nos quais o requisito da qualidade do ensino não difere daqueles estabelecidos para a educação continuada.

Conforme Mesquita (2003), estudar à distância não é recomendável para quem deseja, sem fazer esforço, regularizar sua situação escolar, obter um certificado de

¹² A disciplina de Telemedicina foi implantada na Faculdade de Medicina da USP, em 1998. Trata-se de uma nova especialidade médica que tomou dimensões globais com a utilização da Internet e Web no conjunto das ações de saúde, envolvendo a medicina assistencial, a pesquisa, a educação e a atualização na área da saúde.

¹³ Disponíveis na página institucional do MEC pela internet em: <<http://www.mec.gov.br/seed>>.

graduação ou pós-graduação. São imprescindíveis qualidades incomuns, não encontradas numa parcela considerável de estudantes, que é a dedicação aos estudos. Este sistema de ensino-aprendizagem requer um aluno disciplinado que insira no seu cotidiano um tempo para os estudos. A leitura com o domínio de interpretação, conhecimentos dos recursos tecnológicos da informática e a perseverança diante das dificuldades que surgirão naturalmente no transcorrer do curso serão fatores preponderantes para sua conclusão. A EAD está muito longe de poder ser tida como uma educação da categoria inferior ou de má qualidade. É o aluno instruindo-se sem protecionismo.

Mesquita (2003) menciona que, segundo o Guia para Credenciamento da EAD, a educação à distância é uma forma de ensino que possibilita a autoaprendizagem, com a mediação de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentadas em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados por diversos meios de comunicação. Podem oferecer cursos de graduação à distância as instituições públicas ou privadas legalmente credenciadas, por meio de parecer do Conselho Nacional de Educação.

A Licenciatura Plena à distância é incentivada e é referendada por órgãos do MEC. Tratam-se de exemplos disseminados por todo o país, ou já em estruturação:

- Programa Interinstitucional de Qualificação Docente em Mato Grosso, que envolve a Secretaria de Estado de Educação (SEDUC), Secretarias Municipais de Educação, a Fundação Estadual de Ensino Superior (FESMAT) e a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), com a participação do Sindicato dos Trabalhadores da Educação Pública de Mato Grosso (SINTEP).
- A Universidade Potiguar (UnP), que faz parte da Rede Brasileira de Ensino à Distância (a associação de 10 conceituadas instituições de ensino superior do país que formam o Instituto Uvb.Br) é a única IES do Rio Grande do Norte credenciada a oferecer cursos à distância, autorização esta ratificada pela Portaria N°1.068, de 8/05/03/MEC.

Dentre as muitas exigências da Portaria 301, destaca-se o artigo que enfatiza dados do curso, da infraestrutura, e dos docentes e suas funções:

- Art. 3º. A solicitação para credenciamento do curso de que trata o § 1º deverá ser acompanhada de projeto, contendo, pelo menos, as seguintes informações:

IV – descrição da infraestrutura, função do projeto a ser desenvolvido: instalações físicas, destacando salas para atendimento aos alunos; laboratórios; biblioteca atualizada e informatizada, com acervo de periódicos e livros, bem com fitas de áudio e vídeos; equipamentos que serão utilizados, tais como: televisão, videocassete, audiocassete, equipamentos para vídeo e teleconferência, de informática, linhas telefônicas, inclusive linhas para acesso a redes de informação e para discagem gratuita e aparelhos de fax à disposição de tutores a alunos, dentre outros.

A educação à distância, além de ir ao encontro do educador, promove sua familiarização com a informática. Um programa interinstitucional pode ser montado e posto em prática após a decorrência de um curso que regularize a situação de uma parcela de professores que precisam ter o diploma de ensino superior, pois não contam com uma devida formação para exercer a função de regente de sala de aula, isto é, a Licenciatura Plena.

São bacharéis em Ciência Contábeis, Engenharia, Enfermagem, Medicina, Direito, Farmácia, dentre outros, que fazem parte do quadro de docentes das redes de ensino público e privado, lecionam disciplinas afins, sem a devida habilitação. Opções devem ser oferecidas para que estes professores regularizem a situação.

É bom lembrar que a Lei das Diretrizes Básicas determina no seu art. 80 que “o Poder Público incentivará o desenvolvimento e a veiculação de programas de ensino à distância, em todos os níveis e modalidades de ensino, e de educação continuada”. Já o art. 87 afirma: “é instituída a Década da Educação, a iniciar-se um ano a partir da publicação desta Lei”.

Por fim, concluída a revisão bibliográfica, apresenta-se a seguir a pesquisa de campo, dentro da qual se intenta levar a efeito uma abordagem genérica das principais bases de sustentação da tríade especialização em ginecologia e obstetrícia, tecnologia de informação e formação médica continuada.

3 METODOLOGIA, UNIVERSO DA PESQUISA E DISCUSSÃO

Como já informado, esta dissertação está consubstanciada em duas vertentes, sendo que, na primeira, já explorada, foi construído todo o referencial teórico, abrangendo os conceitos fundamentais para o entendimento da evolução da educação médica e os recursos de tecnologia da informação, assim como sua aplicação nos programas de educação continuada em ginecologia e obstetrícia. Tudo o que foi descrito até agora concerniu à pesquisa bibliográfica identificada de cunho hermenêutico-descritivo e multidisciplinar, fundamental segundo a utilização dos resultados, comparativa segundo os processos de estudo, e de dados objetivos e/ou de fatos segundo a natureza das informações.

Na segunda vertente, ora iniciada, pretende-se ainda apurar os resultados de uma pesquisa de campo, cujo contexto será relevante para a constituição de um cenário mais concreto para a apreciação do problema. A aplicação de um questionário fechado almeja uma análise do reconhecimento por parte desse segmento em relação à oferta de cursos de especialização à distância, identificando também o grau de contato dos profissionais com os recursos disponibilizados pelas novas tecnologias e, sobretudo, sua percepção e preparo para utilização dessas ferramentas. Dentre os vários métodos de investigação, a escolha depende do objetivo da pesquisa, do estado dos conhecimentos e dos múltiplos acontecimentos que pesam sobre a realização do estudo empírico utilizado nesta vertente, o casuístico que, segundo Bonoma (1985, p. 7),

[...] é útil quando um fenômeno é amplo e complexo, onde o corpo de conhecimentos existentes é insuficiente para permitir a proposição de questões causais e quando um fenômeno não pode ser estudado fora do contexto no qual ele naturalmente ocorre.

Por sua vez, Gil (1987) entende que o estudo de caso pode ser visto como método de pesquisa e pode ser definido como um conjunto de dados que descrevem uma fase ou uma totalidade do processo social de uma unidade, categoria ou classe.

A grande vantagem desse método é que o enfoque de um único caso pode ser analisado, permitindo que este seja examinado quando o investigador possui recursos limitados para uma conclusão baseada no senso comum. Para efetuar o

estado proposto e atingir os objetivos determinados, foi desenvolvido um processo de pesquisa de natureza quantitativa e qualitativa, visando obter informações de médicos ginecologistas e obstetras e, pelo intermédio destes, da própria educação continuada (presencial ou não), das instituições e dos recursos tecnológicos empregados para esse fim. Objetivou também, esta pesquisa, conhecer a percepção dos fatores que podem influenciar a continuidade desse processo.

Marconi e Lakatos (1996, p. 78) defendem o emprego da pesquisa qualitativa como uma proposta sem rigores estruturais, prezando pela flexibilidade e servindo bem à exploração de novos enfoques mediante a criatividade. Ao mesmo tempo, a pesquisa quantitativa oferece informações importantes e relevantes ao estudo, permitindo obter percentuais, médias e números absolutos referentes ao trabalho.

Além das técnicas citadas, foram utilizadas fontes de informações secundárias, documentos das instituições (políticas e diretrizes, além de outras informações públicas). Para construir uma análise ampla e profunda da situação estudada, foi efetuada a triangulação de dados que tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo, conforme discutido por Triviños (1987).

A pesquisa dita qualitativa parte de questões amplas, que vão se definindo à medida que se desenvolvem os estudos. Envolve dados descritivos por meio de processos interativos, pelo contato do pesquisador com a situação estudada, além de abranger fontes primárias, agregando textos normativos que regulamentam a educação médica, com ênfase em sistema de apoio para a educação continuada. Envolve, também, fontes obtidas via imprensa em geral, sínteses de congressos e publicações das instituições de classes via internet.

Esta segunda vertente em foco, conquanto seja essencialmente empírica, terá uma intensa conexão com o referencial teórico, principalmente com relação às tendências dos médicos implícitas na utilização das novas tecnologias. Esta fase da pesquisa requereu a formulação de questionários com contexto pré-formado com respostas fechadas de múltipla escolha, com vistas a possibilitar uma melhor categorização das variáveis e dos sujeitos envolvidos. Evidencia-se a utilização de um *software* provido de recursos estatísticos e de construção de gráficos (*Microsoft Excel*), como

ferramenta de apoio para fomentar a conclusão de análise lógica das variáveis envolvidas no estudo de caso.

Preliminarmente, esclarece-se que esta fase do estudo envolve a utilização múltipla de diferentes métodos, em face de sua propriedade qualitativa, partindo de questões amplas, que vão se definindo (como hipóteses adicionais) na medida em que se desenvolvem os estudos.

A avaliação final foi estruturada de forma mais didática, partindo do geral para o particular, ou seja, do todo para as partes, dentro de um torno específico do marco teórico-conceitual, visando a consecução de uma análise abrangente dos direitos diferenciados da categoria – possibilitando, assim, uma discussão conclusiva sobre a formulação de uma proposta metodológica apropriada para nortear os procedimentos voltados para os objetos declarados da pesquisa. Tal procedimento foi cuidadosamente empreendido, sabendo-se que a proposição do problema é tarefa complexa, posto que extrapola a própria identificação, exigindo os primeiros reparos operacionais, isolamento e compreensão dos fatores específicos, que constituem o problema no plano de hipóteses e de informações.

Portanto, conforme a referência inicial ao cunho multidisciplinar do estudo, fez-se necessário que o relator aprofundasse seus conhecimentos nas áreas científicas de informática e inteligência artificial, campos de estudo que, nos tempos atuais, estão diretamente relacionados com a educação médica continuada.

3.1 CONSTRUÇÃO DA PESQUISA DIRETA

3.1.1 Contexto e delimitação do estudo

Em princípio, não haveria uma delimitação geográfica para a investigação, até porque a internet seria escalada como recurso instrumental do processo inquisitivo. Sendo assim, o universo dos médicos ginecologistas e obstetras conteria uma amostragem de tantos inquiridos dispostos à pronta colaboração no inquérito por meio do correio eletrônico. Contudo, preferiu-se um processo mais criterioso, no qual os sujeitos não seriam contatados de modo aleatório, o que visa especificamente os

profissionais cadastrados na Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Espírito Santo (SOGOES), cujo montante importa 355 associados (na Capital), totalizando 524 associados em todo o estado.

Por um lado, a pesquisa envolve dados descritivos, por meio de processos interativos, pelo contato do pesquisador com a situação estudada (GODOY, 1995). De fato, a abordagem qualitativa considera que o ambiente (contexto interno e externo) exerce grande influência sobre as pessoas, as quais realizam suas ações em função do seu ponto de vista sobre o ambiente.

Conforme Triviños (1987), ao analisar como as pessoas interpretam o ambiente pode-se ter a melhor explicação de como elas desenvolvem suas atividades. Chizzotti (1991, p. 33) defende o uso de uma fundamentação qualitativa, o bom senso, por pesquisadores experimentais, para eliminar distorções decorrentes de “leitura errônea de medidas ou de defeitos no uso de instrumentos”, propondo ainda que as “avaliações dos resultados de inovações sociais deliberadas recorram à abordagem qualitativa, significando explicitamente as pesquisas fenomenológica, histórico-filosóficas, clínicas, estudos de casos, observação participante e bom senso”.

A distorção da realidade é explicada por Triviños (1987), quando afirma que as tentativas de compreensão da “conduta humana isolada do contexto no qual se manifesta criam situações artificiais que falsificam a realidade”. Assim, distorções da realidade ocorrem porque não são considerados nem o contexto no qual o fenômeno é estudado, nem sequer o seu processo. Portanto, a pesquisa qualitativa parte de questões amplas, que vão se definindo na medida em que se desenvolvem os estudos. Envolve dados descritivos, por meio de processos interativos, pelo contato do pesquisador com a situação estudada (GODOY, 1995).

Marconi e Lakatos (1996, p. 80) revelam que “do ponto de vista científico, a observação oferece uma série de vantagens e limitações, como as outras técnicas de pesquisa, havendo, por isso, necessidades de se aplicar mais de uma técnica ao mesmo tempo”, sobretudo porque isto “permite a evidência de dados não existentes do roteiro de entrevistas ou de questionários”. Sendo assim, tal observação, nesta

fase, é alimentada pela análise documental – além de entrevistas por meio de questionários.

Para alguns autores das técnicas e métodos de pesquisa, uma entrevista deve ser considerada como o instrumento por excelência da investigação social. Quando realizada por um investigador experiente, “é muitas vezes superior a outros sistemas de obtenção de dados”, afirma Best (1972, p. 120).

A mencionada experiência consiste logicamente em agrupar as questões conforme os objetivos específicos declarados, de forma que permaneçam associadas a estes, e que mantenham também uma estreita relação com o conteúdo da revisão bibliográfica. No caso particular da entrevista em tela, tomamos como pilares os três primeiros objetivos inerentes à análise de conteúdo de Seltiz (1965, p. 95):

- I. Averiguação de fatos: investigar se os inquiridos que estão de posse de determinadas informações são capazes de compreendê-las;
- II. Determinação das opiniões sobre os fatos: conhecer o que os inquiridos pensam ou acreditam que os fatos sejam; e
- III. Determinação de sentimentos: compreender a conduta dos inquiridos através de seus sentimentos e anseios.

Com vistas à construção de enunciados categóricos, as questões foram formuladas de tal forma a permitir uma obtenção de respostas compreensíveis segundo os requisitos recomendados por Lodi (1974):

- I. Validade: comparação com outras fontes, observando os pontos pendentes – as dúvidas, incertezas e hesitações demonstradas pelo entrevistado;
- II. Relevância: importância em relação aos objetivos declarados da pesquisa;
- III. Especificidade e Clareza: referência a dados, datas, nomes, lugares, quantidades, porcentagens, prazos, etc., com objetividade. A clareza de termos colabora na especificidade;
- IV. Profundidade: está relacionada com os sentimentos, lembranças e, de modo geral, aceções do entrevistado, sua intensidade e intimidade; e
- V. Extensão: amplitude da resposta.

As respostas obtidas deverão ser ordenadas, tendo em vista a construção de um *corpus* representacional que permita a aplicação de uma análise temática de conteúdo (BARDIN, 2012), não necessariamente a partir de questões fundadas em um roteiro previamente elaborado, mas, sim, mediante avaliações dos comentários livres de formatação, estrategicamente colocados entre uma e outra questão de múltipla escolha.

Definida a utilização do questionário como instrumento da pesquisa, levantamos junto à SOGOES o endereço dos ginecologistas e obstetras, os quais receberam o referido questionário.

3.1.2 Os sujeitos da pesquisa

Categorizando os elementos envolvidos na questão formulada para a pesquisa em tela, tem-se como unidade de análise a tecnologia da informação aplicada à educação continuada. Como unidade de observação, os sujeitos do estudo que foram selecionados dentre os profissionais da classe médica dedicada às atividades de ginecologia e obstetrícia (em Vitória, capital do Espírito Santo), perfazendo uma amostragem populacional significativa daqueles profissionais que vêm participando de um processo de educação continuada. A definição desses colaboradores dependeu de sua categorização, a partir dos efetivos participantes do processo inquisitivo que, nesse caso, totalizaram 50 (cinquenta) médicos ginecologistas e obstetras.

Quadro 2 - Perfil dos colaboradores da pesquisa de campo

Tempo decorrido em que se formou	Se formou em outra área	Campo de formação adicional	Especialização lato sensu	Área de Especialização	Pós-Graduação Stricto sensu	Carga horária de trabalho
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Sim	Direito	Não		Não	De 12 até 16 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas
De 3 a 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Não		Sim (concluída)	Estética médica	Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Sim	Gestão em Saúde	Não		Não	De 12 até 16 horas
De 3 a 5 anos	Não		Interrompida	Patologia cervical	Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Sim (concluída)	Ginecologia e obstetria	Não	De 8 até 12 horas
Menos de 3 anos	Não		Sim (concluída)	Sexologia	Não	De 12 até 16 horas
Menos de 3 anos	Não		Não		Não	Menos de 8 horas

Mais de 5 anos	Interrompida	Engenharia	Não		Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	Menos de 8 horas
De 3 a 5 anos	Não		Não		Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	Menos de 8 horas
Menos de 3 anos	Não		Não		Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Sim (concluída)	Patologia cervical	Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Sim (concluída)	Sexologia	Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Sim		Não		Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 12 até 16 horas
Mais de 5 anos	Não		Sim (concluída)	Sexologia	Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Sim (concluída)	Parto natural	Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Não		Sim (concluída)	Cirurgia	Não	De 8 até 12 horas

				histeroscópica		
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Sim (concluída)	Gestação de alto risco	Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Sim (concluída)	Gestação de alto risco	Não	De 12 até 16 horas
Mais de 5 anos	Não		Sim (concluída)	Patologia cervical	Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Não		Sim (concluída)	Medicina do trabalho	Não	De 8 até 12 horas
De 3 a 5 anos	Não		Não		Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Não		Sim (concluída)	Uroginecologia	Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Sim (concluída)	Ginecologia	Não	Menos de 8 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas
Mais de 5 anos	Não		Sim (concluída)	Gestação de alto risco	Não	De 12 até 16 horas
Mais de 5 anos	Não		Não		Não	De 8 até 12 horas

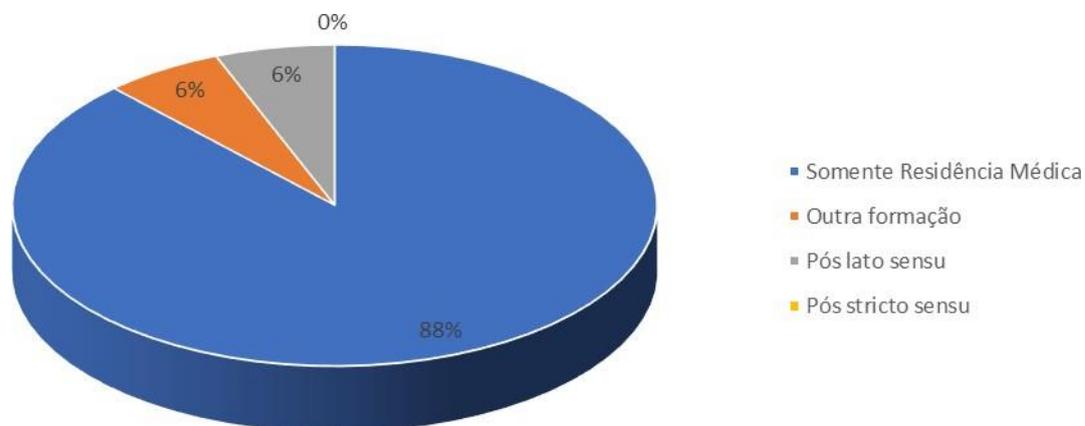
Fonte: Questionários (2017).

Como pode ser visto no Quadro 2, os inquiridos são profissionais plenos. Já que predomina a obtenção da residência média há mais de 5 anos (86%), sendo que, para a parcela restante, a obtenção se deu de 3 a 5 anos (8%), e somente três dos inquiridos (representando 6%) a concluiu há menos de 3 anos. O quadro precedente evidencia também que os médicos têm dificuldades no sentido de continuar a estudar, uma vez que:

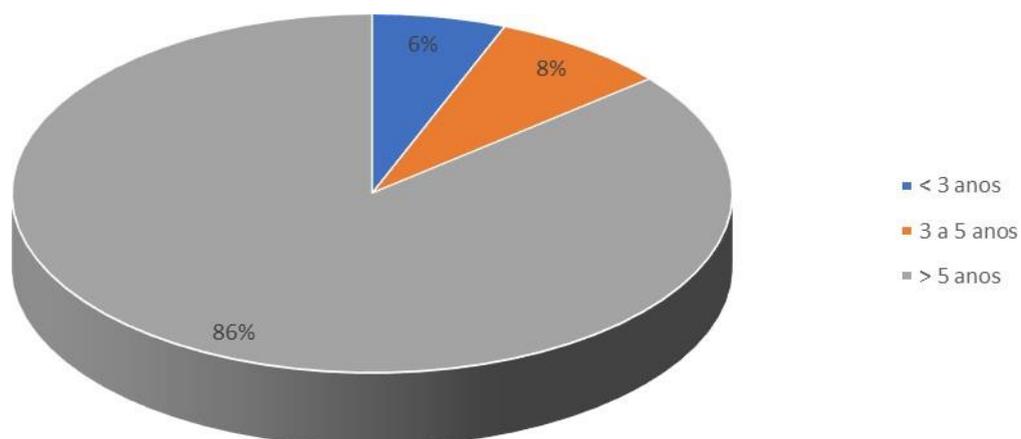
- a. Apenas quinze deles configuram pós-graduação *lato sensu* na área da saúde;
- b. Três inquiridos, excepcionalmente, tiveram outra formação fora do âmbito da ginecologia/obstetrícia, além um que teve sua graduação diversa interrompida;
- c. Portanto, a maior parte dos colaboradores (exatamente 68%) não corresponde a uma expectativa de maior dedicação à evolução dos estudos.

Há explicações para isto, uma vez que este campo da medicina é realmente assoberbante, visto que a média diária da carga horária de trabalho desses médicos importou de 8 a 12 horas para a maioria (52%) e de 12 a 16 horas para uma parcela relativamente grande (12%), notando-se também que somente dezoito dos cinquenta entrevistados (36%) trabalham menos de 8 horas. São essas (além de outras) razões que justificam a pretensão de se levar a efeito uma avaliação mais profunda da utilização de novos recursos de comunicação dentro da educação continuada, configurando-os como facilitadores do acesso aos programas de atualização profissional, para compensar o fato de que a “falta de tempo” em prol do máximo desempenho profissional não necessariamente inibe o processo de educação continuada, cada vez menos restrito ao deslocamento físico de alunos e professores. Senão, seja revisada a implementação de cursos de especialização e extensão universitária à distância, cujo conteúdo e didática são previamente elaborados e transmitidos via internet.

Para finalizar este tópico, apresenta-se graficamente a categorização resultante em relação aos colaboradores da presente pesquisa.

Gráfico 1 - Categorização acadêmica dos colaboradores

Fonte: Questionários (2017).

Gráfico 2 - Tempo decorrido da formação dos pesquisados

Fonte: Questionários (2017).

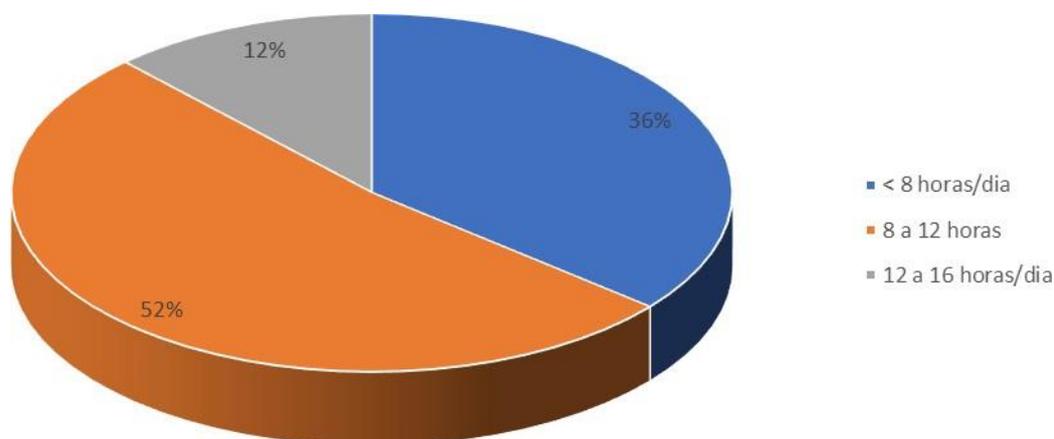
Como pode ser visto nos gráficos 1 e 2, a grande maioria dos profissionais da ginecologia e obstetrícia que atuam na Grande Vitória têm a residência médica como o último momento de sua qualificação. Além disso, essa qualificação, em sua maioria, foi realizada há mais de 5 anos, demonstrando que há evidente necessidade de que outros estudos sejam realizados para melhorar qualificação e atualização desses profissionais.

Outros gráficos de configuração do perfil dos inquiridos mostraram, além de uma categorização elevada, que é evidente a necessidade da participação ativa desses

em programas de educação continuada, uma vez apreciada a faixa etária predominante e, conseqüentemente, o tempo já decorrido desde o respectivo credenciamento profissional.

Deve ser configurado, ainda, o motivo pelo qual aqueles médicos não têm empenhado a necessária atenção ao viés da pós-graduação. Então revejamos o quanto eles têm se dedicado à atividade profissional.

Gráfico 3- Número de horas trabalhada pelos pesquisados



Fonte: Questionários (2017).

Como podemos verificar, mais de 64% dos pesquisados trabalham mais que oito horas diárias, o que demonstra a dificuldade dos profissionais da área da saúde em poderem participar de cursos de reciclagem presencial, o que corrobora a nossa tese de que os cursos de formação continuada via tecnologia da informação são cruciais para o aperfeiçoamento desses profissionais.

3.1.3 Instrumentação e forma de coleta de dados

Considerando a amplitude das conclusões requeridas e que, por sua vez, haveriam de requerer um questionamento muito extenso (e aberto) de difícil compilação subsequente, optou-se então por um inquérito pré-formatado com respostas fechadas, com uma combinação de respostas dicotômicas e de múltipla escolha. As perguntas foram entrelaçadas para possibilitar a devida consistência dos dados e, assim, validar as possíveis conclusões que eles não de gerar.

Buscou-se, portanto, categorizar as informações coletadas; e, para tanto, partiu-se de uma formulação de perguntas conforme estão dispostas no questionário ora utilizado como instrumento do processo inquisitivo (Apêndice A).

Inicialmente, para a coleta de dados, havia sido idealizado uma distribuição de questionários por meio da internet. Porém, optou-se pelo contato pessoal, mesmo porque o público-alvo é composto por profissionais demasiadamente comprometidos com o ambiente de tarefa em que se situam e, portanto, pouco habituados com a navegação pela rede de informação nas raras horas em que têm folga.

Portanto, mediante um processo seletivo, foram designados 50 colaboradores para compor uma amostragem representativa de 5,6% dos profissionais da região Grande Vitória, cadastrados na SEGOES, cujo montante na citada região importa 385 associados, totalizando 782 associados na abrangência de todo o estado. A magnitude da amostra não deve ser razão de questionamento, pois não chega a ser tão importante quanto o estabelecimento das categorias. Por sua vez, Marconi e Lakatos (1996) definem que este enunciado não diz respeito às categorias em si, mas às subcategorias, uma vez que estas são diretamente relacionadas com a unidade de análise.

3.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Primeiramente, será configurada a interpretação estatística de cada questão, para que, em seguida, todas as questões sejam agrupadas em categorias conforme suas respectivas naturezas, para embasar a subsequente interpretação semântica de conteúdo. Em seguida, tendo sido apresentado o primeiro bloco, que serviu para compor as categorias dos inquiridos, apresenta-se mais dois blocos e questões que versam sobre:

- A posição dos inquiridos no processo de formação continuada; e
- O envolvimento desses aprendentes com os recursos tecnológicos implícitos no processo.

3.2.1 O contexto dos questionários

No segundo bloco do questionário, procurou-se saber quais critérios os inquiridos têm adotado, no sentido de desenvolver sua educação continuada. Obteve-se também o volume aproximado (acumulado em horas) dos programas formais (e informais) efetivamente concluídos ou em fase de conclusão, sem considerar o conteúdo da residência médica e da pós-graduação plena.

Nesta oportunidade, questionou-se sobre a abrangência/especificidade dos programas que já estejam efetivamente concluídos (ou em fase de conclusão) no âmbito de ginecologia e obstetrícia. Para finalizar o bloco, perguntou-se como os inquiridos percebem a relevância da educação continuada em relação à medicina.

Por seu turno, o terceiro e último bloco contém perguntas cujas respostas traduziram o envolvimento dos inquiridos com os recursos tecnológicos, a partir da indicação das ferramentas que têm sido mais utilizadas em seu desenvolvimento da educação continuada.

Além de incluir pontos de vista sobre a questão de o computador ter sido desmistificado e devidamente promovido como ferramenta para a educação, este bloco contemplou ainda a opinião daqueles colaboradores sobre a tendência da individualização do ensino, em face da forte presença das novas tecnologias da comunicação. Buscou-se, ainda, uma aceção dos inquiridos do fato de que, com a evolução da tecnologia, os livros convencionais tendam a ser (ou não) substituídos por pesquisas em bibliotecas virtuais. Inquiriu-se, finalmente, se estes consideram ter o conceito de educação permanente já se firmado de forma definitiva.

Seguindo a mesma ordem do questionário, as respectivas respostas serão apresentadas dentro de quadros que, desta feita, segregam-nas em agrupamentos categorizados. Desta forma, apresentam-se:

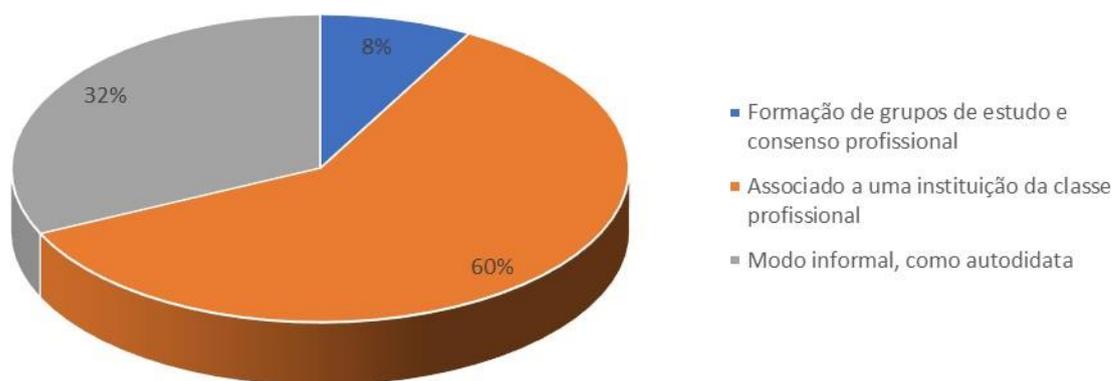
- As questões sobre a educação continuada:
 - a. Quanto ao desenvolvimento;
 - b. Quanto ao tempo dedicado aos programas;
 - c. Quanto à abrangência dos programas;
 - d. Quanto à sua relevância;

- As questões sobre a nova tecnologia de informação:
 - a. Quanto às ferramentas usuais;
 - b. Quanto à educação perante a nova tecnologia de informação;
 - c. Quanto à utilização dos recursos tradicionais;
 - d. Quanto à percepção a respeito da afirmação definitiva da educação continuada.

3.2.2 As questões sobre a educação continuada

Esta seção do questionário tem algumas questões ocultas em suas entrelinhas. Todavia, tais respostas ocultas serão interpretadas adiante na avaliação de resultados e discussões, bastando juntar alguns elementos obtidos nas perguntas visíveis abaixo caracterizadas, com outros informes já exibidos na seção preliminar. Por exemplo, é desnecessário perguntar se o profissional tem tempo disponível para a sua educação continuada, quando este já foi indagado sobre sua carga horária de trabalho diário. Nesse caso, a resposta oculta advém do analogismo.

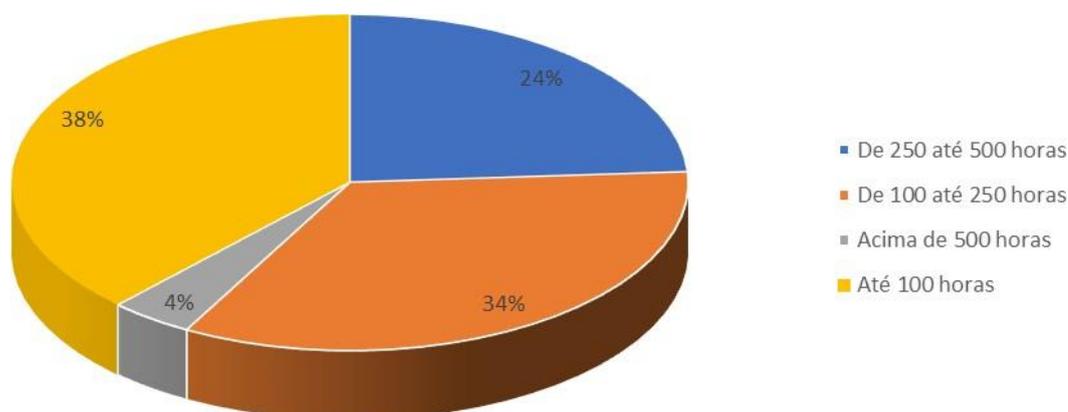
Gráfico 4- Forma como os pesquisados se organizam para a realização de educação continuada



Fonte: Questionários (2017).

A grande maioria, 68% dos pesquisados, adota a formação de grupos de estudo, que, na maioria das vezes, são promovidos por Associações de Classe; e apenas 32% utilizam o modo informal, como autodidata, para realizar cursos de reciclagem.

Gráfico 5 - Número de horas anuais dedicadas para a realização de atualização continuada



Fonte: Questionários (2017).

Torna-se transparente nesta configuração que o mais alto percentual de participantes está inversamente proporcional à magnitude da escola progressiva da carga de programas de educação continuada, o que deve ser objeto de análise e discussão no tópico subsequente.

Quadro 3 - Abrangência da educação continuada

Abrangência dos programas	Número de profissionais	%
Ultrassonografia obstétrica	11	12,9
Métodos diagnósticos	28	32,9
Fatores de risco para o parto prematuro	9	10,6
Aconselhamento genético	1	1,2
Gestação em idades extremas depois dos 40	4	4,7
Características da gestação prolongada	13	15,3
Abortamento recorrente de causa imunológica	5	5,9
Orientação sexual na gestação	6	7,1
Risco de anomalias fetais por avaliação não invasiva	2	2,4
Outros especificados*	6	7,1

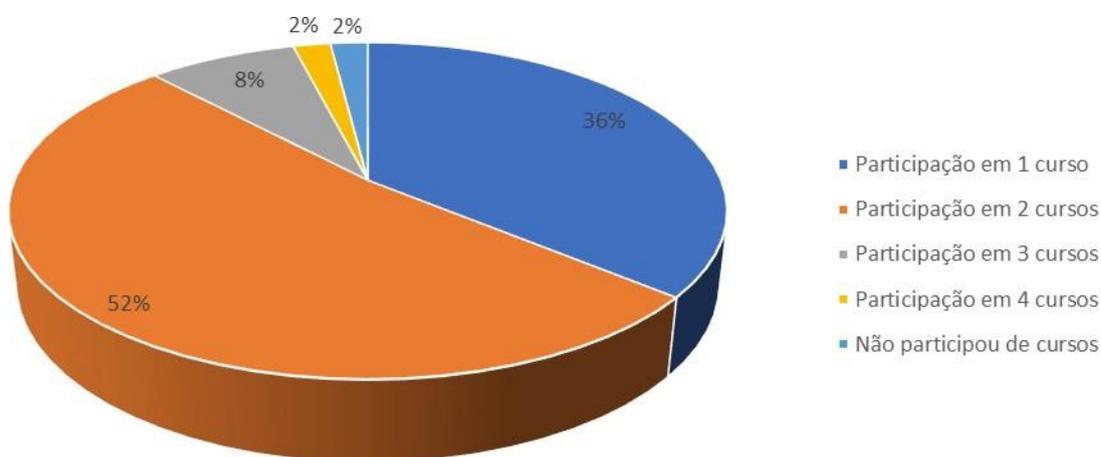
* Estética em Ginecologia, Infertilidade, Histeroscopia, Gestação e Sexologia.

Fonte: Questionários (2017).

A observação precedente está sendo corroborada, uma vez que somente o item métodos diagnósticos foi objeto de interesse a partir de uma quantidade maior de inquiridos (vinte e oito, nesse caso). Foram exibidos onze itens especificados, cuja síntese acima apresenta as opções feitas por cinquenta inquiridos. Logo, teria sido colocada em expectativa a visão de pelo menos dois médicos por programa (exceto no programa de aconselhamento genético).

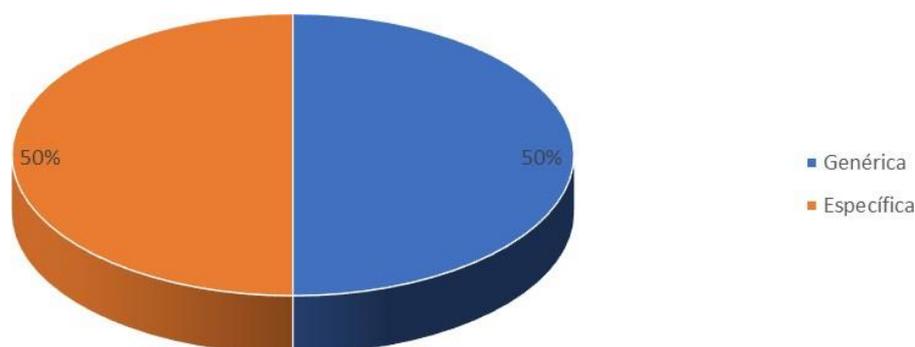
Pode ser que na discussão final a abrangência dos programas seja vista sob outro ângulo, uma vez que um dos colaboradores da pesquisa participou de todos os itens especificados e, decerto, isto representa um fator de incidência na média geral. Por oportuno, deve ser entendido que, apesar do objetivo central da pesquisa ser a respeito da utilização de novas tecnologias no processo de educação continuada, é também relevante formar uma opinião sobre o interesse dos colaboradores nesses programas. Construindo outra dimensão estatística do quadro apresentado, obtém-se a seguinte configuração:

Gráfico 6 - Participação do grupo nos programas de educação continuada



Fonte: Questionários (2017).

Como pode se verificar, o número de obstetras e ginecologistas que participam de cursos de atualização é pequeno, uma vez que a maioria deles participou dentre 1 a 4 cursos, chegando até mesmo a não participar de qualquer curso.

Gráfico 7 - Posição dos inquiridos perante a relevância da educação continuada

Fonte: Questionários (2017).

Embora o desempenho mostrado não seja satisfatório, revela-se que todos os médicos têm pleno conhecimento da importância da educação continuada para o exercício da profissão, o que ficou patente pela opinião expressa de um modo geral.

3.2.3 As questões sobre a utilização da nova tecnologia da informação

Já se sabe que a escassez de tempo, além da disposição para a seleção de cursos de boa qualidade, traz dificuldade para o processo continuado de atualização e, portanto, sem um esforço para ficar a par das mais recentes técnicas e avanços da medicina, os médicos que participam dos programas de educação médica continuada geralmente têm de arranjar tempo fora do trabalho, ou mesmo viajar para assistir a palestra fora da cidade. Esses eventos têm constituído a modalidade preferida dos colaboradores da presente pesquisa, como mostra o quadro seguinte.

Quadro 4 - Recursos utilizados no processo de educação continuada

Ferramentas mais utilizadas na educação continuada	N	%
Vídeo	12	18,8
Teleconferência online	8	12,5
Correio eletrônico	4	6,3
Bibliotecas virtuais	10	15,6
Participação em eventos científicos	30	46,9

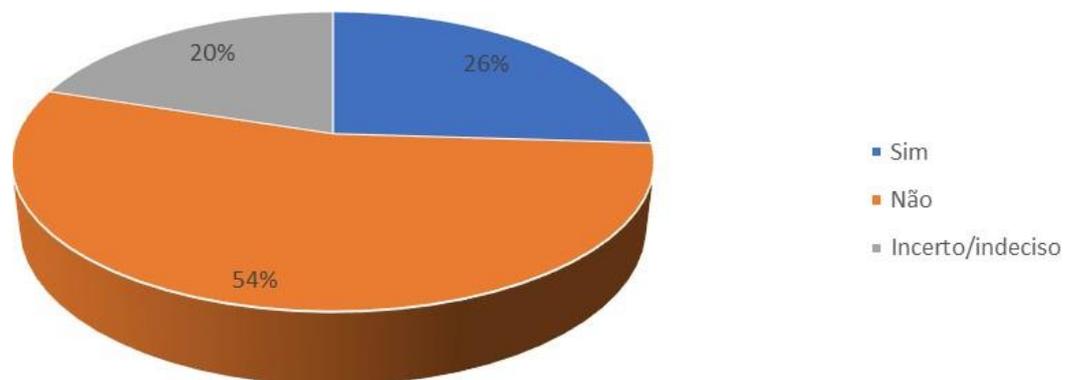
*Não houve relato do uso de fax, laboratório de realidade virtual e de outras modalidades.

Fonte: Questionários (2017).

Não há registros em relação ao obsoleto fax e sequer uma referência ao uso do sofisticado laboratório de Realidade Virtual, notando-se, por demais, que ainda não ocorre uma ampla utilização das ferramentas da nova tecnologia de informação. Infere-se, portanto, que apesar dos avanços tecnológicos em relação à educação continuada à distância, a maioria dos colaboradores ainda busca seus recursos por meio da participação em congressos e demais eventos científicos presenciais (46,9%).

Gráfico 8 - Ponto de vista dos inquiridos sobre recursos tradicionais versus NTI

Com a evolução da tecnologia, os livros convencionais serão plenamente substituídos por pesquisas via CD-ROM e/ou bibliotecas virtuais?

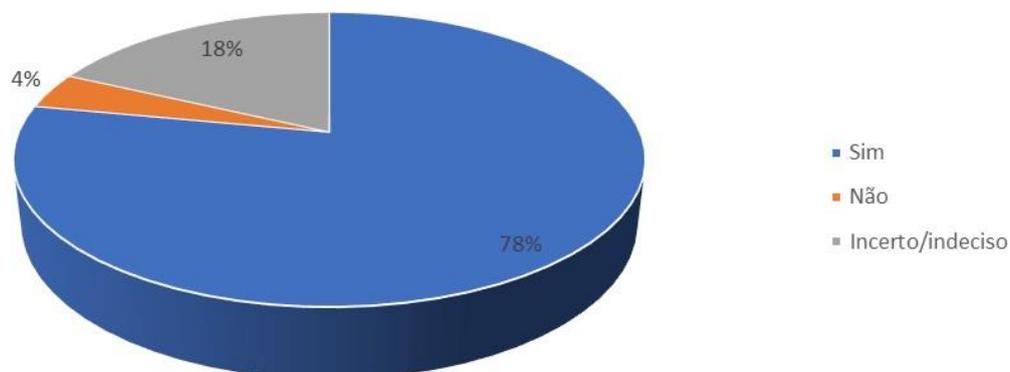


Fonte: Questionários (2017).

Analisando os dados, percebe-se que a maioria dos profissionais entende que o uso da tecnologia da informação para a concretização da atualização continuada é mais interessante e importante que o os recursos tradicionais.

Gráfico 9 - Opinião dos inquiridos sobre a importância do computador na educação

O computador tem sido desmistificado e devidamente promovido como ferramenta para a educação?

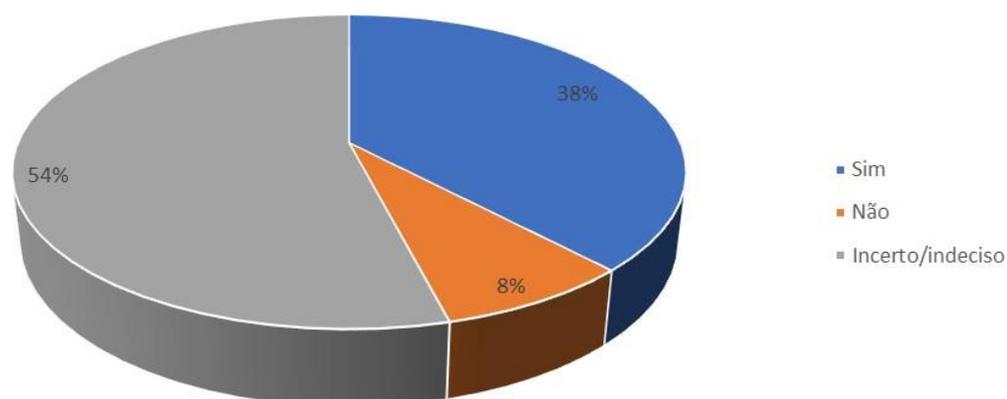


Fonte: Questionários (2017).

A maioria dos pesquisados compreende a importância do uso de tecnologia da informação para a realização de sua atualização profissional embora, como vimos, um significativo número não realiza esses cursos.

Gráfico 10 - Ponto de vista dos inquiridos sobre a individualização do ensino

O ensino tende a ser mais individualizado onde as novas tecnologias da educação estão mais presentes?



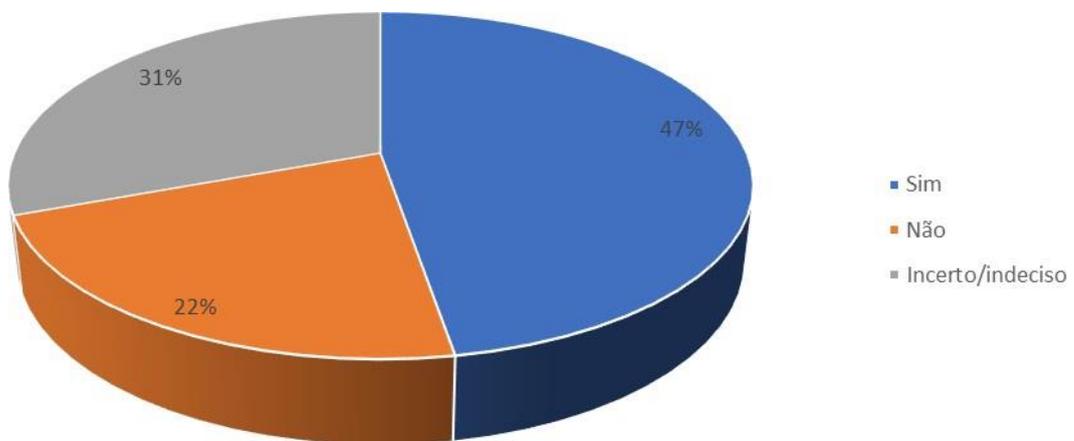
Fonte: Questionários (2017).

A maior parte dos médicos questionados pontuou que, com as novas tecnologias da informação, a atualização tende a ser mais individualizada e, como se pode ver na gráfico 10, são favoráveis ao uso de tecnologia da informação para realizar cursos e

atualização. Isso pode ser explicado em razão da pouca disponibilidade de tempo que esses profissionais têm ao trabalharem em uma jornada diária excessiva.

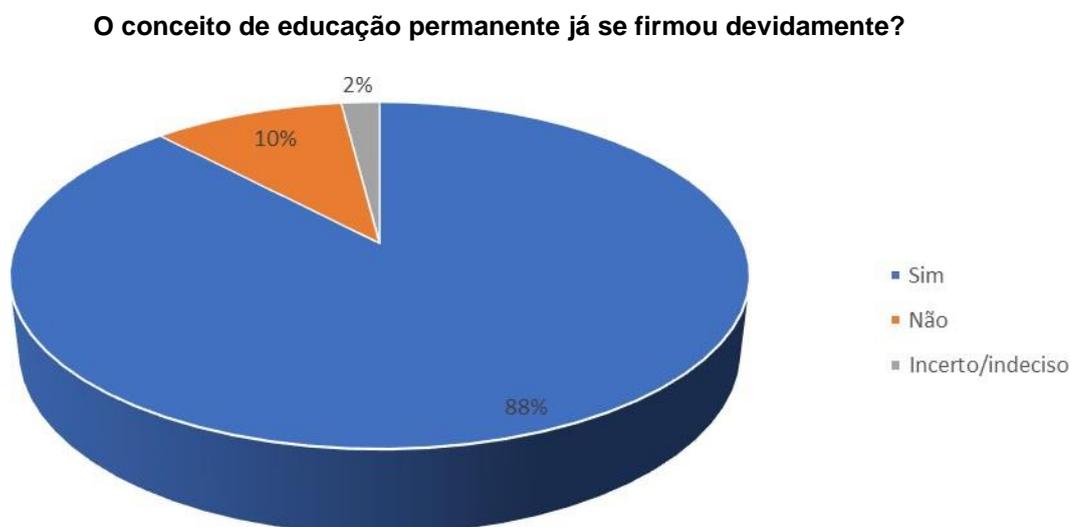
Em relação aos pontos apresentados nos gráficos 11e 12, a questão da aceitabilidade das novas tecnologias pode ser expressa dentro de uma visão sinóptica que, na verdade, em média geral, reflete a tendência à sua utilização, como pode-se conferir abaixo.

Gráfico 11- Indicadores de adesão ao uso das novas tecnologias



Fonte: Questionários (2017).

Por sua vez, a questão final é apresentada na figura abaixo, para que se possa inferir se o conceito de educação permanente vem sendo devidamente disseminado no âmbito médico, com vistas à sua consolidação definitiva.

Gráfico 12 - Média sobre a maturidade do processo de educação permanente

Fonte: Questionários (2017).

Na verdade, esta pergunta seria até dispensada, considerado que a educação continuada já deixou de ser opcional, tornando-se um complemento obrigatório e de caráter permanente para o profissional da área de saúde, seja ele médico, enfermeiro ou gestor hospitalar. Assim, é irrelevante o mero fato de saber se o conceito de educação permanente já está definitivamente firmado. Contudo, importante, sim, alertar a categoria a respeito do ser ou não ser médico, uma vez que deixando de participar do processo de educação continuada, o médico perde o elo com seu próprio ambiente de tarefa.

Afinal de contas, como já foi anteriormente relatado, o relatório da CINAEM, intitulado *Preparando a transformação da educação médica brasileira*, além de apontar para a centralidade da ação dos professores no processo de transformação do ensino médico, procura ser abrangente quanto aos avanços tecnológicos e das reais necessidades da comunidade (CINAEM, 1997, p. 36).

3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em primeiro lugar, não há nada a questionar a respeito da homogeneidade ou heterogeneidade dos grupos inquiridos, uma vez que não foram constatadas aceções expressivamente colidentes em seus respectivos pontos de vista, denotando até certa cumplicidade, o que é comum em grupos identitários, principalmente aqueles que estão vinculados a associações de classe profissional. Desta forma, vejamos algumas respostas emanadas do senso comum coletivo em relação às quatro questões finais:

Quadro 5 - Teste de consistência relacionado com o senso coletivo

Questões	Sim	Não	Incerto /indeciso
Com a evolução da tecnologia, os livros convencionais serão plenamente substituídos por pesquisas via CD-ROM e/ou bibliotecas virtuais?	13	27	10
O computador tem sido desmistificado e devidamente promovido como ferramenta para a educação?	39	2	9
O ensino tende a ser mais individualizado onde as novas tecnologias da educação estão mais presentes?	19	4	27
O conceito de educação permanente já se firmou devidamente?	44	5	1
MÉDIA	28,8	9,5	11,8

Fonte: Questionários (2017).

Portanto, tem-se em média:

- 29 colaboradores concordando com a veracidade das assertivas;
- 9 discordando; e
- 11 incertos ou indecisos.

Tal resultado sugere, de modo geral, que as respostas dos profissionais inquiridos provêm de um grupo homogêneo quanto à aceção dos tópicos questionados neste estudo. Este aspecto deve ser bem visto, uma vez que a opinião do grupo, como um todo, reflete o ponto de vista da maior parte dos inquiridos, não havendo, portanto,

uma necessidade adicional de comparar respostas do todo com aquelas emanadas de categorias(s) heterogêneas(s).

Portanto, sendo viável avaliar a ambiência da continuidade educacional dos médicos pesquisados, tem-se que a evolução acadêmica destes deixa muito a desejar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No capítulo que se encerrou, foi delineado um quadro semântico que possibilitou uma visão geral e particular da utilização dos recursos da nova tecnologia da informação como meios facilitadores da aquisição de conhecimentos, por meio da educação continuada dirigida aos médicos ginecologistas e obstetras da classe local (Grande Vitória, Espírito Santo).

Procurando uma adequação da questão problema e dos objetivos com os resultados encontrados, conclui-se que:

- Os recursos da nova tecnologia da informação vêm sendo considerados como meios eficazes para facilitar a aquisição de conhecimentos por meio da educação continuada, apesar de que os médicos – ginecologistas e obstetras, que colaboraram no processo inquisitivo ora encerrado – não tenham chegado a apresentar um indicador satisfatório nesse sentido;
- Como atenuante, foi interpretada uma tendência favorável a uma dedicação maior, dada a média resultante das respostas positivas relacionadas com as premissas de desmistificação do computador, o aumento da tendência ao ensino individualizado e, ainda, a realidade de declínio dos recursos tradicionais à margem da informática.

Retomando o referencial teórico, ao revisar o contexto histórico da medicina e da própria educação médica é possível colher muitos ensinamentos sobre como enfrentar melhor os desafios antepostos pelo futuro. Estes ensinamentos, as lições que a história vai disponibilizando, poderão servir de guia e de reforço às concepções que estão sendo forjadas e que poderão contribuir para transformar a educação médica no Brasil do século XXI.

Mestres como Harvey, Sydenham, Ramazzini, Laennec e Osler, dentre muitos outros, anteciparam uma notável transição da medicina clássica de raízes hipocráticas e galênicas para a medicina clínica. Estes mestres ajudaram a estruturar a semiologia moderna, que a partir de um repertório de sinais e sintomas é capaz de definir o diagnóstico, respondendo a questões sobre a doença e suas causas. Ajudaram, também, a definir a conduta médica, respondendo a questões

sobre a terapia, o prognóstico e seus desdobramentos. Se, por um lado, durante o século XIX, a ampliação do repertório de sinais e sintomas foi feita predominantemente mediante a experiência clínica e da erudição médica, que predominava sobre os crescentes recursos tecnológicos. No século XX, por outro lado, houve uma clara inversão dessa relação.

A ampliação do repertório de sinais e sintomas passou a depender predominantemente da base tecnológica, cuja utilização irracional e ineficiente tornou-se, portanto, um dos pontos-chave na reforma dos sistemas de saúde e da educação médica – reforma esta em curso em boa parte do mundo no início do século XXI. Enquanto isso, no Brasil, um significativo conjunto de escolas médicas iniciou o milênio enfrentando o desafio de transformar a educação na medicina, oferecendo à sociedade um contingente de profissionais mais competentes, humanos e, principalmente, éticos.

Dentre as pistas que podem ser recolhidas da história da medicina e da evolução da tecnologia, com o objetivo de alimentar a discussão sobre a transformação da educação médica, podem ser identificadas pelo menos duas tarefas essenciais:

- I. A primeira é a de recuperar a primazia da clínica e da razão científica, no uso da fantástica tecnologia disponível, sem que, contudo, esta seja colocada em último plano, pois, afinal, atualmente já se faz até intervenções cirúrgicas à distância, com utilização de ambiente virtual conectado a um dispositivo robótico;
- II. A segunda tarefa é a de ampliar o repertório semiológico do médico, por meio de uma revalorização das dimensões sociais do ser humano, como forma de enriquecer os processos do diagnóstico e da conduta. Refletir sobre as implicações científicas, pedagógicas e institucionais destas tarefas será fundamental para a reformulação curricular, ajudando a direcionar os esforços referentes à docência médica, à gestão acadêmica e ao projeto institucional.

Neste afã, torna-se necessária uma formatação de propostas, com vistas a propiciar uma base sólida para a subsequente educação continuada:

- A recuperação histórica do desenvolvimento da medicina e da educação médica no continente americano, e particularmente no Brasil, como exercício de fundamentação das escolas médicas do Projeto CINAEM para os desafios da transformação do ensino médico, deve ser uma tarefa prioritária;
- A articulação da repercussão histórica produzida (equipe técnica e escolas), assim como sua discussão permanente nos espaços políticos e técnicos da CINAEM, serviria de marco epistemológico na condução e priorização dos esforços do Projeto CINAEM para a transformação do ensino médico no país, quando conteúdos de história e conceitos fundamentais da medicina e da educação médica deveriam integrar horizontalmente a formação médica.

Finalmente, por tudo o que foi descrito, infere-se que o eixo temático da educação continuada dos médicos ginecologistas e obstetras, sem dúvida, deve ser estreitamente relacionado com o termo humanização, o que deve ser oportunamente sugerido para estudo futuro. Afinal, no Brasil, desde a década de 1980, as práticas obstétricas intervencionistas na mortalidade neonatal passam a ter como uma de suas frentes a assistência ao parto, propondo políticas públicas, sob o prisma da humanização.

Para finalizar, gostaríamos de recomendar que as Associações de Classe, e até mesmos organismos oficiais onde atuam os profissionais da saúde, tivessem por preocupação a realização da atualização constante, sobretudo por vis tecnologias da informação. Sugerimos ainda, que esses cursos levem em consideração o pouco tempo disponível dos profissionais da saúde para realizarem essa atualização. Portanto, sugerimos a realização de atualização em tópicos bastante específicos e de forma sintetizada.

REFERÊNCIAS

ADSL. Site de informações sobre a *Asymmetrical Digital Subscriber Line* (ADSL). Disponível em: <<http://www.ainternetbandalarga.com.br/estatisticas.htm>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

ALBERTIN, Alberto Luiz. **Comércio Eletrônico**. São Paulo: Atlas, 2000.

ALVES, João Roberto Moreira. **A educação à distância no Brasil**: síntese histórica e perspectivas. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas Avançadas em Educação, 1994.

ATALLAH, Álvaro. Apresentação no Seminário de práticas obstétricas baseadas nas evidências científicas. Instituto de Saúde da SES de São Paulo, outubro de 1999.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2002.

BARNETT, Mike. VR: History and Technologies. 1998. Disponível em: <<http://inkido.indiana.edu/virtual/definitions.html>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

BASILE, Maria Aparecida. Uma experiência nacional: CINAEM. In: MARCONDES, Eduardo; LIMA GONÇALVES, Ernesto. **Educação médica**. São Paulo: Savier, 1998.

BEST, J. W. **Como investigar em educación**. 2. ed. Madrid: Morata, 1972.

BLUSMENCHEIN, Alberto. **Manual simplificado de comércio eletrônico**. São Paulo: Aquariana, 2000.

BONOMA, T. V. Case research in marketing: opportunities, problems, and process. **Journal of Marketing Research**, Chicago, v. 22, n. 2, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe Saúde do Brasil**, ano VI, n. 158, abr. 2002.

BSRM. Boletim da Saúde Reprodutiva na Mídia. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Junho de 2000.

BUARQUE, Cristovam. **A aventura da universidade**. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

BUNCH, C.; RIELLY, N.; INOJOSA, C. **Los derechos de las Mujeres son Derechos Humanos**: Crônicas de una mobilización mundial. Mexico: Naciones Unidas, 2000.

BWHBC. Boston Women's Health Book Collective. **The new ourbodies, ourselves**. New York: Touchstone Simon and Schuster, 1998.

CABRAL, Dilma. **Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934)**. Rio de Janeiro, 2013.

CAMARGO, Maria Cristina VonZuben de Arruda. O ensino da ética e o horizonte bioética. **Revista Bioética**, v. 4, n. 1, p. 47-51 1996.

CAPRA, Fritjof. Holismo e Saúde. In:_____. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARR, Karen. **Simulated and virtual realities**. London: Taylor and Francis, 1995.

CECATTI, J. G.; PIRES, H. M.; GOLDEMBERG, P. Cesárea no Brasil – Um direito? In: GALVÃO, L; DIAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998.

CFM. Balanço 1997. Parto Normal. Medicina. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, ano XII, n. 89, f. 2, jan. 1998.

CHALMERS, B. WHO Appropriate Technogogy for Birth Revisited. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 99, p. 709-710, 1992.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CINAEM. Avaliação das escolas médicas - I. Projeto de Implantação e Resultados da 1ª FASE, 1994.

CINAEM. Avaliação das escolas médicas - II. Projeto de Implantação e Resultados da 2ª FASE, 1997.

COCHRANE COLLABORATION. Site de informações sobre Archibald I. Cochrane (1909-1988). Disponível em: <www.cochraneconsumer.com>. Acesso em: 30 mai. 2017.

CONTRERAS, José. ¿Autonomia por decreto? Paradojas em la redefinición del trabajo del professorado. **Education Policy Análisis Archives**, v. 7, n. 17, p. 18-36, 1999.

CRMESP. **Avaliação dos serviços de assistência ao parto e ao neonato no Estado de São Paulo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2000.

CUNHA, Maria Isabel; LEITE, Denise. **Decisões pedagógicas e estruturas de poder na universidade**. Campinas: Papyrus, 1996.

DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. Introduction. In: _____(Ed.). **Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives**. Berkeley; Los Angeles: University of California Press, 1997.

DE ANGELO, Cláudio Felisoni. **Varejo competitivo**. São Paulo: Atlas, 1997. v. 2.

DEMO, Pedro. **Educar pela pesquisa**, Campinas: Autores Associados, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: Possibilidades e limites da humanização e assistência ao parto**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva, São Paulo, 2001.

DIZERÓ, Wagner J. et al. Virtual: a Realidade Virtual como suporte ao ensino de informática à distância. Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Computação, XVIII. **Anais...** Belo Horizonte, 1998.

DRUCKER, Peter. F. **Sociedade pós-capitalista**. 7 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

Electronic Visualization Laboratory. Cave. 2000. Disponível em:
<<http://www.evl.uic.edu/EVL/VR/systemes.shtml>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

ENKIN, M. et al. **A guide to effective care in pregnancy and childbirth**. Oxford: Oxford Medical Publications, 1995.

FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; Santos, Rogério Carvalho. **Aspectos históricos e conceituais em educação médica**. São Paulo: CINAEM, 1997.

FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; SANTOS, Rogério Carvalho (Org.). **Projeto Cinaem: III fase, relatório 1999**. Pelotas: UFPL, 2000.

FAUNDES, A. E.; CECATTI, J. G. Operação cesárea no Brasil: incidência, tendência, causas, consequências propostas da ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/editorial.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

FERREIRA, Maria Amélia. Educação médica no século XXI: o desafio da integração da tecnologia e humanidades. **Gazeta Médica**, v. 3, n. 4, p. 156-161, 2016.

FMUSP. ESTAÇÃO MÉDICA DIGITAL. Informações sobre educação médica continuada da Universidade de São Paulo. Disponível em: <www.usp.br/fm/dim/>. Acesso em: 20 jul. 2017.

FONSECA FILHO, Clézio. **História da computação: o caminho do pensamento e de tecnologia**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FREDERICK, P. Brooks. **Walkthrough Project: final technical report to national Science foundation computer and information Science and engineering**. 1992. Disponível em: <<http://www.cs.unc.edu/~walk/papers/index.html>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

GATES, Bill; RINEARSIN, Peter. **A estrada do futuro**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

GENTILI, Pablo (Org.). **Universidade na penumbra**. São Paulo: Cortez, 2003.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2. p. 57-63, 1995.

GOUDOURIS, Ekaterini; GIANNELLA, Taís; STRUCHINER, Mirian. Tecnologias de informação e comunicação e ensino semipresencial na educação médica. **Revista Brasileira de educação Médica**, v. 37, n. 3, p. 396-407, 2013.

HARRISSON. David; JAQUES, Mark. **Experiments in virtual reality**. Oxford: Butterworth; Heinemann, 1996.

HEIN, Michael. **Metaphysics of virtual reality**. Oxford: Oxford University Press, 1994.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. **Sumário estatístico do censo do ensino superior 2000**. Brasília: INEP, 2001.

JOHNSON, K. C. Randomized controlled trials as authoritative knowledge: keeping an ally from becoming a threat to North American midwifery practice. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. (Ed.). **Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives**. Berkeley; Los Angeles: University of California Press, 1997.

JORNAL ESTADO DE SÃO PAULO. Edição especial. Disponível no site <<http://www.estado.estadao.com.br/edição/especial/internet/brasil.html>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

KITZINGER, S. Authoritative touch in childbirth. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. (Ed.). **Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives**. Berkeley; Los Angeles: University of California Press, 1997, p. 209-232.

KOURGANOFF, Wladimir. **A face oculta da universidade**. São Paulo: Ed. Unesp, 1985.

KWIEK, Marck. Les dimensions sociales et culturelles de la transition dans l'enseignement supérieur em Europe Centrale et de l'est. **Ensiement supérieur em Europa**, v. XXVI, n. 3, 2001.

LABBATE, Renato. **Introdução ao e-Commerce**. São Paulo: ESPM, 2000.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudança na formação médica no Brasil**. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LÉVY, Pierre. A 'etiqueta do ciberespaço': a reciprocidade é a moral implícita das comunidades virtuais. **Folha de São Paulo**, 09 nov. 1997, f. 3.

LÉVY, Pierre. **A ideologia dinâmica**: rumo a uma imaginação artificial. 2.ed. São Paulo: Loyola, 1998.

LODI, João Bosco. **A entrevista**: teoria e prática. São Paulo: Pioneira, 1974.

MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: Análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 1996.

McLUHAN, M. **Os meios de comunicação como extensões do homem**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 1999.

MESQUITA, Paulo. Educação à distância: desmistificação. **Caderno de Educação do Diário de Natal**, 9 jul. 2003.

MOLD, J.; STEIN, H. F. The Cascata effect in the clinical care of patients. **NEJM**, v. 314, n. 8, p. 512-514, 1986.

NEGROPONTE, Nicholas. **A vida digital**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

PASTOOR, Siegmund. 3-D Displays: A review of current technologies. Disponível em: <<http://www.hhi.de/-blick/Papers/displays97.html>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

PIMENTA, Selma Garrido; ANASTACIOU, Lea das Graças Camargos. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2002.

PIQUE, Jorge. A internet e a transformação da vida acadêmica. Disponível em: <<http://www.humanas.ufpr.br/default.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

ABREU, José. **Contexto atual do ensino médico**: metodologias tradicionais e ativas - necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas. Dissertação (Mestrado em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Porto Alegre, 2009.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974.

RISTOFF, Dilvo I. **A universidade em foco**. Florianópolis: Insular, 1999.

ROSA, Augusto S. **Internet**: história, conceitos e serviços. 8. ed. São Paulo: Érica, 2001.

ROTHMAN, B. The encyclopedia of childbearing. New York: The Oryx Press, 1993.

SADI, Afiz; FREITAS, Divaldo Gaspar. **O ensino médico em São Paulo anteriormente à Fundação da Paulista**. São Paulo: Biblioteca de História da Medicina Professor Bernardes de Oliveira, 1995.

SAKALA, C. Evidence-based maternity care: initiating a dialogue within the public health community. Disponível em: <apha.confex.com/apha/128am/techprogram> Acesso em: 20 mai. 2017.

SAVIANI, Dermeval. **Educação brasileira**: estrutura e sistema: Campinas: Autores Associados, 2012.

SCHRIMER, Janine. Apresentação no Seminário vitrines da humanização. 1999.

SELLTIZ, C. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1965.

SFEZ, Lucien. **Crítica da comunicação**. Lisboa: Epistemologia e Sociedade, 1990.

SIMÕES, Isabella. A sociedade em rede e a cibercultura: dialogando com o pensamento de Manuel Castells e de Pierre Lévy na era das novas tecnologias de comunicação. **Revista eletrônica Temática**, ano. V, n. 5, p. 1-11, 2009.

SUTHERLAND, Ivan. A head-mounted three-dimensional display. In: AFIPS. **Proceedings of the Fall Joint Computer Conference**. New York: American Federation of Information Processing Societies, 1968, p. 757-764.

TESSER, Charles; KNOBEL, Roxana. Parto e Maternidade: profissionalização, assistência, políticas públicas. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero, 7. **Anais...** Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2006. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/T/Tesser-Knobel_26.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

TEW, M. **Safer childbirth?** A critical history of maternity care. London: Chaoman & Hall, 1995.

THACKER, S BANTA, D. The risks and benefits of episiotomy: a review. **Birth**, v.9, n.1, p. 25-30, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciência Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE ON-LINE. e-Health LA University. Disponível em: <www.bibliomed.com.br>. Acesso em: 20 jul. 2017.

VILLAR, J.; BERGSJO, P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. **Acta ObstetGynecol Scand**, v. 76, n. 1, p. 1-14, 1997.

VISWANATHAN, Shiva. America Online Inc.: The Portal Era. Informativo para atualização em tecnologia da informação. Disponível em: <<http://www.stern.nyu.edu/~sviswana/AOL99.html>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

WAGNER, M. Confessions of a dissident. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. (Ed.). **Childbirth and authoritative knowledge**: cross-cultural perspectives. Berkeley; Los Angeles: University of California Press, 1997, p. 366-395.

WHO. World Health Organization. *Appropriate Technology for Birth*. Geneva: WHO, 1985.

WHO. World Health Organization. **Mother-baby package**: Implementing safe motherhood in countries. Geneva: WHO, 1994

WHO. World Health Organization. **Recommendations for appropriate technology following birth**. Geneva: WHO, 1986.

WHO. World Health Organization. **World health day**: safe motherhood. Geneva: WHO, 1998.

ZAYAS, Emílio Lopes Barajas. *O paradigma da educação continuada*. São Paulo: Saraiva, 2015.

APÊNDICE

Apêndice A - Questionário

Prezado Colega:

O presente questionário é parte integrante da pesquisa realizada por mim, Coridon Franco da Costa, para compor minha dissertação de Mestrado. Sua participação como inquirido nesta pesquisa será fundamental e significativa, uma vez que o objetivo declarado consiste em empreender um estudo sobre a percepção da classe médica sobre as questões atuais relacionadas à utilização da tecnologia da informação na educação continuada dos ginecologistas e obstetras atuantes na Grande Vitória (ES).

Para atender à respectiva pesquisa, foram formuladas 14 questões dispostas em 3 blocos, focalizando o seu entendimento sobre a evolução da tecnologia da informação e sua utilização nos processos de educação continuada, particularmente voltada para as especialidades de ginecologia e obstetrícia.

Considerando a amplitude da temática abordada, optou-se por um questionário formatado com respostas fechadas, prevendo espaço para que você acrescente o que achar necessário, formulando comentários sucintos.

Queria apreciar o contexto do questionário e, estando em colaborar com a presente pesquisa, apor sua assinatura para caracterizar um TERMO DE CONSENTIMENTO para o devido aproveitamento de suas opiniões, prontificando-se à gentileza de devolvê-lo devidamente preenchido até o dia __/__/__.

Quanto à liberdade de expressão, as identidades individuais (sua e dos demais participantes do inquérito) serão preservadas pelo anonimato, mantidas sob rigoroso sigilo, ficando o trabalho delimitado e restrito à divulgação de cálculos estatísticos por amostragem populacional e categorização das questões.

DE ACORDO:

Médico: _____ Identidade/RG: _____

Idade: ____ Especialidade clínica: _____

_____-ES, ____/____/____. (a) _____

1 SEU PERFIL ACADÊMICO

(1.1) Quanto tempo decorreu desde a conclusão de sua residência médica?

- menos de 3 anos
- de 3 a 5 anos
- mais de 5 anos

Área de interesse: _____

(1.2) Teve outra formação (bacharelado ou licenciatura plena) fora da área de concentração biomédica?

- sim
- em andamento
- interrompida

Área de interesse: _____

- Não

(1.3) Além da residência médica, cursou pós-graduação “lato sensu”?

- sim (concluída)
- em andamento
- interrompida

Área de interesse: _____

- Não

(1.4) Cursou pós-graduação “strictus sensu”?

- sim (concluída)
- em andamento
- interrompida

Área de interesse: _____

- Não

(1.5) Para o exercício da profissão e de atividades correlatas, você tem ocupado (em média) quantas horas por dia?

- Menos de 8
- de 8 até 12 horas
- de 12 até 16 horas
- Acima de 16 horas

2 SOBRE A FORMAÇÃO CONTINUADA

(2.1) Qual crítica você tem adotado, no sentido de desenvolver sua educação continuada?

- associado a uma instituição da classe profissional

Nome da instituição: _____

- formação de grupos de estudo e consenso profissional
- modo informal, como autodidata

(2.2) Assinale o volume aproximado (acumulado em horas) dos programas formais (e informais) que você tem como efetivamente concluídos ou em fase de conclusão, desconsiderando o conteúdo da residência médica e da pós-graduação plena:

- Até 100 horas
- de 100 até 250 horas
- de 250 até 500 horas
- Acima de 500 horas

(2.3) Assinale a abrangência dos programas que você tem como efetivamente concluídos (ou em fase de conclusão):

- Ultrassonografia obstétrica
 - Métodos diagnósticos
 - Fatores de risco para parto prematuro
 - Aconselhamento genético
 - Gestação em idades extremas depois dos 40
 - Características da gestação prolongada
 - Abortamento recorrente de causa imunológica
 - Orientação sexual na gestação
 - Risco de anomalias fetais por avaliação não invasiva
 - Outros (especifique)
-
-

(2.4) Como você percebe a relevância da educação continuada em relação à medicina?

- Genética, pois abrange a medicina, por ser uma necessidade premente em toda e qualquer profissão
- Específica, posto que acompanhar as vezes evidências das rápidas mudanças é ponto fundamental para que o médico esteja sempre atualizado.

3 SEU ENVOLVIMENTO COM OS RECURSOS TECNOLÓGICOS

(3.1) Assinale as ferramentas que têm sido mais utilizadas em seu desenvolvimento da educação continuada:

- Vídeo
 - Teleconferência on-line
 - Correio eletrônico
 - Bibliotecas Virtuais
 - Fax
 - Laboratório de realidade virtual
 - Participação em congressos, simpósios, conclaves, etc.
 - Outros (especifique)
-

(3.2) Você acha que o computador tem sido desmistificado e devidamente promovido como ferramentas para a educação?

- Não
 - Por que?
-
-
-

- Sim
- Estou incerto/ prefiro não opinar

(3.3) Na sua opinião, o ensino tende a ser mais individualizado, onde as novas tecnologias da comunicação estarão muito mais presentes?

- Não
 - Por que?
-
-
-

- Sim
- Estou incerto/ prefiro não opinar

(3.4) Você acredita que, com a evolução da tecnologia, os livros convencionais serão plenamente substituídos por pesquisas via CD-Rom e/ou bibliotecas virtuais?

- Não
- Por que?

- Sim
- Estou incerto/ prefiro não opinar

(3.5) Você acha que o conceito de educação permanente já se firmou definitivamente?

- Não
- Por que?

- Sim
- Estou incerto/ prefiro não opinar