

REGISTILA LIBANIA BELTRAME

**A FORMAÇÃO DO MÉDICO: UM DEBATE À LUZ
DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS**

Doutorado em Educação: Currículo

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

SÃO PAULO

2006

REGISTILA LIBANIA BELTRAME

**A FORMAÇÃO DO MÉDICO: UM DEBATE À LUZ
DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Educação: Currículo, sob a orientação da Professora Doutora Myrtes Alonso.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

SÃO PAULO

2006

Banca Examinadora

Aos meus filhos, a toda minha maravilhosa família de “oriundi” e ao meu companheiro Gastão, que tiveram tolerância durante todo o tempo e me auxiliaram em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Myrtes, por ter tido coragem em me aceitar como sua orientada, por ser de outra área, contribuindo para meu crescimento como professora.

Aos caros amigos Laurinda e Moacir, pelos ensinamentos e o grande apoio que me deram nessa longa caminhada.

À Márcia, não só pelas informações importantes para a elaboração do trabalho e as discussões sempre produtivas, mas, principalmente, pela amizade de tantos anos de estrada.

À Maria Lúcia, pelo material cedido e pelas conversas sobre a trajetória percorrida pela Instituição.

Às minhas colegas da disciplina de Microbiologia/Imunologia - Katya, Inneke, Viviana e Adriana - e a todos os professores do Curso de Ciências Farmacêuticas, pela ajuda nos momentos mais atribulados.

A todos os meus colegas e professores da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, pela acolhida desta aluna, “sapo de fora”, que muito aprendeu na convivência com pessoas tão especiais.

Aos professores da Faculdade de Medicina, não apenas por terem participado da pesquisa, mas pelo grande esforço despendido no aprimoramento da formação do médico.

RESUMO

A especialização precoce do profissional de Medicina trouxe prejuízos para a visão holística do ser humano por parte dos médicos e, por consequência, à relação médico-paciente. O uso excessivo da tecnologia e de exames de laboratório para diagnóstico encarece sobremaneira o custo da atenção à saúde, sem o aumento da produção de saúde correspondente. Além disso, a atividade médica exercida dessa maneira atenderia aos interesses de setores econômicos que operam no campo da medicina, como as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos e hospitalares.

A impossibilidade de esse modelo de prática médica levar ao acesso universal e equitativo da população aos serviços de saúde tornou-se consensual no mundo, o que reforça a necessidade de alterações curriculares no sentido de formar um médico diferenciado, que procure basear seu diagnóstico no histórico do paciente, na anamnese e num exame clínico criterioso.

A mudança de paradigma no ensino médico é considerada necessária para promover a formação de profissionais humanistas, críticos e reflexivos, cujas prioridades são a Atenção Primária, promoção à Saúde, prevenção das doenças e que sejam capazes de resolver os casos das doenças prevalentes na comunidade. Esse perfil de profissional é o preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, publicadas em 2001.

Todavia, os processos de mudanças curriculares visando à formação do médico geral têm enfrentado dificuldades nas escolas.

Este trabalho tem como objetivo procurar entender os fatores que dificultam e os que facilitam um processo de mudanças curriculares visando à formação do médico geral com as características citadas acima.

No sentido de contextualizar o problema central da pesquisa, inicialmente são mostradas a relevância do médico para a sociedade, as bases do ensino médico e sua evolução, principalmente no nosso país, e a importância do currículo e do professor de medicina na formação.

Ficando caracterizada a relevante influência dos professores na formação do médico, os docentes foram escolhidos como sujeitos do estudo, por meio de dois instrumentos de coleta de dados: os questionários, cujas respostas de 32 docentes foram analisadas pelo Discurso do Sujeito Coletivo, e a análise dos episódios observados no cotidiano da escola e considerados relevantes para a solução do problema.

São mostrados como fatores que dificultam a implementação de um currículo cujo objetivo é formar um médico com sólida formação geral: falta de embasamento teórico dos docentes na área de Educação; ensino centrado em ambulatórios de especialidades e em hospitais, levando à especialização precoce; disciplinas básicas ministradas por pesquisadores, com práticas não humanizadas, desvinculadas da clínica; fascínio exercido pelo uso de tecnologias (fetichismo da tecnologia); valorização da especialização por parte dos professores na forma de currículo oculto; fragmentação curricular; falta de entendimento da visão social do médico.

Entre os fatores encontrados que poderiam facilitar o processo podem ser citados: apoio da diretoria da Instituição ao processo de implementação das mudanças com ações concretas; os docentes concordarem em maioria com o perfil preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais; parte dos docentes ser formada na própria Instituição, com grande comprometimento com a qualidade do profissional formado e o ambiente democrático em que as discussões entre os professores ocorrem, levando a uma maior conscientização e sensibilização dos mesmos para promover as mudanças.

ABSTRACT

The premature specialization of the Medicine professional brought harm upon the holistic view of the human being by the physician and, as a consequence, upon the physician-patient relationship. The excessive use of technology and laboratory tests for diagnosis overloads the expenses for health care, without the corresponding increase in health production. Furthermore, medical activities practised in such manner would attend to interests of economic sectors that operate in the field of medicine, such as the pharmaceutical and medical and hospital equipment industries.

The impossibility for this model of medical practice leading to the universal and equal access of the population to the health services has become a consensus in the world, which reinforces the need for curricular changes in the direction of forming a distinguished physician, that seeks to base the diagnosis on the patients history, anamnesis and a clinical examination with criteria.

The change of paradigm in the medical education is considered necessary to promote the mould for humanist professionals, critic and reflective, whose priorities are the Primary Attention, promotion to Health, prevention of Diseases and that are capable of solving the cases of the prevailing diseases in the community. This professional profile is the recommended by the *National Curricular Directives of the Medicine Graduation Course*, published in 2001.

However, the processes of curricular changes intended to the formation of the general doctor have been facing difficulties at schools.

This work has as objective trying to understand the factors that make more difficult and those that make easier a process of curricular changes meant for the development of the general physician with the characteristics mentioned above.

In the intention of placing the main problem of the research in context, are initially shown the relevance of this professional for the society, the basis of the medical education and its evolution, especially in our country, and the importance of the course programme and the medicine professor in the formation.

Being characterized the relevant influence of the professors in the physician formation, they were chosen as subjects of the study, by two methods of data collecting: the questionnaires, of which answers from 32 professors were analysed by the Collective Subject Speech, and the analyses of the episodes observed in the school everyday life and considered relevant for the problem solution.

Are shown as factors that make more difficult the implementation of a course programme which objectives to form a physician with solid general formation: lack of theoretic basis of the professors in the field of Education; teaching focused on specialities ambulatories and in hospitals, leading to the premature specialization; basic disciplines instructed by researchers, with non-humanized practices, detached from the clinic; attraction to the use of technologies (technology fetishism); specialization valued by professors in the form of a concealed curriculum; curricular fragmentation; lack of understanding of the social vision of the physician.

Among the factors found which could assist in the process might be referred to: support from the Institution board of directors to the implementation process of the changes with tangible actions; the majority of professors to agreeing to the profile promoted by the National Curricular Directives; part of the professors to be formed in the own Institution, greatly compromised to the quality of the formed professional and to the democratic environment in which the discussions between professors occur, conducting to a greater conscience and sensitisation of them to promote the changes.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
As razões da escolha do tema	1
Importância do médico para a Sociedade	5
Delimitando as questões e os sujeitos do estudo	17
Fundamentação teórica da abordagem metodológica	21
Explicitando os Instrumentos de Coleta de Dados	23
Seqüência de desenvolvimento da pesquisa no campo	24
Elaboração das hipóteses	25
Seqüência escolhida para a apresentação do trabalho	26
CAPÍTULO I: O ENSINO MÉDICO	28
1.1. Breve histórico	28
1.2. O Relatório Flexner e suas conseqüências	33
1.3. Repercussões do Relatório Flexner no Brasil	38
1.4. Primeiras críticas ao modelo cartesiano/flexneriano	41
1.5. A criação da Associação Brasileira de Escolas Médicas	44
1.6. Declarações de Alma-Ata e Edimburgo: marcos da mudança de paradigma	46
1.7. O Sistema Único de Saúde - SUS - como propulsor de mudanças	50
1.8. CINAEM: desvelando a precariedade do ensino médico no Brasil	54
1.9. Outros fatos impulsionadores de mudanças na formação do médico	59
1.10. Um longo caminho a percorrer	60
CAPÍTULO II: A RELEVÂNCIA DO CURRÍCULO E DO PROFESSOR DE MEDICINA	63
2.1. Conceitos necessários	63
2.2. Alterações curriculares influenciadas pelo Relatório Flexner	66
2.3. O Currículo Mínimo: ineficiente como promotor de mudanças	68
2.4. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina e seus desafios	69

2.5. Algumas experiências curriculares inovadoras: fracassos e sucessos	75
2.6. Aprendizagem Baseada em Problemas: base para uma real transformação?	80
2.7. O processo de mudanças continua	89
2.8. Importância do professor para as transformações no ensino médico	92
2.9. A escolha dos professores nas escolas médicas	96
2.10. Perfil do professor de Medicina	98
2.11. Ênfase na qualificação docente: recomendação da CINAEM	100

CAPÍTULO III: O PROCESSO FORMAL DE MUDANÇAS NA IES **102**

3.1. Contextualizando o cenário da pesquisa	102
3.2. Início das ações transformadoras - Criação do GEDES	105
3.3. O Projeto de Reestruturação Curricular	107
3.4. Participação no PROMED: um incentivo às mudanças	114
3.5. Alguns avanços conseguidos	115
3.6. Projeto enviado pela Instituição ao PRÓ-SAÚDE	117

CAPÍTULO IV: O PROCESSO DE MUDANÇA NO COTIDIANO DA ESCOLA - OS EPISÓDIOS **118**

4.1. O início das alterações curriculares (2000 a 2002)	118
4.2. Em busca das respostas para o problema central da pesquisa (2002-2003)	127
4.3. O esforço rumo à formação do médico geral (2004-2005)	130
4.4. Síntese provisória	144

CAPÍTULO V: O QUESTIONÁRIO **148**

5.1. A escolha dos sujeitos e a metodologia de análise	148
5.2. Elaboração dos DSCs a partir das respostas dos professores	152
5.2.1. Questões 1 e 2 - Resultados	153
5.2.2. Considerações sobre os DSCs elaborados das questões 1 e 2	169
5.2.3. Questão 3, justificativa, comentários e sugestões - Resultados	170

CAPÍTULO VI: DESVELANDO O PROBLEMA	182
6.1. Analisando os Discursos do Sujeito Coletivo obtidos da questão 3	182
6.2. As dificuldades para a concretização das mudanças	183
6.3. Fatores que poderiam facilitar o processo	195
CONSIDERAÇÕES FINAIS	198
REFERÊNCIAS	205

INTRODUÇÃO

As razões da escolha do tema

A preocupação com a formação do médico, da qual faço parte por ser docente de uma faculdade de Medicina há 34 anos, data de muitos anos e cresceu à medida que percebia, por comentários de colegas docentes das séries superiores, que uma parte dos egressos da Instituição de Ensino Superior – IES, na qual exerço minhas funções, apresentava deficiência em alguns aspectos de sua formação.

Iniciei minha carreira profissional como docente em 1972, convidada a ministrar aulas de Microbiologia Clínica na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, no regime de trabalho denominado “turno completo” (24 horas semanais). No mesmo ano, também iniciei minha trajetória na Faculdade de Medicina de uma instituição privada na Região do ABC, Grande São Paulo, que àquela época só tinha o curso de Medicina e que hoje já tem mais outros dois cursos de graduação, Enfermagem e Ciências Farmacêuticas. Deste último, sou responsável pelo Projeto Pedagógico que permitiu a autorização de funcionamento pelo Conselho Estadual de Educação a partir de 2001, tendo seu reconhecimento efetivado em 2004. Continuo como coordenadora desse curso.

Voltando no tempo, em 1976 a Universidade de São Paulo passou a exigir dos docentes que exerciam tempo parcial a mudarem seu regime de trabalho para período integral, dedicação exclusiva. Diante desse fato, optei por pedir demissão, permanecendo como docente apenas na Faculdade de Medicina, passando a trabalhar também em laboratório clínico privado, no setor de Microbiologia Clínica.

Concluí meu mestrado em Microbiologia Clínica na Universidade de São Paulo e, em 1983, fui convidada a ministrar aulas na Faculdade de Ciências Farmacêuticas e Bioquímicas de outra instituição privada, situada na cidade de São Paulo. Quando me deparei com o currículo desse curso, comecei a dar importância à elaboração dos currículos e aos processos de transformações curriculares dos cursos de graduação. Por ser formada na Universidade de São Paulo, instituição que àquela época não tinha tanta preocupação com o tempo de duração do curso e a carga horária das disciplinas, fiquei surpresa ao me deparar com a curta duração e a baixa carga horária do curso que a IES privada oferecia. Ambas me pareciam insuficientes para formar um profissional com a qualidade necessária ao exercício da minha profissão.

Apesar de todas as disciplinas do Currículo Mínimo do Parecer 287/69 de abril de 1969 do Conselho Federal de Educação estarem presentes no currículo, parecia-me claro que apenas quatro anos de curso, três deles comuns e somente um ano para cada uma das habilitações, não poderiam contemplar os conteúdos necessários à boa formação do Farmacêutico-Bioquímico. Como se isso não bastasse, havia a possibilidade de o formado receber em apenas três anos o diploma de Farmacêutico, podendo exercer todas as atribuições privativas de tal profissão, constantes do Decreto número 85878, de 07 de abril de 1981, do Presidente da República. Os conteúdos necessários ao exercício de todas as atribuições descritas em tal decreto ultrapassavam, de longe, os oferecidos em tão exíguo espaço de tempo.

Inconformada com essa situação e com o objetivo de ter subsídios para influenciar na modificação de tal cenário, procurei me interessar mais por assuntos da área de Educação, no sentido de me capacitar a construir um bom currículo para o curso. Evidentemente, à época, nem mesmo a abrangência do termo currículo me era familiar.

A partir de 1991, iniciei minha participação em diversos Encontros Regionais de Avaliação do Ensino Farmacêutico e Encontros Nacionais de Reforma Curricular em vários estados do país, tendo como objetivo aprimorar meus conhecimentos sobre os diversos currículos dos cursos de Farmácia. Porém, como os participantes dos referidos encontros não eram da área da Educação, percebi que sem um melhor entendimento dos conceitos abordados não me seria possível construir o idealizado currículo.

Já como vice-diretora da Faculdade de Ciências Farmacêuticas e Bioquímicas dessa instituição localizada na capital de São Paulo, tive participação ativa nos ótimos Simpósios de Educação promovidos pelo Curso de Pedagogia que se iniciaram em 1992 e eram realizados anualmente. Os simpósios visavam à capacitação dos professores, inclusive no que se referia à elaboração de projetos para modificação dos currículos das várias unidades da IES. Nessa época, vi uma excelente oportunidade de me familiarizar com importantes conceitos da área de Educação, fundamentais para minhas funções.

Fui, então, designada pela Diretora da Faculdade daquele momento a participar das reuniões "Projetos Pedagógicos", em que eram abordados e esmiuçados todos os tópicos necessários à elaboração de um bom projeto. Tais reuniões, coordenadas pela Dra. Zilma Zimmermann da Universidade Federal da Bahia, foram fundamentais para que eu saísse do limbo onde me encontrava e percebesse a necessidade de aprofundamento no entendimento de problemas inerentes à área da Educação. Somente desse modo eu poderia contribuir, tanto na execução de um bom trabalho dentro de minhas funções, como na divulgação

desses conhecimentos para meus colegas professores e coordenadores das áreas de Medicina e Farmácia.

Como é senso comum, a maioria dos profissionais da área da Saúde é pouco afeita ao estudo de assuntos fora de sua especialidade, especialmente de Ciências Humanas. Nem mesmo quando ocupam cargos para os quais esses conhecimentos seriam necessários, como coordenação ou direção, nos quais detêm o poder de modificar ou mesmo criar projetos pedagógicos para os respectivos cursos, costumam se aprofundar em áreas diferentes da sua.

Com os conhecimentos advindos dessas reuniões consegui elaborar, em 1994, um novo Projeto Pedagógico para a Faculdade de Ciências Farmacêuticas e Bioquímicas da qual era vice-diretora. O processo de construção desse projeto foi coletivo e bastante democrático, contando com a inestimável colaboração de vários professores do curso. Esse novo projeto previa o aumento da duração do curso de quatro para cinco anos e eliminava o diploma intermediário de "Farmacêutico". Após exaustivas discussões, a proposta foi aceita pela Diretoria Geral da instituição, aprovada pelos órgãos competentes e permanece em vigor até hoje.

Acrescento que os alunos da aludida Faculdade de Ciências Farmacêuticas obtiveram grau "A" em todos os Exames Nacionais de Cursos (Provão), de 2001 até 2003 e no ENADE, em 2004, o que me fez perceber a importância da participação dos professores na elaboração de um projeto pedagógico, pois são eles os principais atores de sua execução, na prática.

A partir de 2002, o interesse crescente por assuntos pertinentes à área de Educação fez aflorar em mim a necessidade de participar mais ativamente da implementação da reestruturação do currículo do curso de Medicina na IES na qual era docente há 30 anos.

O objetivo dessas alterações curriculares é o de aproximar o perfil do profissional formado ao preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina, publicadas em 2001 (BRASIL, MEC, 2001). Esse perfil vem ao encontro do que eu imagino de um bom médico: humanista, generalista, crítico e reflexivo, com atuação pautada em princípios éticos, que priorize a promoção à saúde e prevenção de doenças. Tendo isso em mente, comecei a comparecer às reuniões nas quais se discutia o processo de transformação curricular, ao mesmo tempo em que continuava como professora titular da disciplina de Microbiologia e Imunologia e coordenadora do Curso de Ciências Farmacêuticas.

Naquele momento, percebi que a insatisfação por parte dos professores e alguns coordenadores de ano com o perfil do profissional formado pela IES fazia necessária a participação de todos para mudança do *status quo*. Realmente, “[...] seria uma questão de coerência de pensamento e até um problema de honestidade intelectual a de se obrigar a não perpetuar um procedimento que se julga ser equivocado” (WEYNE, 2000, p. 2) e que se possa contribuir para alterar.

Tendo plena consciência de minha falta de embasamento teórico em matérias da área de Educação o que, como já mencionado, é comum nos profissionais de outras áreas, candidatei-me a uma vaga no Curso de Pós-Graduação em Educação: Currículo, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e fui aceita, o que me surpreendeu agradavelmente.

Durante três anos, dediquei-me intensamente aos estudos de conteúdos da área de Educação, extremamente difíceis de absorver devido à minha formação como Farmacêutica-Bioquímica, positivista, lecionando e pesquisando na área de Microbiologia há muitos anos.

Deve-se salientar que a idade, a maturidade e, mais do que tudo, a convivência com os professores da PUC e mesmo com os alunos, meus colegas do curso e cuja maioria é da área de Educação, fizeram uma verdadeira transformação nesta aluna/professora. A apreensão de conhecimentos ampliou sobremaneira meus horizontes e fez com que começasse a sentir necessidade de pesquisar no sentido de desvelar quais os fatores facilitam e que dificultam a implementação do novo currículo do curso médico na IES onde trabalho. O processo das modificações curriculares, embora estivesse caminhando, o fazia com certa dificuldade. Interessou-me, então, ouvir os docentes do curso médico, que são considerados os principais atores do processo de mudanças, de acordo com vários autores consultados (BATISTA, 2001; MORIN 2002a; MASETTO, 2003) e com o relatório da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM (1998).

Tendo em vista a possibilidade de ter uma participação realmente construtiva no processo de mudanças atualmente em curso, cuja meta é a melhoria da formação dos egressos, considero a realização da pesquisa como uma pequena contribuição a um melhor desfecho desse processo. A IES forma cerca de 100 médicos anualmente, inseridos no mercado de trabalho para exercer suas funções de prestar atendimento médico à população.

Importância do médico para a sociedade

A pesquisa aqui realizada se insere dentro de um universo muito maior, pois trata da formação de um profissional com papel social relevante.

A importância do médico para a sociedade é tão grande que frequentemente encontramos na mídia reportagens abordando esse profissional, as escolas médicas e os problemas inerentes à má formação.

A escolha por inserir reportagens extraídas da mídia nesta introdução foi proposital, uma vez que grande número delas retrata o grande interesse que o assunto desperta na população. Autores estudiosos do ensino médico são também citados, quando pertinente ao assunto comentado.

Um dos principais problemas inerentes à formação do médico atualmente é a não priorização do caráter humanista da medicina. Esta perda parcial pode ser atribuída ao fato de a prática médica ter permanecido prisioneira de uma visão reducionista e mecanicista do ser humano visto, de acordo com o modelo cartesiano, como uma máquina biológica a ser analisada em função de suas peças. Partindo dessa visão, a doença seria considerada uma consequência do mau funcionamento dos mecanismos biológicos, sendo desprezados os aspectos sociais, emocionais, crenças e valores, ou seja, a história biográfica da pessoa doente, inserida no ambiente onde vive.

A deficiência no caráter humanístico e de compromisso social de muitos egressos se constitui apenas um dos problemas que cercam as escolas médicas; há outros igualmente importantes, nitidamente desconsiderados no processo de criação de escolas. A esse respeito, o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira publicaram, em março de 2004, o trabalho *Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: relatório de um cenário sombrio*¹. O relatório, de autoria de Ronaldo da Rocha Loures Bueno 2º vice-presidente da AMB e da pesquisadora Maria Cristina Pieruccini, traz uma avaliação da relação entre o número de escolas médicas existentes nas várias regiões do país, o número de médicos formados e a qualidade do ensino oferecido. De acordo com o relatório, enquanto a Organização Mundial de Saúde recomenda a existência de um médico para atender mil habitantes, no Brasil há uma média de um médico para cada 622 habitantes, sendo a relação no Sudeste de um para 455 habitantes. Somente as regiões Nordeste e Norte se aproximam desse parâmetro, apresentando relação média de 1/1.063 e de 1/1.345 habitantes, respectivamente.

¹ Disponível em: <<http://www.amb.org.br>>. Acesso em 15 de agosto de 2004.

Há de se destacar que as regiões interioranas dos estados do Norte e Nordeste têm uma relação de médicos por habitante menor do que a recomendada pela OMS, no geral, mostrando a má distribuição desses profissionais pelos estados. Ainda sobre o assunto, o Conselho Federal de Medicina estimou que as capitais concentram 62,1% dos médicos².

Segundo Afiz Sadi (2004), professor de Medicina e membro honorário da Academia Nacional de Medicina, em julho de 2004 havia no Brasil 119 escolas médicas para cerca de 170 milhões de habitantes. Nos Estados Unidos da América, com uma população de 300 milhões de habitantes, havia 123 escolas de medicina, quase o mesmo número de escolas do nosso país³.

Pode-se constatar, baseando-se nesses dados, que o Brasil não tem necessidade social de mais cursos de medicina, visto que há um número excessivo de faculdades. O que parece ocorrer é uma distribuição desigual de profissionais, regionalmente.

Segundo Lampert (2002, p. 23), apesar de os números demonstrarem que já existem médicos suficientes para o atendimento da população, a realidade mostra escassez de médicos para atender às necessidades básicas de saúde (NBS) e também que a população não está sendo atendida ou está insatisfeita com o atendimento oferecido.

Um aspecto que não se pode deixar de mencionar é o rumo tomado pela maioria das escolas médicas da atualidade, no sentido de formar especialistas sem a preocupação de uma boa formação geral que o capacite a prestar uma assistência, considerar o homem na sua integralidade e tomar decisões abarcando o indivíduo e o contexto em que vivem os pacientes. Apesar dos recentes avanços, ainda há, nos cursos de graduação da maioria das escolas, número excessivo de disciplinas curriculares, desarticuladas entre si. Da forma como o ensino está organizado, além da atual supervalorização do especialista, o estudante se volta para uma especialização em uma fase muito precoce de sua formação (LAMPERT, 2002, p. 23).

Além disso, torna-se necessário salientar a desinformação demonstrada por alguns médicos sobre custos dos serviços e a necessidade de critérios para bem aplicar os recursos sempre limitados, principalmente num país pobre como o Brasil. Parece haver, também, uma preferência nítida pelo aspecto curativo da profissão e não por formas mais abrangentes de prevenção de doenças, dependentes do contexto social. Percebe-se, nas escolas médicas, desinteresse por disciplinas que tratam do assunto como, por exemplo,

2 Luciana Constantino, Capitais concentram 62,1% dos médicos. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 31 de maio de 2003, p. C6.

3 Afiz Sadi, Pela medicina de qualidade. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 12 de julho de 2004. Tendências/Debates, p. A3.

Medicina Preventiva.

Pode-se notar que o modelo de educação médica e o tipo de medicina praticado, prevalente há mais de meio século, está repleto de erros que vêm sendo repetidamente denunciados, até mesmo por publicações leigas, como jornais e revistas. Embora os meios de comunicação continuem a dar grande ênfase aos avanços tecnológicos e suas aplicações no diagnóstico e na terapêutica das doenças, de uns anos para cá pode-se encontrar uma grande quantidade de matérias condenando os rumos exclusivamente tecnicistas que a medicina tem trilhado nas últimas décadas.

O sistema reflete a formação recebidas pelos os médicos iniciantes. As escolas parecem, inclusive, não enfatizar a necessidade de se respeitar o paciente. O diretor da Faculdade de Medicina da USP e Presidente do Conselho Deliberativo do Hospital das Clínicas, Giovanni Guido Ferri, comentou: "Estamos empenhados em inverter essa corrente; queremos um ensino humanístico, onde o paciente esteja no centro" ⁴.

A revista *Veja*, em sua edição de 5 de maio de 2004, publicou artigo⁵ no qual é ressaltada a importância da inserção de matérias como história da medicina, sociologia e filosofia – disciplinas comuns nas escolas médicas até o início do século XX. Na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, os alunos são incentivados a ler clássicos da literatura que falam sobre as doenças, seus infortúnios e a morte. Nos Estados Unidos, algumas escolas incluem no curso a medicina narrativa. O objetivo dessa inserção seria a formação de “[...] profissionais capazes de apreender as nuances das histórias de seus pacientes e desenvolverem com eles uma relação mais estreita [...]” aumentando, assim, o tempo médio que o profissional se dispõe a ouvir o que o paciente tem a dizer, estimado em apenas dezoito segundos naquele país, de acordo com a referida reportagem.

A consulta adequada prevê a realização da anamnese (dados do paciente, incluindo queixas, histórico pessoal e familiar) e o exame clínico. Essas informações levariam o médico a elaborar o diagnóstico que, se necessário, seria confirmado por exames denominados complementares. Moacyr Esteves Perche, diretor-corregedor-adjunto do Conselho Regional de Medicina de São Paulo afirma, em reportagem⁶: “O exame complementar não pode tomar o lugar da relação entre médico e paciente nem do diagnóstico”.

Para agilizar as consultas, contudo, os médicos substituem a conversa pelos laudos

4 Menino já passou por 20 médicos no HC, **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 5 de fevereiro de 2004, p. C3.

5 Buchalla, A. P. Doutor, me ouça! **Veja**. São Paulo: Editora Abril, Ed. 1852, ano 37, nº 18, 2004, p. 85.

de laboratório. A cada 100 consultas realizadas por convênios médicos que possuem clínicas e hospitais próprios, cerca de 90 registram a solicitação de exames, de acordo com a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE). O número aumenta quando o atendimento é feito pela rede credenciada: 1,5 exames para cada consulta. De todos esses exames, 70% apresentam resultados normais, afirma Antonio Carlos Lopes, professor da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) e presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica⁶. Jorge Mattar, coordenador do Pronto-Atendimento do Hospital Sírio-Libanês e médico do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, conjectura que “[...] a rotina de atendimento estafante faz com que seja mais fácil pedir os exames do que ouvir o paciente atentamente”. Segundo ele, ouvir o paciente com atenção pouparia exames e teria mais eficácia⁶.

Para melhor conhecer a relação entre o número de solicitações de exames de laboratório e resultados normais, o Centro de Pesquisa e Extensão do Departamento de Medicina Especializada da Universidade Federal de Pelotas, do Rio Grande do Sul, pretende colocar em prática um projeto de pesquisa nesse sentido⁷.

A formação médica do século XX foi marcada pela tecnologia e se afastou de preceitos humanistas. Não só o ensino das disciplinas no curso como também o internato e a residência médica, realizada na especialidade escolhida pelo aluno, que prepara o profissional para lidar com biotecnologias complexas, deixaram de lado o que Bernard Lown⁸, um dos maiores cardiologistas do século, denominou “a arte de ser médico”.

Para Marcos de Almeida, professor de Bioética da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), um dos entrevistados na reportagem de Turíbio⁶, os médicos não são os únicos responsáveis pelo excesso de pedidos de exames; alguns pacientes, mesmo após uma consulta longa e cuidadosa, exigem a realização de exames.

O modelo de ensino vigente tem sua atenção voltada para conhecimentos

6 Turíbio, I., Ditadura de exames. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 31 de julho de 2003. Caderno Folha-Equilíbrio. Disponível em <<http://www.gsex.com.br>>. Acesso em 1º de janeiro de 2006.

7 O projeto constaria dos seguintes itens: solicitações de exames laboratoriais na clínica privada: incidência de resultados normais; solicitação de exames laboratoriais na clínica previdenciária: incidência de resultados normais; solicitações de exames de laboratório em geral. Disponível em: <<http://www.ufpel.tche.br/medicina/dme/>>. Acesso em 1º de janeiro de 2006.

8 Bernard Lown, médico inventor do desfibrilador e ganhador do Prêmio Nobel da Paz, é autor do livro *The Lost Art of Healing – A Arte Perdida de Curar* – que tem como alguns dos capítulos Ouvir o Paciente: a arte do diagnóstico; Curar o Paciente: a arte de ser médico; Problemas Incuráveis; Uma Fábula Moderna; A arte de ser paciente, entre outros. Palavras de Lown: “*Now the doctor, by virtue of accepting science so totally, creates a total imbalance, forgetting the art of healing, forgetting the art of engagement, forgetting the art of listening, forgetting the art of caring and ceasing to invest time with the patient. So I believe medicine has lost its human face*”.

especializados e estreita dependência das tecnologias sofisticadas, deixando de lado as habilidades médicas fundamentais. Os profissionais e estudantes ficam fascinados pela medicina tecnológica e consideram os resultados mais importantes que o ser humano enfermo e as circunstâncias que motivaram o adoecimento. Nessa perspectiva, considera-se desnecessário ouvir o paciente, conhecê-lo melhor, “[...] já que os equipamentos falam por ele” (SIQUEIRA, 2003, p.34).

A reportagem de Fabiane Leite⁹ menciona que a maioria dos médicos não dá importância às queixas dos pacientes e não estão bem informados sobre o tratamento. A pesquisa que serviu de base à reportagem foi coordenada pelo pesquisador-associado Edson Duarte Moreira Júnior, da FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz) e apresentada no Simpósio Brasileiro Internacional sobre Dor realizado em maio de 2003 em São Paulo. As conclusões mencionadas foram extraídas de relatos de 5000 pessoas de São Paulo e Salvador, que responderam questionário elaborado pela equipe da FIOCRUZ.

O atual Professor Titular de Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Prof. Dr. Miguel Srougi, escreveu artigo¹⁰, no qual, entre outros tópicos importantes, ressalta:

[...] as escolas médicas elegem seus professores em função do número de linhas de seus currículos, que costumam refletir apenas conhecimentos técnicos. Com esse perfil, produzem-se professores que, com certa frequência, são incapazes de impregnar seus alunos com sentimentos humanísticos mais genuínos.

Ainda sobre o assunto, o **Jornal do Brasil**¹¹ publicou “Especialistas criticam a desumanização da medicina”, com entrevista de Paulo Henrique Martins, autor do livro *Contra a desumanização da medicina* (2003), que afirma: “Quase 80 % das pessoas que procuram os consultórios não têm nada muito grave. Se o médico não escuta o paciente, ele sai frustrado”. A autora dessa reportagem, Luísa Gockel, considerou que o grande número de pedidos de exames e pouca conversa são as principais reclamações dos pacientes.

No que se refere ao excesso de especialização, o cardiologista José Antônio Franchini Ramires, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo,

9 Fabiane Leite, Médico não dá importância a queixas, diz estudo. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 12 de maio de 2003, p. C6.

10 Miguel Srougi, Como fazer um bom médico. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 25 de março de 2003, Tendências e Debates, p. A3.

11 Luísa Gockel, Especialistas criticam a desumanização da medicina. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 19 de outubro de 2003, p. A6.

comentou em entrevista¹²:

Não dá para o cidadão entrar no sistema procurando de cara um especialista. A grande maioria dos problemas, 80%, 90%, pode ser resolvida pelo generalista. O custo do especialista, que trabalha de outra forma, com exames mais sofisticados, é muito maior. Os planos de saúde sofrem com isso. O custo acaba sendo alto na investigação do paciente. Aí o cachorro corre atrás do rabo. Como não têm recursos, pagam pouco. E porque pagam pouco, gasta-se muito com demandas desnecessárias.

O mesmo professor afirmou, em editorial intitulado “Perigo Médico”¹³ que:

[...] para além da possibilidade de ocorrerem imperícias muito graves, médicos que não sabem muito bem o que fazem representam um custo nada desprezível para o sistema de saúde, pois se esmeram em requisitar exames desnecessários e a receitar drogas dispensáveis.

Refletindo sobre essa afirmação, não se pode deixar de acrescentar os aspectos que vêm sendo apontados como os mais relevantes para a manutenção do modelo de formação médica que ainda persiste no sentido de formar especialistas. Martins (2003, p. 32) ressalta alguns deles, quando diz que a inovação tecnológica não se realiza apenas em nome da verdade científica, mas também em nome de grandes interesses econômicos privados, tais como grandes laboratórios, indústria farmacêutica e de produção de equipamentos e reagentes para diagnóstico laboratorial de doenças, corporações médicas, grandes hospitais e clínicas.

É possível que os interesses econômicos envolvidos atualmente no cuidado à saúde facilitem a ênfase na formação do especialista em medicina.

No que se refere à participação da indústria farmacêutica, fica evidente, em entrevista¹⁴ concedida pelo Prof. John Abramson, médico e professor da Escola de Medicina de Harvard, a influência de interesses econômicos sobre o tipo de medicina praticada atualmente e que acaba por influenciar o ensino médico. O entrevistado deixa claro que, na opinião dele, o conhecimento médico-científico foi transformado em propriedade comercial, cuja função é dar dinheiro aos patrocinadores e não melhorar a nossa saúde. Ele explica que muitas das pesquisas com medicamentos são atualmente patrocinadas pela indústria farmacêutica e, pior que isso, em sua grande maioria essas pesquisas são feitas fora das universidades, local onde haveria necessidade de “[...]”

12 Schwartzmann, H. Diretor do INCOR quer exame para a prática da medicina. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 26 de julho de 2004, p. A7.

13 Perigo médico. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 27 de julho de 2004, Editorial, p. A2.

14 Luciana Coelho. Americanos tomam remédios demais, mas seguem doentes. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 03 de janeiro de 2005, p. A10.

prestação de contas, ética intelectual e integridade”. Hoje em dia muitas pesquisas clínicas são realizadas por empresas particulares, sobre as quais as indústrias farmacêuticas teriam muito mais controle sobre o que e como seria feita a pesquisa. Segundo o Dr. Abramson, poderia haver adulteração como, por exemplo, “[...] escolher gente que faça o remédio parecer melhor. É como adulterar os dados em um jogo”.

Corroborando essas afirmações, em 12 de fevereiro de 2005, a **Folha de S. Paulo** publicou, à primeira página¹⁵, que executivos do laboratório farmacêutico Merck tentaram “neutralizar” (*sic*) médicos influentes que tinham opinião negativa sobre o Vioxx^R, anti-inflamatório que saiu do mercado por elevar riscos de problemas cardíacos e derrames. Segundo a reportagem, baseada em matéria publicada pelo *New York Times*, a Merck oferecia verba para pesquisa, testes clínicos e postos de consultoria para conquistar os médicos.

No 2º Encontro de Comitês de Ética do Estado de São Paulo, ocorrido em São Paulo por iniciativa da Sociedade Brasileira de Medicina Farmacêutica – SBMF – o presidente da Interfarma – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa apresentou interessantes dados de 30 indústrias presentes no país, concernentes à sua participação na pesquisa clínica. Chama a atenção o crescente investimento de pesquisa nesse setor que, de 1980 a 2001 teve o percentual de vendas destinado à pesquisa e desenvolvimento aumentado de 12% para 21%. Informou ainda que, em relação aos demais segmentos econômicos locais, a indústria farmacêutica ocupa a liderança nesses investimentos: Farmacêutica, 21%; Eletrônica, 6%; Telecomunicações, 5%; Automotiva, 4% (ALIGIERI et al., 2004, p. 352). Em 2003, cerca de 30 indústrias investiram R\$ 153,1 milhões contra R\$ 21,9 milhões em 1995.

O excesso do uso de medicamentos é ressaltado pelo livro *Overdosed America: The Broken Promise of American Medicine* (Os EUA supermedicados: a promessa quebrada da medicina americana), escrito pelo autor da entrevista citada acima, John Abramson. Segundo ele, nos Estados Unidos o volume de informações e propaganda sobre medicamentos confunde pacientes e médicos, que muitas vezes recorrem aos medicamentos sem sequer ter certeza de serem necessários. Os próprios pacientes chegam mesmo a exigir que o médico receite algum medicamento; caso o médico não o faça, o paciente costuma ficar frustrado e vai procurar outro “especialista” que, na sua visão, o atenda “melhor”.

15 Laboratório tentou barrar oposição a medicamento. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 12 de fevereiro de 2005, p. A1.

Na obra *Powerful Medicines – The benefits, risks and costs of prescription drugs* (Medicamentos Poderosos – Os benefícios, riscos e custos das drogas prescritas) de J. Avorn (2004), médico formado em Harvard, o autor aborda de maneira abrangente os benefícios que a prescrição correta de medicamentos traz ao paciente e também o efeito corrosivo dos interesses comerciais envolvidos na pesquisa e na educação médicas, bem como na prática médica.

As relações promíscuas entre os médicos e a indústria farmacêutica são denunciadas pelo diretor-corregedor do Conselho Federal de Medicina, Roberto Luiz D'Ávila, que declara em reportagem de Cláudia Colucci¹⁶: “É promíscua a relação entre médicos e a indústria farmacêutica. Muitos se transformam em garotos-propaganda de luxo dos laboratórios”.

A autora da reportagem cita que o fenômeno não é exclusivo do Brasil, mas que, pela primeira vez, médicos brasileiros renomados vêm a público denunciar o lado negro da relação entre os médicos e os laboratórios farmacêuticos que estaria muitas vezes, segundo ela, calcada principalmente em benefícios pessoais ao invés de o ser no bem da população.

A influência dos interesses econômicos via indústria farmacêutica fica cada vez mais evidente. Recentemente, o editor da revista *British Medical Journal*, Richard Smith, concedeu entrevista ao jornalista Reinaldo José Lopes¹⁷ na qual afirma, “[...] um tanto constrangido [...]”, que passou 25 anos como editor de uma das maiores revistas médicas de seu país sem atinar para a influência exercida pelas empresas farmacêuticas sobre as publicações do ramo (a chamada pesquisa clínica, que testa medicamentos em humanos, geralmente). Suas palavras:

[...] não é que elas (as empresas farmacêuticas) estejam mexendo nos resultados, não é fraude. Elas também não estão enterrando os dados desfavoráveis. É mais que elas [*sic*] estão espertas em relação às perguntas que fazem.

Sugere uma atitude radical: cancelar toda e qualquer publicação de testes clínicos de medicamentos nos periódicos científicos. Só assim haveria possibilidade de os pesquisadores e médicos examinarem com olhar mais crítico os perigos dos remédios para as pessoas.

O pesquisador relata que só conseguiu enxergar o assunto sob essa perspectiva, quando teve dois meses de licença num palácio do século XV em Veneza, onde estava

16 Cláudia Colucci, Médicos denunciam favores de laboratórios. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 29 de agosto de 2005, p. C1.

17 Reinaldo José Lopes, Médico sugere moratória de publicações. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 12 de julho de 2005, Folha Ciência, p. A16.

escrevendo um livro sobre ética de publicação e revistas científicas. Aí, diz ele, teve tempo para olhar as coisas de modo diferente, refletir e perceber que praticamente todos os trabalhos científicos se mostravam favoráveis aos medicamentos pesquisados.

A jornalista Paula Neiva, em artigo na revista *Veja*¹⁸ diz que a medicina preventiva vem baixando os parâmetros da normalidade para uma série de marcadores, tais como glicemia, taxa de colesterol, pressão arterial, índice de massa corpórea e, assim, aumentar o número de pré-doentes. Os especialistas dos Estados Unidos são os que preconizam esse abaixamento, mas, felizmente, os europeus não os acompanharam e, até agora, parte dos brasileiros também não. Evidentemente, devido à mudança dos parâmetros, aumentaram as vendas de remédios contra, por exemplo, pressão alta. O médico e escritor Moacyr Scliar comenta:

Há quem ache que, por trás de boa parte dessas alterações, está a indústria farmacêutica, que deseja vender mais. [...] Deve-se ter consciência, no entanto, de que muitas vezes, para atingir os novos níveis recomendados, basta melhorar os hábitos cotidianos. Não é preciso tomar remédio.

A força dos interesses econômicos, representados neste caso pelas indústrias farmacêuticas, alcançaria até mesmo os estudantes de medicina, segundo a reportagem, pois haveria a promoção de medicamentos inclusive durante a realização da competição esportiva tradicional entre os alunos de escolas médicas, a INTERMED, realizada anualmente,.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) começa a esboçar uma reação à interferência de interesses econômicos na Medicina com a realização, pela primeira vez, de cursos gratuitos de atualização médica sem patrocínio algum da indústria farmacêutica¹⁹.

Feuerwerker (2002, p. 45) sugere que:

[...] do ponto de vista da economia, as contradições no campo da saúde se intensificaram muito. Apesar de os setores produtores de equipamentos, remédios e de tecnologia continuarem sendo segmentos economicamente saudáveis e lucrativos, há dificuldades para manter a lógica da organização do modelo de atenção à saúde subordinada aos seus interesses.

A mesma autora considera que, mesmo com a progressiva privatização da manutenção da saúde da população que estamos presenciando, o modelo baseado na utilização intensiva da tecnologia é financeiramente insustentável.

18 Paula Neiva, Entre a saúde e a doença. **Veja**. São Paulo: Editora Abril, ed. 1903, ano 38, nº 18, 04 de maio de 2003, p. 86.

19 Conselho de Medicina oferece cursos grátis de atualização sem patrocínio. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 5 de setembro de 2005, p. C4.

Martins (2003, p. 32) enfatiza que tornar a visão da *Ciência biomédica* como irreversível e definitiva, constituindo-se num componente econômico e tecnológico dos interesses privados, faz com que o debate sociológico se torne necessário. Mostra que essa imagem da *medicina moderna* (grifo do autor), automatizada, baseada em inovações técnicas sob controle de grandes interesses econômicos, é equivocada e pode funcionar para encobrir uma construção ideológica atualizada pelo neoliberalismo.

A desinformação dos médicos pelos custos dos serviços e a necessidade de critérios para bem aplicar os recursos, sempre limitados, é enfatizado por Lisboa (1999, p. 11):

As escolas não dão, a seus professores e alunos, a noção de custos; não ensinam que o uso dos recursos destinados a uma unidade de saúde depende não apenas de seus dirigentes, mas de cada um dos que nela trabalha, ao solicitar exames, prescrever, conceder licença, fazer curativo, escolher cardápios, preservar instalações e equipamentos, etc.

O encarecimento dos serviços de saúde sobrecarrega o estado e as empresas privadas que prestam esse tipo de serviço. A coordenadora do Departamento Jurídico da Pro Teste, entidade de defesa do consumidor, Maria Inês Dolci²⁰, comentou:

[...] os planos de saúde são empresas privadas. E, portanto, ou são lucrativos ou quebram. Não adianta criar uma falsa realidade, em que os serviços foram amplamente aumentados, com cobertura dos mais diversos procedimentos (alguns deles muito caros), com um tabelamento de preços e com coberturas referenciais defasadas em mais de uma década, [...]. Não haverá soluções mágicas.

Na inserção diária veiculada pela Rádio CBN, *Saúde em foco*, o comentarista afirmou na edição de 24 de agosto de 2005 que a “[...] solicitação cada vez maior de exames é a causa do aumento excessivo nos custos da prática clínica da medicina”²¹.

No ano de 1997, a pesquisadora escreveu artigo²² no qual alertava para a ênfase dada ao tratamento das doenças por parte dos profissionais de saúde, deixando em segundo plano a prevenção. Tanto para o sistema público de saúde, como para as pessoas individualmente, a falta de estratégias para promoção à saúde e prevenção de doenças elevaria o gasto com exames subsidiários e com medicamentos, o que acabava por gerar aumento de receita para as indústrias farmacêuticas, de equipamentos médicos e de reagentes para laboratórios de análises clínicas.

20 Maria Inês Dolci, Saúde sem enganação. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 18 de janeiro de 2005, p. C2.

21 Disponível em: <<http://www.radioclick.cbn/globo.com>>. Acesso em 11 de outubro de 2005.

22 Registila Libania Beltrame, A indústria da doença X A indústria da saúde. **Revista Acadêmica das Faculdades Oswaldo Cruz**. Ano I. Número 2. Março/abril/maio, 1997, p. 28-29.

Pereira Neto (2001, p. 138) anota que:

[...] o predomínio da mediação da tecnologia na relação médico-paciente, o “especialismo”, a precisão diagnóstica em oposição ao primado da visão integral e à humanização nas relações entre o médico, seus pacientes e até sua família, são temas cravados na história das origens da profissão médica no Brasil.

Nos atuais sistemas de saúde, sejam públicos ou privados, é cada vez menor o contato entre o médico e o paciente. Como consequência, há grandes problemas de comunicação entre as duas partes, deturpando sobremaneira a relação médico-paciente. O tempo que o médico dedica a ouvir o paciente é muito curto, como já foi enfatizado anteriormente, por conta da alegada baixa remuneração que o profissional perceberia pelas consultas realizadas. Isso acontece tanto com os profissionais que atuam no serviço público como com os chamados “médicos de convênio”, que prestam serviços para as empresas privadas. Haveria uma clara associação entre a má comunicação com o paciente, diagnósticos equivocados, pedidos de exames desnecessários e fracasso dos pacientes em seguir os tratamentos prescritos.

Comentando o impacto da tecnologia na medicina, Boulos (in MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 55) enfatiza que:

[...] a insatisfação com a Medicina cresce a despeito do progresso real alcançado. Muitos pacientes temem a tecnologia e sentem-se com um profundo senso de alienação de seus médicos. Os pacientes tendem a ver os médicos mais como técnicos do que como curadores. A relação médico-paciente tem-se tornado convencional, sendo que por vezes o médico nem olha para o paciente [...], pois passa os poucos minutos da consulta preenchendo pedidos de exames.

O autor avalia que o médico sente-se cada vez mais pressionado pela necessidade de atender vários pacientes em pouco tempo e pela propaganda da tecnologia, “[...] distanciando-se cada vez mais dos princípios básicos de ser médico, que é o de bem atender e tratar seu paciente”. Assinala que, embora a biomedicina, se bem utilizada, contribui muito para o aperfeiçoamento do diagnóstico das doenças, novas opções terapêuticas e de imunização trazem reflexos negativos para o relacionamento ético entre médico e paciente, ou seja, entre seres humanos.

Diante desse quadro e considerando-se o médico como o profissional mais referenciado na área da saúde, sendo até denominado *instituição médica* por Minayo (in LAMPERT, 2002, p. 11), cujo comportamento se orientaria por três lógicas concorrentes, a do saber, a humanitária e a mercantilista, é para a formação desse profissional que os olhos da maioria dos estudiosos se voltam.

Um aspecto de grande relevância quando se fala na formação do médico diz respeito

aos alunos dos cursos de medicina, seu comportamento e suas expectativas quanto à futura profissão.

O senador italiano Giovanni Berlinguer afirmou, em palestra proferida em um curso de Direito, a frase relatada por D'Ávila (2003, p. 52): “Todo estudante de Medicina é um idealista no início e um cínico no final do curso”.

Considerando a função do médico na sociedade, a gravidade da afirmação resumida nessa frase remete todos os professores, entre os quais se inclui pesquisadora, à seguinte questão: **o curso médico é formador ou deformador?** Haveria realmente perda de parte dos sentimentos humanísticos do estudante de medicina ao longo do curso? É premente que se reflita sobre os motivos que levariam à desumanização dos alunos e o que deveria ser mudado no curso médico, caso se queira modificar a formação desse profissional.

Em pesquisa realizada nos Estados Unidos nos anos 50, detectou-se que, ao ingressar na faculdade de medicina, a maioria dos jovens demonstrava interesse em exercer a profissão movida por um espírito de altruísmo e desejo de auxiliar o próximo. Ao final do curso, confirmando as palavras em epígrafe, pouco restava desse ideal nos recém-formados (SIQUEIRA, 2003, p. 34).

O ideal de médico cultivado atualmente, segundo Feuerwerker (2002, p. 17), de “[...] especialista com inserção em algum hospital privado de alto nível e com prática liberal em um consultório privado [...]” aparentemente é transferido pelos professores aos alunos, que ficam fascinados pela possibilidade de utilização de equipamentos e tecnologias que facilitem o diagnóstico e tratamento das doenças. Acrescenta a autora:

O outro caminho estaria associado à ocupação de postos de trabalho que quase ninguém quer: *o médico de posto*, o plantonista da emergência nos pronto-atendimentos e hospitais de periferia.

Poder-se-ia incluir aqui o Médico de Família, considerado também pouco atraente pelos estudantes.

Existe um movimento mundial sobre a necessidade de um novo tipo de formação, na graduação médica, para que se consiga melhor atendimento à maioria da população, diminuindo os aspectos elitistas que o tipo de medicina atualmente praticado efetiva.

A formação de um médico diferenciado é praticamente uma exigência social. Médicos que tenham uma sólida formação geral, que prestem uma atenção integral e humanizada, que saibam trabalhar em equipe, tomando decisões que considerem a situação clínica individual, o contexto em que vivem os pacientes e os recursos disponíveis. (FEUERWERKER, 2002, p.1).

No Brasil, houve tentativas de mudança na década de 80, congressos internacionais sobre educação médica em fins dos anos 80 e início da década de 90, a avaliação da CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) iniciada em 1991, além dos documentos da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), OMS (Organização Mundial de Saúde), entre outros, que fundamentaram a necessidade de mudanças e culminaram com a publicação, pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação e Cultura, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação, 2001).

A maioria das escolas médicas está abordando vários aspectos dessas diretrizes curriculares quanto ao perfil do profissional formado, médico generalista que priorize a atenção primária, prevenção de doenças e promoção à saúde, devendo induzir ao consenso em relação ao assunto.

O Estado vem fazendo um esforço e desempenhando importante papel na mudança do modelo assistencial, no sentido de privilegiar a atenção primária, a medicina da família e a desospitalização. É importante sublinhar que esses dois aspectos – medicina com base na família e a desospitalização – fazem parte dos programas de saúde em importantes países, referências na área de atenção à saúde, como é o caso do Canadá (MINAYO, in LAMPERT, 2002, Prefácio, p. 14).

Não se pretende, neste trabalho, opor o médico geral ao especialista, porém acredita-se que o curso de graduação em Medicina deveria ter como meta um profissional com sólida formação geral. O aperfeiçoamento dessa base geral ou a escolha pelo aprofundamento em alguma especialidade seriam adquiridos posteriormente, em nível de pós-graduação (Residência Médica). Desse modo não haveria prejuízo à sociedade, uma vez que o egresso do curso de graduação apresentaria as habilidades de um médico geral, resolvendo as doenças prevalentes na população, bem como atuaria na prevenção de doenças e promoção à saúde.

Delimitando as questões e os sujeitos do estudo

Como professora de uma faculdade de medicina há muitos anos, a pesquisadora não poderia se furtar a ter maior participação nas iniciativas da Instituição de Ensino Superior

onde trabalha, com o objetivo de reestruturar o currículo visando uma melhor formação do médico, aproximando-o do perfil preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Tendo em vista sua relevância, pode-se perceber que o interesse pela atuação desse profissional e por sua boa formação permeia toda a sociedade, não apenas a academia, visto que afeta cada pessoa no âmago da questão mais crucial para todos os seres humanos: sua relação com a vida e a morte, ou seja, sua própria existência.

Escolher um problema de pesquisa, segundo Laville & Dionne (1999, p. 100),

[...] é observar bem seu ambiente de vida, de modo atento e crítico, para ver se nele não se acha uma situação qualquer que cause problema, situação que a pesquisa permitiria compreender e eventualmente modificar.

No início do processo de reestruturação curricular, a pesquisadora não se percebia em condições de dar qualquer contribuição para mudança desse panorama, pois não é médica e leciona uma disciplina básica, do segundo ano. Mas ficava incomodada com as reclamações e críticas ao comportamento de alguns alunos dos últimos anos do curso por parte dos professores desses anos.

Com o despertar para o estudo de assuntos da área de Educação, começou a ter uma visão mais ampla da situação, passando a enxergar inúmeras possibilidades de participar do processo. O fato de ser ao mesmo tempo professora do curso médico, além de coordenadora do curso de Ciências Farmacêuticas, habilitaria a pesquisadora a fazer parte dos colegiados e, portanto, das decisões maiores da instituição. Ademais, de acordo com Gatti (2002, p. 60), ser professora do curso de medicina há mais de trinta anos garantiria à pesquisadora vivência profissional para pesquisar na área de formação do médico.

Como já existe proposta modificadora do currículo na IES, embora enfrente um longo processo de implementação e encontre dificuldades em alguns pontos para se concretizar, o foco da pesquisa voltou-se para os professores e coordenadores, principalmente. Não se trata de negar o que os alunos representam no desenvolvimento e efeitos das mudanças. Mas, segundo Giroux (1997, p. 252), seriam **os professores** os principais desencadeadores de mudanças na educação, pois tanto medeiam como definem o processo educacional. Conhecer as percepções teóricas dos docentes, desvelar as motivações subjacentes à sua *práxis*, tornou-se essencial para o desenvolvimento do presente trabalho.

Os sujeitos escolhidos para a pesquisa foram os professores do curso, uma vez que são considerados os principais atores dos processos de mudança nas escolas. A percepção da importância dos docentes foi apreendida dos diversos autores estudados, na extensa pesquisa da literatura sobre o assunto.

Além disso, o levantamento feito pela CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – sinalizou a importância dos docentes para o sucesso das transformações curriculares nas escolas no seu Relatório (CINAEM, 1998).

Foram seguidas as sugestões de Lefèvre & Lefèvre (2003, p. 38), autores escolhidos como base para a análise do questionário, um dos instrumentos de coleta de dados. Como existe um conhecimento aprofundado das características do universo a ser pesquisado, a escolha dos sujeitos foi intencional e visou os docentes com maior relevância no processo de formação e de transformação curricular.

É senso comum a falta de formação pedagógica e, principalmente, de conhecimento das áreas das Ciências Humanas da maioria dos professores da área da saúde, principais atores participantes das mudanças. Como, apesar dessa deficiência, o processo de mudanças poderia caminhar?

Na proposta de Reestruturação Curricular da IES (2002) são levadas em conta as dificuldades e obstáculos que poderiam advir; o enfrentamento dos problemas vividos exigiriam, segundo o documento (p. 2), “[...] fundamentação teórica, reflexão, análise crítica e troca de experiências que revelariam as causas dos entraves e viabilizassem alternativas de solução para a superação das dificuldades”.

As atividades propostas pela reestruturação exigiriam do professor

[...] a compreensão do referencial teórico, para responder a si próprio o porquê da atividade e sua relação com a situação proposta, visando formas mais elaboradas de conhecimento por parte dos seus alunos.

Em reuniões realizadas para otimizar a grade no sentido da formação do médico com o perfil descrito, chama a atenção a resistência demonstrada por diversos professores às propostas de redução da carga horária de suas disciplinas, principalmente quando se trata de especialidades médicas; muitos se sentem pessoalmente ofendidos, desprestigiados, chegando mesmo a alterações com os colegas que estão propondo as modificações. Seria importante aprofundar o verdadeiro significado dessa resistência para que as estratégias de mudança possam surtir algum efeito.

Considera-se ainda mais preocupante, todavia, as falas de professores que militam no Internato e Residência Médica e que estão em contato freqüente com alunos dos dois últimos anos, durante o Internato, e os recém-formados, na Residência Médica. Esses depoimentos, emanados das reuniões para discussão do currículo reservadas para o Internato, reuniões da Congregação e mesmo de conversas reservadas, trazem uma crescente necessidade de reflexão sobre o tipo de profissional que está sendo formado.

A programação da Instituição para a implementação da reestruturação curricular proposta consiste de reuniões semanais, durante os quais são discutidos os aspectos pedagógicos de cada série do curso médico, estando presentes o coordenador geral do curso, os coordenadores de cada série, os professores dos respectivos anos e os representantes dos alunos, sendo totalmente aberta à participação dos professores.

Embora se perceba um grande esforço de coordenadores, professores e alunos para a implantação das mudanças necessárias, elas ocorrem num ritmo bem mais lento do que o desejável. A autora, a partir da intensa participação nas várias reuniões que visavam à transformação curricular para formar o médico com o perfil preconizado pelas diretrizes curriculares, notou que, além do processo caminhar lentamente, havia muitas idas e vindas.

Observando o que acontecia durante essas reuniões, bem como em conversas com seus pares professores, várias questões tornaram-se imperativas para revelar os motivos subjacentes às dificuldades encontradas no caminho do processo e que se constituem no problema de investigação desta pesquisa. A pergunta geral a se fazer seria:

Que mudanças devem ser introduzidas no curso de medicina para alcançar os objetivos definidos pelas diretrizes curriculares, que valoriza o caráter humanista e generalista na formação desse profissional?

A impossibilidade de encontrar resposta a essa questão extremamente abrangente e complexa levou à necessidade de procurar orientar a pesquisa no sentido de delimitar as questões e o campo de estudo, na tentativa de tornar as respostas mais objetivas.

Partindo do pressuposto de que o professor é um dos eixos promotores das mudanças curriculares, houve refinamento e delimitação das questões, com o auxílio da orientadora desta pesquisa, ficando como importantes:

Os professores conhecem as orientações legais para a formação do médico?

Que perfil o profissional deve ter ao sair do curso de graduação em Medicina, na opinião deles?

Os professores consideram que a IES à qual pertencem forma o profissional sugerido pelas diretrizes curriculares?

Essas duas últimas questões fizeram parte de um dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa, o **questionário** respondido pelos docentes.

O problema geral da pesquisa poderia ser ainda mais delimitado e transformado em forma de uma pergunta, conforme recomenda Laville & Dionne (1999, p. 84), que deveria ser significativa, clara e exequível (ibid., p. 106-111). Baseando-se nesses pressupostos, foi elaborada, finalmente, a questão central:

Quais os fatores que facilitariam e os que dificultariam a implementação da reestruturação curricular com vistas à mudança do perfil do egresso?

Com o objetivo de responder à questão, foi feito um planejamento de execução do trabalho de campo, começando pela escolha da metodologia a ser seguida para o desenvolvimento da pesquisa.

Fundamentação teórica da abordagem metodológica

Como resultado de muita leitura e levando em conta as convergências e divergências entre as diversas correntes metodológicas, encontradas entre os próprios estudiosos dessas correntes, procurou-se fazer algumas escolhas, aqui expostas e ao longo deste trabalho.

O método, no entender de Gatti (2002, p. 63), não é um roteiro fixo, é uma referência. Ele, de fato, é construído na prática, no exercício do fazer a pesquisa. O método, neste sentido, estaria sempre em construção.

A natureza do problema remete a uma **ABORDAGEM QUALITATIVA**, por todos os pressupostos embutidos nesse tipo de abordagem. Essa abordagem coloca-se como alternativa nova para o trato de problemas e processos escolares, mas, sobretudo, traz uma salutar revisão dos parâmetros mais comumente utilizados para definir o que é fazer ciência.

Segundo Gatti (2002, p. 30):

Seus fundamentos são outros e manifestam-se pelo questionamento da neutralidade do pesquisador e dos instrumentos de pesquisa, do conceito de causalidade determinística, da objetividade baseada na idéia de imutabilidade dos fenômenos em si, da repetição estática. Emprega técnicas não quantitativas de obtenção de dados, tipo observação cursiva ou participante, análise de conteúdo, análise documental, história de vida, depoimentos, etc.

Pretende-se, com este trabalho, esclarecer as concepções dos principais atores, aqui **os professores**, no que se refere aos fatores que favoreceriam e dificultariam o processo de reestruturação curricular implementado, cujo objetivo é a formação do médico humanista, de acordo com as novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina. Acrescenta-se que a formação do médico com visão holística do ser humano viria ao encontro das necessidades da população.

Para conseguir este objetivo, acredita-se que somente o desvelamento dos reais

significados que os professores do curso dão às coisas, a interpretação dos discursos e comportamento desses professores em seu local de trabalho, poderão contribuir para o esclarecimento da questão e para a proposta de ações que modifiquem esse cenário.

Na elaboração do trabalho, foi utilizado o ambiente natural onde estão inseridos os objetos do estudo, ambiente do qual a pesquisadora faz parte, como fonte direta para obtenção dos dados que foram cuidadosamente descritos e interpretados.

Considera-se, portanto, que apenas uma pesquisa com abordagem qualitativa traria no seu bojo todos os elementos necessários à elucidação do problema.

As principais características de uma análise qualitativa podem ser encontradas em Bogdan & Biklen (1982) e Lüdke & André (1986).

Este trabalho deverá contemplar todas as características e pressupostos da abordagem qualitativa presentes nas considerações feitas por esses autores. Os instrumentos de coleta de dados, documentos, observação participante reunidas em episódios e questionários semi-estruturados foram analisados de maneira interpretativa e se enquadram nesse tipo de abordagem. A análise interpretativa tem como objetivo a apreensão das concepções que subjazem os discursos dos docentes, escritos ou orais, e que orientam suas ações como professores de medicina. O entendimento dessas concepções é fundamental para o problema pesquisado.

Dentro da abordagem qualitativa optou-se pela **PESQUISA PARTICIPANTE**, levando em conta o nível de participação imprimido ao trabalho e tendo em vista os conceitos de Brandão (1999, p.11), que propõe como objetivo desse tipo de pesquisa “[...] conhecer a realidade para poder transformá-la”.

Se for levada em conta a afirmação de Demo (2004, p. 21) de que a “[...] pesquisa participante busca confluir dois intentos: conhecer adequadamente e intervir alternativamente”, a metodologia empregada na execução deste trabalho poderia ser aí enquadrada; porém, uma leitura mais atenta desse autor leva a certa cautela, uma vez que, devido a características próprias do ambiente e dos sujeitos estudados, não seria possível à pesquisadora a realização de uma intervenção na medida exigida pela pesquisa participante (DEMO, 2004, p. 93) e nem da pesquisa-ação.

Instrumentos de coleta de dados

Definido o problema e os sujeitos do estudo, passou-se à escolha das fontes e os procedimentos de coleta de dados escolhidos que foram os:

– **documentos:** foram consultadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001), a Reestruturação Curricular do Curso Médico da IES, a Proposta Técnica enviada pela IES em outubro de 2002 para participar do PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (BRASIL/OPAS/OMS, 2002), as Atas das reuniões da Congregação da IES e de reuniões de professores titulares, as Atas das Reuniões Curriculares do Curso de Medicina da IES e as Portarias da Diretoria da IES, o projeto enviado ao PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde (BRASIL/OPAS/OMS, 2005).

– **registros de campo:** além da observação e registro do que ocorria nas chamadas Reuniões Curriculares, outras reuniões, como dos Professores Titulares (bimestrais) e da Congregação (mensais), nas quais era discutido o ensino médico, também fizeram parte da pesquisa, compondo um dos tipos de instrumento de coleta dos dados, os **episódios**. Mesmo conversas informais com professores ou alunos do Curso de Medicina, quando importantes para os objetivos da pesquisa, também integraram os **episódios**. Foram assim denominados todos os registros de encontros em que se verificaram acontecimentos relevantes ao processo de reestruturação curricular.

Embora não tenha havido observação pessoal por parte da pesquisadora antes de 2002, serão citadas também as anotações de diversas reuniões realizadas no âmbito da Instituição desde 2000, cedidas por uma colega²³, integrante do núcleo pedagógico da Instituição, GEDES – Grupo de Estudos e Desenvolvimento da Educação em Saúde, ou seja, desde o início do processo de transformação curricular. O conteúdo dessas anotações será também citado e analisado, se pertinente, neste trabalho, na mesma forma dos **episódios**.

– **questionários:** foram aplicados aos docentes que participam mais ativamente da formação, como já mencionado, ou seja, os que têm maior contato com os alunos, cerca de 100 professores. No curso de Medicina da IES, há cerca de 200 docentes, embora muitos deles exerçam atividades apenas nos ambulatórios e hospitais, com contatos eventuais com os alunos.

As respostas ao questionário foram analisadas usando uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos emanados de indivíduos representativos de uma comunidade, o *Discurso do Sujeito Coletivo*, abreviado como **DSC** (LEFÈVRE &

23 Márcia Rodrigues Garcia Tamosauskas, Anotações de reuniões da Reestruturação Curricular. 2000-2003.

LEVÈVRE, 2003, p. 15).

Os episódios iniciais também fazem parte da fase exploratória, quando os objetivos da pesquisa ainda não eram claros.

Tendo ficado esclarecida a questão central para a elucidação do problema pesquisado, a observação dos episódios foi focalizada para o problema central da pesquisa; as questões elaboradas para o questionário também foram escolhidas para desvelar o problema.

Os **episódios** se estenderam até início de 2006, constituindo-se, por si só, em dados importantes; contudo, foram também utilizados para se fazer um contraponto entre o discurso obtidos dos professores nas respostas ao questionário e o que ocorria no cotidiano, durante as reuniões, o que é relatado no Capítulo IV.

Seqüência de desenvolvimento da pesquisa no campo

Seguindo as recomendações de Alves-Mazzotti & Gewandszajder (1999, p. 160), a pesquisa foi precedida pela elaboração de um projeto e por uma fase de negociações para obter acesso ao campo que constou da passagem desse projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, que não só autorizou o acesso ao campo como também todos os outros procedimentos de coleta de dados.

Ainda de acordo com os mesmos autores (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 1999, p. 161), passou-se em seguida ao **período exploratório**, cujo principal objetivo é ter uma visão geral do problema considerado. Essa fase, na qual o pesquisador, segundo os autores, “conta com seus olhos e ouvidos” (aspas dos autores), foi iniciada com a participação nas reuniões e a observação do que ocorria nessas reuniões.

Como decorrência da feição indutiva dos estudos qualitativos, as etapas de coleta, análise e interpretação ou formulação de hipóteses e verificação não obedeceram a uma seqüência fixa, mas foram feitas de forma interativa, acompanhando todo o processo de investigação (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 1999, p. 161-162).

Neves (1996) também ressalta a flexibilidade da pesquisa qualitativa:

Ao contrário dos estudos quantitativos, que geralmente procuram seguir com rigor um plano previamente estabelecido, baseado em hipóteses claras e variáveis bem definidas, a pesquisa qualitativa não costuma ter uma seqüência pré-determinada e sim direcionada ao longo do desenvolvimento do trabalho.

Todo o processo de reestruturação curricular da IES tem sido acompanhado pela autora desde o ano de 2000, e esse acompanhamento se intensificou a partir de 2003. Foi

sua participação ativa nas reuniões de reestruturação curricular do curso médico da IES que levou ao problema da pesquisa e contribuiu para a elaboração das hipóteses que poderiam responder a questão central.

A formulação das hipóteses, como orienta Laville & Dionne (1999, p. 124), “[...] é o ponto de chegada de todo o primeiro movimento de um itinerário de pesquisa [...]” e “[...] torna-se o ponto de partida do segundo movimento, indicando a direção a seguir para resolver o problema [...]”.

Na execução desta pesquisa, o primeiro movimento constitui-se de observação inicial do que ocorria nessas reuniões e de extensa pesquisa na literatura sobre o assunto. Chegou-se então à formulação de hipóteses que explicariam os movimentos que faziam o processo de mudança curricular avançar e, em seguida, sofrer estagnação ou até retrocesso, como será relatado a seguir.

Elaboração das hipóteses

A questão central deste trabalho visa esclarecer quais seriam os fatores que favorecem ou dificultam o processo de reestruturação curricular com vistas à formação do médico geral. Dos primeiros movimentos da pesquisa, resultaram algumas hipóteses importantes que serviram de base para se iniciar o segundo movimento da pesquisa, a obtenção de dados que pudessem esclarecer a questão proposta.

Poderiam ser relacionados como **fatores que, por hipótese, poderiam dificultar** as mudanças:

- 1) Currículo do curso fragmentado; formação flexneriana/cartesiana dos docentes.
- 2) Desconhecimento, por parte dos professores, do currículo e seus objetivos (da intencionalidade do currículo).
- 3) Excessiva valorização da pesquisa em detrimento do ensino; escolha dos professores baseada no “currículo a metro”; conseqüente desinteresse do professor por outras áreas do saber.
- 4) Contrato de trabalho do professor, com pouco tempo para se dedicar às alterações necessárias para a integração das disciplinas como um primeiro passo à interdisciplinaridade. Dificuldade, por parte do professor, em entender que integração não significa um mero “agrupamento” das disciplinas.
- 5) Desumanização das práticas do egresso como conseqüência da formação

essencialmente tecnicista em razão da ausência de conteúdos da área de Ciências Humanas, bem conduzidas, tanto na graduação como nos cursos de pós-graduação (Mestrado). Estes deveriam ter como principal objetivo formar professores de medicina, além de pesquisadores.

Com relação aos **fatores que, hipoteticamente, favoreceriam** o processo poderiam ser citados:

1) Apoio da Diretoria da Instituição, com ações concretas, como, por exemplo, aumentar a carga horária dos docentes.

2) Sensibilização dos docentes para a importância da formação do médico com o perfil preconizado pelas diretrizes curriculares, melhorando a qualidade dos serviços prestados à população.

3) Conscientização dos docentes, tidos como modelo para os alunos, da importância da inserção de conteúdos de outras áreas do saber.

4) Inserção dos alunos precocemente na rede básica de saúde; valorização da atenção básica, prevenção e promoção à saúde.

5) Integração das disciplinas.

6) Realização do Internato na Unidade Básica de Saúde.

Seqüência escolhida para a apresentação do trabalho

Para a apresentação deste trabalho, optou-se pela seqüência explicitada a seguir.

No Capítulo I, é apresentado um panorama geral do ensino médico, dos primórdios até a publicação do Relatório Flexner e suas conseqüências no ensino médico do Mundo todo, incluindo o Brasil. São relatados os movimentos de mudança considerados mais importantes, surgidos ao longo do tempo. Vários autores que estudaram os caminhos trilhados pelo ensino médico foram utilizados como base para esses relatos. O objetivo foi mostrar a mudança lenta ocorrida na formação: de profissionais que exerciam uma Medicina "Individualizada", pessoal, para o que se costuma chamar de Medicina "Científica" ou "Tecnológica", bem como o início das críticas à falta de humanização da Medicina decorrente do modelo cartesiano/flexneriano e que culminou com um processo nacional de avaliação do ensino médico no nosso país realizado pela Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM. Os resultados desse longo

processo de avaliação das escolas médicas brasileiras resultaram em sugestões que visavam aperfeiçoar a formação do médico e culminaram com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001).

No Capítulo II, discute-se a relevância do currículo e do professor de medicina para a formação profissional. É relatado como evoluíram os currículos dos cursos de Medicina no Brasil, da fundação da primeira Faculdade de Medicina na Bahia, passando pelas influências do Relatório Flexner e pelas diversas modificações curriculares surgidas como tentativas de aperfeiçoamento da formação do médico. Além disso, são feitas considerações sobre o professor de medicina.

Mostra-se a necessidade de mudança de paradigma como consequência da desumanização do atendimento e da valorização excessiva da especialização em medicina.

O capítulo III se refere ao processo formal de mudanças curriculares ocorrido na Instituição de Ensino Superior onde foi realizada a pesquisa. Nesse capítulo, são explanados e discutidos os conteúdos dos documentos institucionais que visavam as mudanças pretendidas.

O Capítulo IV trata de como o processo de mudança ocorre no cotidiano da escola. São relatados e comentados apenas os episódios considerados relevantes. No capítulo V, são apresentados os questionários e as respectivas respostas dos 32 questionários devolvidos, bem como sua análise pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2003).

O capítulo VI foi desenvolvido no sentido de tentar estabelecer um paralelo entre os discursos da coletividade docente nas respostas ao questionário (os Discursos do Sujeito Coletivo) e o que concretamente ocorria no cotidiano da escola (os episódios). A discussão feita dessa maneira tem como objetivo a compreensão dos aspectos mais relevantes que contribuiriam para facilitar ou dificultar o processo de mudanças necessárias à formação do médico com o perfil sugerido pelas diretrizes curriculares, à luz da teoria existente.

A partir dessa análise dos dados e da discussão, serão elaboradas as considerações finais do trabalho e as sugestões da pesquisadora para dar continuidade aos estudos que tratem dos difíceis processos de mudança na educação médica, com vistas à sua efetivação na prática.

CAPÍTULO I

O ENSINO MÉDICO

Pretende-se, neste capítulo, fazer um pequeno histórico do ensino médico, mostrando a evolução transcorrida desde a Antigüidade, quando as causas das doenças eram tidas como sobrenaturais, até a Medicina com explicações de base científica. São abordados os principais marcos das mudanças no sentido de aperfeiçoar a formação do profissional e o que deles resultou.

Esta retrospectiva se faz necessária para entender as sucessivas tentativas de mudanças ocorridas nesse cenário, a partir do momento em que se percebeu que a Medicina perderia seu caráter humanístico. O cartesianismo, as descobertas científicas e os grandes avanços tecnológicos levariam ao excesso de tecnicismo, à valorização excessiva da especialização, ao atendimento de interesses econômicos sem visar primariamente melhorar a saúde da maioria da população, entre outros motivos. As mudanças pretendidas teriam como objetivo fazer com que o médico tenha uma visão holística do ser humano, socialmente contextualizado.

Além disso, mostra-se que, apesar dos avanços já conseguidos, resta ainda muito a se fazer para prosseguir e também consolidar as alterações já realizadas, o que torna pertinente a realização da pesquisa apresentada neste trabalho.

1.1. Breve histórico

A preocupação maior do ser humano, desde a Antigüidade, foi tentar entender as causas das doenças, evitá-las e curá-las.

As descobertas arqueológicas indicam que os egípcios realizavam operações complexas e fizeram grandes avanços na medicina graças ao sofisticado processo de mumificação de corpos. Para mumificar os corpos, retiravam-se as entranhas, conseguindo assim muitas informações sobre a anatomia humana.

Os gregos estabeleceram uma lenda para explicar a origem das doenças: a deusa

Pandora foi encarregada por Zeus de guardar uma caixa sem poder abri-la para ver o que continha. Mas a curiosidade de Epimeteu, irmão de Prometeu, fez com que a caixa fosse aberta, liberando todos os males da humanidade, inclusive os maus espíritos, que se acreditava ser as causas das doenças. O deus Esculápio possuía um bastão alado, no qual se enroscava uma cobra (o caduceu) que podia afastar as doenças, segundo a crença da época. Além disso, tinha cinco filhas, entre elas Iaso (deusa da Recuperação), Hygea (deusa da Boa Saúde) e Panacéia (deusa de Todas as Curas).

Na Antigüidade, a Medicina era verdadeiramente interdisciplinar, influenciando e sendo influenciada pela arte, literatura, filosofia, política e, não em menor grau, pela religião.²⁴

Da Antigüidade, ao longo da Idade Média, Medicina e Filosofia coexistiam. Frequentemente, cientistas do mundo antigo eram filósofos e também médicos; a separação entre as duas áreas não era clara. Embora houvesse harmonia entre Medicina e Filosofia, a tensão entre a Medicina e as crenças religiosas dificultava e até impedia seu estudo.

Hipócrates (460 AC – 377 AC), cuja família se acreditava descendente de Esculápio, foi o primeiro a separar a medicina da religião; antes dele, as doenças eram atribuídas à possessão por espíritos malignos, como uma forma de punição para os pecados. O mais famoso médico grego foi quem primeiramente rejeitou esse conceito e atribuiu às doenças causas naturais, como os miasmas, vapores venenosos que contaminavam o ar e as águas. Opunha-se aos espancamentos e torturas para exorcizar os maus espíritos, afirmando que a cura ocorreria naturalmente com repouso, alimentação saudável, ar puro e hábitos de higiene. Toda sua obra marcou o fim da medicina mística e o início da observação dos fatos clínicos. Hipócrates é considerado Pai da Medicina.

Os escritos de Hipócrates foram reunidos em 53 tratados em 72 livros. Apenas 12 foram considerados autênticos²⁵: *Medicina antiga; Prognósticos; Aforismos; Epidemias; Regime nas doenças agudas; Ares, águas e lugares; Articulações; Fraturas; Instrumentos de redução; Ferimentos da cabeça; Lei* e o célebre *Juramento*, respeitado por todos os médicos do mundo até os dias de hoje.

²⁴ Homer to Hippocrates. Disponível em <<http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/library/historical>>. Acesso em 2 de janeiro de 2006.

²⁵ Hipócrates. **Enciclopédia Mirador Internacional. Encyclopaedia Britannica do Brasil Publicações Ltda.** Brasil: São Paulo/Rio de Janeiro. 1990, p. 5747.

Hipócrates entendia que o corpo humano era um todo, não um conjunto de partes independentes, e que a saúde dependeria do equilíbrio entre os humores do corpo – sangue, bile (bile amarela), atrabile (bile negra), fleugma (catarro). Dentre as várias características desses fluidos, que deveriam estar equilibradas, incluíam-se o calor e o frio, a umidade e a secura, a doçura e o amargor. Essa teoria foi denominada *Teoria dos Quatro Humores* e serviu de base para as práticas médicas até praticamente a Revolução Americana.²⁵

Hipócrates pregou seus ensinamentos por toda a Grécia; porém, na maior parte do tempo, reunia seus discípulos sob a copa de uma árvore supostamente plantada por ele, preservada até hoje em Kós-Dodekánisos, local de seu nascimento, onde fundou sua Escola de Medicina.

Os romanos também tiveram um grande conhecedor da medicina, o grego Galeno (130 D.C. – 200 D.C.), que morava em Roma. Seguidor das idéias principais de Hipócrates, escreveu mais de 800 livros médicos.²⁶ Tratou com o mesmo brilho de anatomia, patologia, gramática, filosofia e literatura. Suas idéias se diferenciavam das de Hipócrates por acreditar que se poderia restaurar o equilíbrio dos quatro humores através de substâncias curativas, além de outras intervenções. Sua farmacopéia era tão grande que ele tinha que transportar boa parte dela, uma vez que não poderia encontrar os seus ingredientes nos locais onde os pacientes estavam.²⁷ É considerado o Pai da Farmácia.

Galeno estabeleceu o princípio de que toda lesão em um órgão corresponde a uma alteração da função e vice-versa. Este princípio foi o marco inicial da fisiopatologia. Embora tenha cometido muitos erros, como o que se refere à sua teoria da circulação sanguínea, foi o médico que maior e mais duradoura influência exerceu sobre a medicina, durante cerca de 1.500 anos; sua obra foi muito valorizada ao mesmo tempo por hebreus, cristãos e muçulmanos durante toda a Idade Média até a Renascença.²⁸

Na era medieval, nas primeiras escolas de medicina o ensino médico consistia basicamente no estudo e na recitação dos textos hipocráticos e galênicos, não

²⁶ História mitológica da Medicina. Disponível em <<http://www.alzheimermed.com.br>>. Acesso em 2 de janeiro de 2006.

²⁷ Galeno. Disponível em <<http://www.teosofia.com.br>>. Acesso em 8 de janeiro de 2006.

²⁸ Caminhos da Medicina: a Neurologia na obra de Galeno. Disponível em <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/neurologia>>. Acesso em 10 de janeiro de 2006.

necessariamente associados ao ensino prático supervisionado da profissão.

Com a evolução do estudo da anatomia com Vasalius (1514-1564), da anatomia patológica com Morgagni (1682-1771) e Virchow (1821-1902), da microbiologia com Pasteur (1822-1895) e Koch (1843-1910), da fisiologia com Claude Bernard (1813-1878), o estudo da medicina se modificou para incorporar também os conhecimentos oriundos dessas áreas básicas para fundamentar a prática da nascente medicina científica.²⁹

Nos séculos XVIII e XIX, a medicina baseava-se num modelo multifatorial, ou seja, procurava compreender a doença como resultante de diversas causas, inclusive sociais. Considerava que nenhum sistema de atenção à saúde poderia ser eficaz e eficiente se não houvesse profundas transformações econômicas, políticas e sociais.

No Brasil, antes do início dos cursos superiores em 1808, aqueles que tivessem interesse em cursar a universidade tinham que ir à Europa, porque não era considerado conveniente, pela aristocracia portuguesa, formar intelectual e politicamente a elite brasileira. Portugal queria manter, de todas as formas, o Brasil como colônia (MASETTO, 1998, p. 9).

Com a vinda da corte portuguesa para o Brasil, surgiu a necessidade da formação de profissionais em nosso país, uma vez que até mesmo a comunicação com a Europa havia sido interrompida.

Em decorrência desses fatos, o ensino médico começou com a chegada da Família Real, em 1808. Menos de um mês depois do desembarque dos portugueses em Salvador, uma determinação do príncipe regente D. João VI criava, naquela cidade, a primeira escola de medicina do Brasil.

Em 8 de março de 1808, a Família Real embarcou para o Rio de Janeiro, e, poucas semanas depois, o príncipe Regente determinava a criação de outra escola médica, desta vez na nova capital do Brasil.

O crescimento populacional e o aumento da demanda de assistência à população determinaram a mudança do perfil do médico formado no fim do século XIX. Nas faculdades de medicina, o Decreto 8.024 de 12 de março de 1881 criou o curso prático e desdobrou as cadeiras clínicas, enquanto o Decreto 8.918 de 31 de março de 1883 regulamentou os estudos práticos das faculdades de medicina.

²⁹ Os caminhos da educação médica. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v. 50, n° 3, São Paulo, jul./set. 2004. Editorial.

Havia a preocupação com um ensino mais prático, voltado para a experimentação, com a criação de laboratórios e consultórios para instrumentalizar melhor o profissional, para que o ensino não fosse estritamente teórico, como antes.

Em 1898, época das revoltas internas, das Constituições reformadas, do golpe de Estado, do fim do Segundo Reinado, do Governo Provisório, da Abolição dos Escravos, do início das indústrias, foi criada a terceira faculdade de Medicina, no Rio Grande do Sul (AMARAL, 2002, p. 32, 37).

No final do século XIX, a maioria dos profissionais que atuavam no mercado possuía um conhecimento que abrangia todo o indivíduo, não se restringindo a uma parte de seu corpo ou a alguma patologia específica. Seria, portanto, um médico generalista (PEREIRA NETO, 2001, p. 20). Esse perfil, segundo Pereira Neto (2001, p. 43), foi identificado com um caráter de moralidade, desinteresse pecuniário, abnegação e sacrifício, como um sacerdócio religioso. A medicina seria uma arte, exercida com eucaristia e altruísmo. O perfil generalista comportaria ainda a idéia do produtor individual de serviços de saúde, sem contar com o auxílio de outro profissional de saúde; além disso, não se mencionavam os exames diagnósticos (ibid., p. 45).

Como o trabalho em equipe seria incompatível com esse perfil de profissional, evidentemente não é o que pretendem as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, MEC, 2001), quando preconizam a formação do “médico generalista”. Não se deve esquecer, ademais, que se trata aqui de uma profissão. A profissão médica caracteriza-se por constituir-se de pessoas cuja atividade resulta na principal fonte de recursos para sua subsistência (LAMPERT, 2002, p. 41), não cabendo o “desinteresse pecuniário” associado ao perfil generalista.

Considera-se, portanto, neste trabalho, mais adequada a denominação “médico geral” para o profissional, implicando habilitações em promover a saúde, prevenir as doenças, diagnosticar e resolver as enfermidades de maior prevalência na comunidade.

Ser médico, no Brasil da década de 20, era ser um profissional liberal, que geralmente atendia os pacientes em casa.

O médico, em geral, ia ao hospital filantrópico quando queria e atendia quantos pacientes desejasse, sendo ou não remunerado. A atividade era relevante porque lhe dava experiência profissional, prestígio junto à clientela abastada e, ao mesmo tempo, era exercida de maneira que sua autonomia técnica e econômica era garantida. (PEREIRA NETTO, 2001, p. 21)

Portanto, até o final do século XIX e início do século XX, a relação médico-paciente era individualizada, sem um intermediário que estipulasse a duração e o valor da consulta. "O clínico geral percebia o corpo do paciente como um todo indivisível" (ibid., p. 29).

1.2. O Relatório Flexner e suas conseqüências

O quadro do ensino médico nos Estados Unidos, no final do século XIX, era considerado caótico. O número de escolas médicas crescia assustadoramente e sem controle, chegando a 150 no início do século XX, desvinculadas das universidades e desprovidas de equipamentos. Havia cursos de até um ano de duração e inexistiam pré-requisitos definidos para matrículas.

Em 1910, a Fundação Carnegie, dos Estados Unidos, publicou o Relatório Flexner (FLEXNER, 1910), contendo uma crítica à situação da medicina àquela época e propondo soluções para a questão. Descrevendo a situação de muitas das 155 faculdades de medicina dos Estados Unidos daquela época, o educador Abraham Flexner (1866-1959), redator do famoso relatório, revolucionou a educação médica americana e também a européia, desde então. O Relatório Flexner foi responsável pelo fechamento de 123 escolas médicas nos anos seguintes, que não tinham condições consideradas adequadas de ensino; foram mantidas somente 32 delas.

O ensino da medicina era, segundo Flexner, "[...] uma aventura privada, mercantilizada no espírito e no objeto [...]" que carecia, sobretudo, de bases científicas. Tal fato significava, para os progressistas, uma heresia, já que sonhavam com um mundo da ciência.

A implementação das idéias de Flexner foram reforçadas por um enorme aporte financeiro, advindo de doações feitas por fundações particulares e profissionais de medicina, por intermédio da Associação Médica Americana (AMA). Estima-se que foram gastos de US\$ 300 a US\$ 600 milhões, entre 1917 e 1928, para que as escolas de medicina se tornassem adequadas, o que resultou na promoção da educação médica americana para uma posição de destaque que perdura até hoje.³⁰

Na Europa, embora o movimento de transformações do ensino médico já houvesse se iniciado, a publicação do Relatório Flexner nos Estados Unidos constituiu-se no ápice

³⁰ Os Caminhos da Educação Médica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n° 3, Jul/set. 2004. Editorial.

desse movimento de mudanças.

Na introdução do referido relatório, Henry S. Pritchett, presidente da Fundação Carnegie à época, deixou clara a preocupação com a qualidade do ensino médico e referiu-se aos principais fatos revelados pelo estudo (FLEXNER, 1910, p. x, xi): produção exagerada de médicos mal treinados; excesso de escolas comerciais, sustentadas por métodos de propaganda que atrairiam uma massa de jovens mal preparados; ensino baseado apenas em métodos de instrução didáticos, sem laboratórios, em muitas escolas de medicina. As instituições que não possuíam laboratórios alegavam que o curso deveria ser barato para que o jovem pobre pudesse estudar, o que foi refutado pelo relatório: “É claro que o jovem pobre não tem direito a adentrar em nenhuma profissão para a qual não esteja disposto a obter preparação adequada”.

Outra exigência para os cursos médicos era ter um hospital controlado pela escola, considerado tão necessário quanto os laboratórios de química ou patologia.

O Relatório Flexner se converteu na base para a implantação do ensino e da prática médica tal como hoje os encontramos. As propostas principais foram: definição dos padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, dos cursos médicos; introdução do ensino laboratorial; compartimentalização do ensino das ciências básicas (ciclo básico); estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais-escola; vinculação das escolas médicas às universidades; 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, 2005).³¹

As modificações no cenário médico e científico sugeridas pelo relatório levaram, portanto, a uma radical mudança curricular ao exigir uma sólida formação científica pré-médica, constando de conhecimentos de Física, Química e Biologia (FLEXNER, 1910, p. 24). Flexner considerava improvável que os conhecimentos necessários pudessem ser adquiridos na escola secundária; alegava que os estudantes não teriam maturidade para a compreensão dos conteúdos daquelas disciplinas (ibid., p. 26). Somente após um mínimo de dois anos de estudo dessas disciplinas básicas, haveria a introdução dos conteúdos considerados próprios das ciências médicas como Anatomia, Fisiologia, Patologia, Microbiologia, Farmacologia (ibid., p. 25), acompanhados de laboratórios e de professores

³¹ Maria Cristina Von Zuben de Arruda Camargo, O ensino da Ética Médica e o Horizonte da Bioética. *Bioética*, v. 1, n° 4. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 12 de julho de 2005.

que simultaneamente se dedicariam ao ensino e à pesquisa. As cadeiras clínicas, agora prefaciadas pela dedicação integral às disciplinas básicas, introduziriam os alunos ao cuidado dos pacientes dentro de hospitais universitários, sob a liderança de experientes médicos de reconhecida habilidade clínica e didática.

Como decorrência da publicação do Relatório Flexner, logo no início do século XX houve alterações substanciais não só no ensino como também na prática da medicina, com a predominância do modelo unifatorial de doença e a visão clínica decorrente do modelo flexneriano. Segundo Siqueira (2000), a medicina assumiu compromissos com o biológico, separando a mente do corpo, fazendo prevalecer a lógica de que a cada efeito corresponderia uma causa. Para conhecer melhor o ser humano, dever-se-ia dividi-lo em partes. Conhecendo bem as partes, o todo seria conhecido.

Esse ideal de educação médica antecedida de formação científica pré-médica foi primeiramente atingido na Faculdade de Medicina da Universidade John Hopkins, em Baltimore, nos Estados Unidos. Fundada em 1893, esta escola se tornou modelo para todas as escolas americanas até hoje.

As recomendações do Relatório foram adotadas por praticamente todas as escolas médicas dos Estados Unidos durante a Reforma das décadas de 10 e 20. No entanto, deve-se ressaltar que os aspectos *preventivos* e *promocionais* da saúde não eram tratados com grande entusiasmo nessa obra que tanto influenciou os educadores médicos latino-americanos na primeira metade do século (NOVAES, 1989, p. 3).

A bem da verdade, porém, uma leitura mais atenta faz perceber que o autor do relatório considerava o conhecimento das ciências básicas e médicas insuficiente para uma boa formação e que o progresso científico deveria ampliar muito a responsabilidade ética do profissional de medicina. Existia, sim, alguma preocupação com aspectos preventivos:

[...] a função do médico está se tornando rapidamente social e preventiva, mais do que individual e curativa. Sobre ele a sociedade se apóia para assegurar e, através de medidas essencialmente educacionais, levar às condições que previnam doenças e contribuam positivamente para o bem-estar físico e moral. (FLEXNER, 1910, p. 26)

Termina acrescentando que, para conseguir levar adiante esses objetivos, “[...] esse tipo de médico deveria ser, antes de tudo, um homem educado”.

Apesar dessa menção, naquele momento histórico iniciava-se a era do cientificismo também na medicina. Em momento algum, observava-se qualquer preocupação com a

análise das circunstâncias do ensino médico, muito menos nas propostas de mudança presentes no relatório.

A medicina denominada "científica" trazia no seu bojo os conceitos do empirismo, ou seja, para que o conhecimento fosse considerado "científico", haveria necessidade de observação dos fatos, generalizações, elaboração das leis do fenômeno e previsibilidade, o que, de certa forma, transformaria o ser humano em objeto de estudo.

Para Camargo (2005), a abrangência do Relatório Flexner foi muito maior do que os limites da medicina e causou a fusão e o fechamento de escolas médicas e de vagas oferecidas. A profissão médica sofreu mudança da classe social que a compunha. Houve uma hierarquização da educação médica, resultando numa estrutura discriminatória, privilegiando homens, brancos, e as classes média e alta. Tratava-se de uma composição sensível à ideologia da medicina científica e que traria para a prática médica os valores morais próprios de sua categoria social. Escolas médicas destinadas a negros foram fechadas, e o número de negros matriculados nas escolas remanescentes foi significativamente reduzido.

A Associação Médica Americana (AMA), criada em 1847 com a finalidade precípua de defender a alopatia ameaçada naquele período pela homeopatia, na verdade se tornou um campo de debates entre médicos clínicos e cientistas, até que estes últimos assumissem o controle da AMA. Essa medicina científica tinha uma ligação orgânica entre o capital, as universidades e a corporação médica. Evidentemente, este fato trouxe mudanças substanciais no conceito do "objeto" (aspas do autor) da prática médica e, como consequência, alterou-se a relação doente/médico (CAMARGO, 2005):

A pessoa humana, antes vista como sujeito do processo terapêutico, respeitada em sua dignidade, vontade, liberdade e razão, transforma-se em objeto de estudos, consumidora de tecnologia, um indivíduo como os objetos de estudo de disciplinas como a química, a física ou a botânica [...]. A objetivação do homem pela medicina trouxe consigo a mesma posição da sociedade em relação ao médico. A *arte* médica, desprestigiada pela própria medicina em favor da ciência e sua tecnologia, causou o embaçamento do mítico e do místico no papel social do médico. (CAMARGO, 2005)

De acordo com o modelo flexneriano, o hospital passaria a ser o principal centro de treinamento e formação da mão de obra médica (FLEXNER, 1910, p. 105-124). É o chamado modelo hospitalocêntrico. Decorreu uma significativa mudança na forma como o hospital era até então utilizado, como um abrigo para pobres, indigentes, insanos mentais.

Entre 1930 e 1950, o hospital passa a ser o local onde, além da cura de doentes, a morte deixa de ser assistida pela família e passa a ser adiada pela intervenção da equipe médica.

A medicina científica atinge seu apogeu nas décadas de 30 a 50.

Na década de 50, a intervenção da medicina na vida das pessoas era cada vez maior e o bem-estar só poderia ser alcançado quando houvesse cuidados médicos. Nos países desenvolvidos, havia o predomínio das doenças degenerativas, pois as infecciosas e parasitárias estavam mais bem controladas. Ocorreram mudanças na prática médica, que cada vez mais passou a utilizar medicamentos e exames laboratoriais, propiciando o desenvolvimento de empresas lucrativas: a indústria de medicamentos e a indústria de equipamentos médicos.³²

Nos países pobres, subsistiam tanto doenças infecciosas como degenerativas, devido às baixas condições sanitárias da população. Esse cenário teve poucas alterações até hoje.

O modelo de medicina inaugurado no início do século XX por Abraham Flexner é fiel herdeiro da ciência operativa de Bacon e Descartes. Francis Bacon foi o iniciador do empirismo, “[...] enaltecendo a experimentação e o método dedutivo de tal modo que o transcendente e a razão acabam por desaparecer na sombra”.³³

Um aspecto importante na filosofia de Descartes é sua concepção de mundo e de homem em dualidade corpo-espírito. O universo consistiria de duas diferentes substâncias: a mente (em latim *res cogitans*), ou coisa pensante, e a matéria (em latim *res extensa*). Em sua concepção, influenciada pelos avanços na técnica da relojoaria holandesa, Descartes achava que o universo nada mais era que uma máquina. A natureza funcionaria mecanicamente de acordo com leis matematizáveis.

Na tentativa de construir uma ciência natural completa, Descartes ampliou sua concepção de mundo aos reinos biológicos, incluindo o ser humano, distinto da máquina-corpo por ser uma máquina habitada por uma alma inteligente.

Esse quadro tornou-se o paradigma dominante nas ciências até o século XX, quando se começou a questionar seus pressupostos mecanicistas básicos.³⁴

³² A Saúde nos países centrais. Disponível em <<http://www.servicosocialhoje.hpg.ig.com.br>>. Acesso em 13 de julho de 2005.

³³ O empirismo – Bacon. Disponível em <<http://www.mundodosfilosofos.com.br/bacon>>. Acesso em 10 de janeiro de 2006.

³⁴ Carlos Antonio Fragoço Guimarães. René Descartes: A Filosofia da Razão. Disponível em <<http://www.geocities.com/carlos.guimaraes/descartes>>. Acesso em 10 de janeiro de 2006.

1.3. Repercussões do Relatório Flexner no Brasil

A avaliação das Faculdades de Medicina Americanas pelo Relatório Flexner, em 1910, e suas recomendações acabaram por constituir em muitos países, incluindo o Brasil, um modelo de formação para as faculdades, denominado modelo flexneriano, com as características referidas anteriormente. Segundo Amaral (2002, p. 39), esse modelo encontrou forte oposição da tradição clínica, uma vez que foi criticamente chamado de *medicina sem doente*, opondo a clínica de um lado e o laboratório do outro (grifo nosso).

No início do século XX, o mercado de trabalho e o conhecimento médico no Brasil começaram a sofrer transformações, como decorrência do movimento de especialização do conhecimento e da utilização de tecnologias. O desenvolvimento científico e tecnológico da medicina promoveu mudanças no perfil denominado generalista; o conhecimento médico começou a especializar-se, compartimentando-se segundo a área do corpo ou o tratamento de doenças específicas (PEREIRA NETO, 2001, p. 29). Esta modificação também se fez sentir na organização curricular dos cursos.

Segundo Pereira Neto (2001, p. 48-49), em 1922 o perfil generalista começava lentamente a perder a hegemonia, enquanto o perfil especialista emergia. A identidade profissional foi progressivamente alterada: divisão de trabalho em especialidades, a precisão no diagnóstico e no tratamento e a autodenominação de científica. O médico não seria mais conhecedor de todas as doenças, mas apenas de uma, de forma profunda.

O desenvolvimento tecnológico permitiu a introdução de todo um arsenal técnico que tornava o diagnóstico e o tratamento mais precisos, mas aumentava também o custo da produção do serviço, geralmente realizado por terceiros. O médico não podia mais determinar sozinho o preço de seus serviços. A tecnologia e a racionalização do trabalho começavam a concorrer com a subjetividade, a intuição, a individualização e a sensibilidade na relação médico-paciente.

Outro fato importante no nosso país foi a participação do Estado, que passou a assumir o papel de gestor e promotor da produção e dos serviços de diversas áreas, incluindo a saúde. O incremento das atividades estatais trazia consigo o possível

assalariamento médico, o que faria com que deixasse de ser um profissional liberal. Porém, o médico assalariado tornou-se uma realidade só na segunda metade do século XX, devido aos custos do aparato tecnológico necessário ao exercício da profissão.

Na década de 20, o padrão liberal da relação médico paciente era comum aos dois perfis, generalista e especialista. Havia uma intensa controvérsia quanto ao papel do médico, o que propiciou a realização do Congresso Nacional dos Práticos³⁵, organizado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia (PEREIRA NETO, 2001, p. 30).

Outro fato pode ser considerado relevante. Entre os especialistas, estava incluído o médico com perfil higienista, que teria um caráter normatizador de hábitos e costumes, fazendo parte da racionalidade científica que dominava o perfil do especialista (ibid., p. 50). Os higienistas defendiam seus interesses, lutando pelo monopólio de uma determinada fatia do mercado e pelo amparo legal da exclusividade (ibid., p. 52).

Os debates travados nesse congresso, apesar de ter sido realizado há mais de oitenta anos, são de enorme atualidade. Nele predominaram as discussões sobre os interesses profissionais, no lugar das controvérsias científicas ou sanitárias, e as disputas entre os perfis profissionais. Outro ponto considerado extremamente atual e que já era motivo de discussões naquela época é o número de escolas médicas e a proporção de médicos em relação à população: havia, como há hoje, uma má distribuição de profissionais. A concentração continua a ser maior nas capitais ou grandes cidades, de preferência nos estados mais adiantados.

Em 1946, existiam no Brasil 14 escolas médicas, todas públicas: sete na região Sudeste, três na região Nordeste, duas no Sul e duas no Norte.

No ano de 1955, o Brasil já possuía 26 escolas médicas, das quais 14 foram criadas entre 1808 e 1935 (127 anos) e praticamente o mesmo número, 13 delas, entre 1935 e 1955 (20 anos).

Convém ressaltar que, antes da metade do século, as escolas de medicina da maioria dos países, incluindo o Brasil, recebiam influência de escolas européias (Espanha, Portugal, França, Alemanha, Reino Unido). Depois da Segunda Guerra Mundial, novas relações culturais e econômicas foram estabelecidas no mundo, com decréscimo da

³⁵ O termo Prático se origina da palavra francesa *praticien* e se referia ao médico praticante da profissão. O Congresso não foi denominado Congresso dos Clínicos, pois a clínica quer dizer "leito do doente" e os objetivos do Congresso seria discutir a medicina social e não a medicina clínica (PEREIRA NETO, 2001, p. 35).

influência européia. Iniciou-se então o predomínio de influências norte-americanas, inclusive na educação médica (ALMEIDA, 2001, p. 43).

O modelo flexneriano influenciou toda a organização posterior do ensino médico, incluindo o brasileiro. A partir da década de 50, as propostas do modelo flexneriano são incorporadas de forma acrítica pelas escolas de medicina no Brasil, fragmentando o ensino, que se volta às especialidades (TAMOSKAUSKAS, 2003, p. 42).

Em 1956, a abertura da 27^a faculdade de medicina motivou a AMB a criar a Comissão de Ensino Médico para avaliar a qualidade e os objetivos do ensino médico no Brasil. Em outubro do mesmo ano, em Ribeirão Preto, com a presença de todas as faculdades de medicina do país, foram discutidas e apresentadas inúmeras sugestões para aperfeiçoar o ensino médico, transformadas, pelo então presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, em projeto que perdeu sua validade por decurso de prazo (AMARAL, 2002, p. 48). Essa foi a primeira tentativa do movimento associativo médico de tratar da questão da avaliação das escolas médicas (ibid., p. 49)

No nosso país, a adesão ainda mais forte ao modelo de universidade americana aconteceu com a chamada Reforma Universitária de 1968, com forte influência do consultor americano Rudolph Acton, convidado pela Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura, em 1965 (BATISTA & BATISTA, 2004, p. 139). Todos os cursos da área da saúde estariam alicerçados nos mesmos conjuntos de ciências básicas; como decorrência, os professores responsáveis por essas áreas do conhecimento muitas vezes não tinham noção da relevância de determinados conteúdos para o médico, procurando ensinar as disciplinas nos mínimos detalhes (ibid., p. 141). Houve a desarticulação entre o ciclo básico e o profissionalizante.

Incorporou-se, assim, o modelo universitário americano, reafirmando o modelo flexneriano no ensino médico, com curso básico e maior enfoque nas especialidades.

O grande desenvolvimento ocorrido nas áreas de conhecimento concorreu para aumentar a especialização, influenciando sobremaneira a prática e o ensino médico. Este se tornou cada vez mais fragmentado, tendo como decorrência a valorização das especialidades.

Uma das conseqüências da valorização das especialidades foi o fato de os clínicos gerais serem substituídos por médicos especialistas, tanto na prática médica como na docência, passando a servir como modelos para os alunos (TAMOSKAUSKAS, 2003, p.

41). Além do conhecimento profundo de sua área específica, o fato de os especialistas serem geralmente bem-sucedidos do ponto de vista econômico e com grande aceitação social faria com que fossem admirados pela comunidade acadêmica, reforçando sua boa imagem perante os estudantes.

1.4. Primeiras críticas ao modelo cartesiano/flexneriano

Não se pode negar que o relatório Flexner impôs mudanças necessárias ao sistema de ensino médico norte-americano, entronizando o modelo cartesiano como guia das transmissões de conhecimentos nas escolas médicas. Porém, a medicina assumiu compromissos quase exclusivos com o biológico; separou a mente do corpo e fez prevalecer a lógica de que a cada efeito corresponde uma causa (modelo unifatorial) e o princípio segundo o qual para melhor conhecer o humano haveríamos de separá-lo em partes. Conhecendo as partes, conheceríamos o todo.

Para Siqueira (2002, p. 90), a origem das disciplinas do curso de medicina se deve à divisão do território representado pelo corpo humano em inúmeros pequenos lotes, em partes cada vez menores do domínio científico. As disciplinas assim criadas gozam de total autonomia para construir seu conteúdo programático.

Os donos desses conhecimentos passaram a defender seu território, e quaisquer pequenas propostas de mudanças na grade curricular encontram enormes resistências por parte dos professores de especialidades, que transformaram a educação médica numa "[...] complexa empresa de difícil administração e que não mais atende às questões impostas pela acelerada acumulação de conhecimentos científicos" (SIQUEIRA, 2002, p. 90).

As doenças começaram a ser compreendidas então como processos individuais, naturais e biológicos, guardando relações exclusivas com determinados órgãos. Siqueira³⁶ comenta:

Mergulhamos na intimidade das partes, esquecemos o todo e tornamo-nos exploradores de mares profundos, onde permanecemos até hoje. Oxalá um grito universal de pavor faça-nos emergir para poder contemplar o ser humano em toda sua complexidade biopsicossocioespiritual [*sic*].

³⁶ José Eduardo de Siqueira, Tecnologia e Medicina entre encontros e desencontros. **Bioética**. V. 8, n° 1, 2000. Simpósio. Disponível em <<http://www.portalmedeico.org.br/revista/bio1v8/simpo1>>. Acesso em 5 de fevereiro de 2005.

O autor fazia um paralelo com Bertolt Brecht:

Talvez, com o tempo, descubrais tudo aquilo que se pode descobrir, e, contudo, o vosso progresso não será mais do que uma progressão, deixando a humanidade sempre cada vez mais para trás. A distância entre vós e ela pode, um dia, tornar-se tão profunda que o vosso grito de triunfo diante de alguma nova conquista poderia receber como resposta um grito universal de pavor.

Ferreira (in ARRUDA, 2001, p. 39) comenta que, não sendo Flexner um profissional do setor de saúde, não tinha contato direto com os pacientes – ação que caracterizaria o ato médico. Assim, poderia ter deixado escapar a preocupação com a sensibilidade humana, componente essencial para o exercício profissional no campo da saúde. Na época, os aspectos técnicos da profissão eram de máxima prioridade, o que teria levado Flexner a conceder menos destaque ao caráter humano da prática.

Segundo Almeida (2001, p. 44), a concepção de ensino integrado das ciências básicas surgiu somente na segunda metade dos anos 40, na escola de Medicina da Universidade de Case Western Reserve em Cleveland, Ohio. Essa integração representou um afastamento parcial dos postulados flexnerianos e acabou se disseminando, nas décadas de 50 e 60, para algumas escolas norte-americanas.

Na América Latina, os primeiros eventos sobre educação médica foram realizados em 1951, em Lima, Peru, e 1955, em Cali, Colômbia. Em 1953, em Londres realizou-se a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica. Nos Estados Unidos, foi realizada uma conferência sobre o Ensino da Medicina Preventiva, em Colorado Springs, da qual participaram escolas de medicina dos Estados Unidos e Canadá. Nessa conferência criticou-se a separação entre medicina curativa e preventiva, consequência do Relatório Flexner (ALMEIDA, 2001, p. 43). Foram aí lançadas as bases do ensino de uma "medicina integral" (aspas do autor do artigo), para consolidar o departamento de medicina preventiva, que já existia, e estimular sua criação nas demais faculdades de medicina.

As escolas de Medicina de Cali, de Ribeirão Preto e de El Salvador foram criadas no início dos anos 50, seguindo o modelo flexneriano, acrescido das recomendações da Conferência de Colorado Springs (ibid., 2001, p. 44).

Obviamente, com base na causa unifatorial das doenças, o modelo cartesiano/flexneriano estimula a especialização. A proliferação dos especialistas que,

embora conhecendo bem sua área de atuação não têm visão do todo e podem desconhecer variáveis importantes para o diagnóstico e o tratamento de seus pacientes, fez surgir uma reação que podemos chamar de abordagem holística da Medicina.

Lisbôa (1999, p. 40) faz um interessante quadro resumindo as principais características diferenciais do modelo holístico de formação médica e do modelo cartesiano:

<i>MODELO CARTESIANO</i>	<i>MODELO HOLÍSTICO</i>
1. Visão fragmentada e especializada.	1. Visão unitária, com sistemas do corpo humano interdependentes.
2. Separação corpo-espírito.	2. Unidade corpo-espírito.
3. Independência do meio ambiente.	3. Interação constante com o meio ambiente e com sistemas sociais.
4. Separação médico-paciente.	4. Interação médico-paciente.
5. Médico responsável pela cura.	5. Cura depende do médico e do paciente.
6. Medicina fundamentada na doença.	6. Medicina fundamentada na saúde.
7. Ênfase nos mecanismos das doenças.	7. Ênfase nas causas das doenças.
8. Os fatores biológicos são os mais importantes na etiologia das doenças.	8. Os fatores sociais e ambientais são os mais importantes.
9. A assistência médica é para quem a solicita.	9. A assistência médica é para todos.
10. Independente dos Serviços de Saúde.	10. Integração docente-assistencial.
11. Ensino centrado no hospital.	11. Ensino regionalizado e hierarquizado.
12. O médico é responsável pela atenção à saúde.	12. A equipe de saúde é a responsável.
13. A assistência médica é individual, ocasional, episódica, fragmentada.	13. Coletiva, integral, contínua, permanente.
14. A comunidade não participa.	14. A comunidade participa.
15. Paciente, cliente.	15. Pessoa.

Fonte: LISBÔA, A. M. J. (1999, p. 40).

Nos anos 60, surgiram os primeiros movimentos como reação à especialização excessiva na Medicina. Inicialmente no Canadá e depois nos Estados Unidos foi criada a Residência em Medicina Familiar, com o objetivo de formar o Médico de Família.

Nessa direção, houve nos Estados Unidos, na década de 70, uma tendência à reconceituação do currículo, de modo que se reconhecesse nele um caráter histórico, político e ideológico, não apenas instrumental. Na Inglaterra, os alunos abordavam tópicos de sociologia, relação entre currículo e ideologia, classe social, Estado, poder, reprodução social. Tais estudos evidenciavam que o conhecimento adquirido não era neutro, mas selecionado e estruturado de modo particular (LAMPERT, 2001).

1.5. A criação da Associação Brasileira de Escolas Médicas

No início da década de 1960, foi registrada a aproximação das faculdades de medicina brasileiras com os organismos internacionais de apoio técnico e de financiamento de projetos no campo da saúde e da educação médica (acordo MEC/USAID). A criação de hospitais-escola como campo de treinamento e o surgimento dos departamentos estavam de acordo com o Relatório Flexner. A Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS financiou a abertura, na Faculdade Paulista de Medicina, da Biblioteca Regional de Medicina.

No contexto da "Aliança para o Progresso", levantando a problemática da carência de médicos e na América Latina, o primeiro Plano Decenal de Saúde das Américas contribuiu para a expansão do número de escolas médicas nessa década (1960), quando foram criados 35 cursos de medicina, elevando o total para 64 faculdades no país (AMARAL, 2002, p. 51).

Tendo como preocupação a qualidade do ensino no grande número de escolas, em 1962 foi fundada a ABEM – Associação Brasileira de Escolas Médicas, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. A ABEM passou a organizar Reuniões Anuais para discutir aspectos relevantes da educação médica. Tais reuniões se iniciaram em 1963 e perduraram até 1975. A partir de 1976, a ABEM denominou-se Associação Brasileira de Educação Médica e o congresso anual foi chamado Congresso

Brasileiro de Educação Médica.

A partir da Reforma Universitária de 1968 (Lei 5.540/68), as escolas médicas brasileiras, influenciadas pela medicina ibérica e depois francesa, adotaram oficialmente o modelo americano. Segundo Lampert (2002, p. 65), as cátedras foram substituídas por departamentos contendo disciplinas, e o ensino ficou dividido em dois ciclos, um de disciplinas básicas – ciclo básico – e outro das disciplinas chamadas profissionalizantes – “ciclo profissionalizante” (aspas da autora citada).

Em 1971, o próprio MEC – Ministério da Educação e Cultura – constituiu a Comissão de Ensino Médico SESu/MEC, cuja incumbência era avaliar a situação do ensino médico no país e propor soluções para os problemas levantados.

Todas as 75 escolas médicas da época foram visitadas, e a comissão produziu três documentos: *Expansão da Rede Escolar*, que analisou o crescimento desordenado e as condições precárias em que muitas das escolas médicas se encontravam; *Ensino Médico e Instituições de Ensino*, que pregava a necessidade de articulação das escolas à rede de serviços; *Internato e Residência*³⁷, que tratava da organização e continuidade desses dois ciclos na formação médica.

A não utilização dos dados elaborados pela comissão criada pelo MEC foi atribuída, segundo Amaral (2001, p. 55) e alguns componentes da comissão, a "conveniências pessoais, políticas e mercantilistas" (aspas do autor), com completa omissão do Estado.

Lampert (2001, p. 117) relata que a ABEM, desde sua fundação, desenvolveu vários trabalhos de análise e recomendações às escolas, documentados em publicações e Anais dos Congressos Brasileiros.

No ano de 1976, foram criados os dois primeiros programas de Residência em Medicina Geral Comunitária no Brasil, um na Unidade São José de Murialdo, da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, e outro na Universidade Federal de Pernambuco.

Em 1973, a ABEM organizou o seminário *A Formação do Médico de Família* e, em 1978, *A Formação do Médico Generalista*. À época, já havia a percepção de que os modelos dos países ricos (EUA e Canadá) não poderiam servir para nossa realidade

³⁷ A Residência Médica foi regulamentada pelo Decreto 80.281, em 5 de setembro de 1977. Em 7 de julho de 1981, a Lei 6.932 atualizou a regulamentação, sendo conhecida como a "Lei Especial" dos médicos residentes.

(LAMPERT, 2001, p.117).

Amaral (2002, p. 54) comenta:

Embora na Europa as escolas médicas estivessem implantando currículos e priorizando a interdisciplinaridade, integrando o saber, o pensar e o agir.

Embora as discussões nos eventos coordenados pela ABEM estivessem voltadas para a medicina preventiva, a pedagogia aplicada ao ensino médico, a integração ensino/serviço e a formação do médico de acordo com a realidade socioeconômica do país.

Embora o MEC tivesse em suas mãos os mais minuciosos levantamentos da situação das 76 escolas brasileiras.

Naquele momento o governo priorizou centralizar o processo de nomeação dos dirigentes das instituições de ensino superior federais e a reorganização do próprio MEC.

Assinale-se que a ABEM apoiou a expansão do ensino médico até 1970. Nas gestões posteriores (1980 e 1981), houve um posicionamento claro contra o processo de expansão das escolas médicas.

1.6. Declarações de Alma-Ata e Edimburgo: marcos da mudança de paradigma

Após o primeiro movimento de reconceituação de currículo da década de 70, surgiu um segundo movimento caracterizado pela reivindicação por justiça social, que culminou com a conferência internacional realizada em Alma-Ata, em 12 de setembro de 1978. Dela resultou a declaração **Saúde para Todos no Ano 2000**, assinada por representantes de 134 países (LAMPERT, 2001). Organizada pela Organização Mundial de Saúde (WHO) e UNICEF, foi denominada Conferência Internacional em Cuidados Primários de Saúde e realizada no Cazaquistão, URSS. Também conhecida como **Declaração de Alma-Ata** (WHO/UNICEF, 1978), a declaração publicada expressava a necessidade urgente de ações por parte de todos os governantes, todos os trabalhadores da área da saúde e a comunidade mundial para proteger e promover a saúde para toda a população do mundo. A Conferência enfatizou que:

[...] a saúde, um estado de completo bem-estar, físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental e que o sucesso em atingir o mais alto nível de saúde possível é a mais importante meta social, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde.

Além dos 134 países, 67 organismos internacionais (sem a presença do Brasil³⁸) participaram da conferência e declararam inaceitável a chocante desigualdade no estado de saúde dos povos, o que deveria ser objeto de preocupação de todos os países. O desenvolvimento econômico e social seria de importância fundamental para a meta do programa **Saúde para Todos (*Health for All*) no ano 2000**, com o objetivo de permitir que todos os povos do mundo pudessem levar uma vida social e economicamente produtiva. De acordo com a declaração, os cuidados primários de saúde constituiriam a chave para que essa meta fosse alcançada, no espírito da justiça social, e os governos foram considerados responsáveis pela saúde de seus povos.

Os cuidados primários de saúde incluem: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle; promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada; previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico; cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; tratamento apropriado das doenças e acidentes mais comuns; fornecimento de drogas essenciais. A necessidade de recursos humanos para a realização dessas tarefas também é enfatizada na declaração, quando se afirma que os "Cuidados Primários de Saúde dependem, em níveis locais e de encaminhamento, dos profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiras, obstetras [...]".

Para atingir a meta estipulada, haveria a necessidade da estruturação dos sistemas de saúde por meio da organização dos cuidados primários no sistema nacional de saúde e a construção da equidade em saúde.

Com a declaração da Conferência Internacional de Alma-Ata (WHO/UNICEF, 1978), a promoção à saúde, de forma integral, ganhou prioridade nas agendas dos países, repercutindo nos modelos de atenção da saúde pública e na formação de recursos humanos oriundos das faculdades de medicina. O Programa **Saúde para Todos no Ano 2000** foi de fundamental importância para impulsionar as discussões para melhorar a formação dos profissionais de saúde para atingir a meta do programa.

Para atender à nova concepção, haveria necessidade da formação de médicos com formação geral, diferente da predominante a partir dos avanços científicos e tecnológicos. Com efeito, os problemas relacionados ao cientificismo, especialização e falta de

³⁸ D^{ra}. Maria Aparecida Basile. Comunicação pessoal e verbal. Novembro de 2005.

humanismo que influenciam sobremaneira a relação médico/paciente, a despreocupação com o social e os custos advindos da atividade médica dificultaram a implementação do programa Saúde para Todos no Ano 2000.

Segundo Ignácio Chaves (in MORAES, 1997, p. 5), além da falta de humanismo, um dos efeitos perversos da especialização estaria no fato de o médico não ter maturidade para aplicar bem a tecnologia e, o que é pior, não ter como hábito examinar o doente de maneira sistemática, o que impediria o desenvolvimento das habilidades de: “[...] na anamnese, ouvir e reconhecer os sintomas da história natural da doença; no exame físico, ver e enxergar, palpar e sentir, auscultar e ouvir e, assim, perceber os sinais da moléstia”. Essa postura levaria o médico a perder progressivamente a capacidade considerar os sinais e sintomas para fazer o raciocínio clínico.

Os **Cuidados Primários de Saúde**, como o primeiro nível de contato dos indivíduos, a família e a comunidade com o sistema nacional de saúde, trariam os cuidados de saúde tão perto quanto possível da pessoa, onde ela vive e trabalha, e constituiriam o primeiro elemento de um processo de cuidado contínuo.

Contudo, atingir a meta de Saúde para Todos, de acordo com a definição da OMS de saúde, embora útil e precisa, é hoje sabidamente idealística, uma utopia não alcançada. Não obstante, os esforços deveriam ser encaminhados na direção de diminuir o enorme contingente de pessoas sem saúde, estimado à época em 70 a 95% da população mundial, números substancialmente inalterados até hoje.

No Brasil, até 1980, todas as tentativas de reformar os currículos em coerência com os reais interesses da população haviam fracassado por não tocarem nos núcleos de interesses e poderes das Escolas Médicas. Os discursos da direção e dos colegiados não eram esclarecedores e confundiam, conseguindo apenas simples remanejamento dos mesmos interesses e poderes.

A preocupação dos Congressos da ABEM com o ensino médico levaram ao questionamento da formação do profissional e dos currículos, naquela época operados nas escolas médicas. De 1978 a 1986, foram discutidos *A Formação do Médico Generalista, Preparação do Médico Geral, Preparação do Médico Geral: Reexame e Perspectivas* (LAMPERT, 2001, p. 117).

Em meio ao ressurgimento da União Nacional dos Estudantes – UNE, a Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior – ANDES – elaborou, em 1982, o documento

Propostas para as Universidades Brasileiras, cujo objetivo era a reestruturação da universidade brasileira, estabelecendo um padrão de qualidade para o ensino superior e a criação de condições para adequação da universidade à realidade brasileira, entre outras propostas. Ademais, o surgimento do Movimento Nacional de Reforma Sanitária e a realização do I Encontro Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde, promovido pelo governo e a OPAS, definiram os recursos humanos como fator estratégico para a implantação de um novo modelo de atenção à saúde (AMARAL, 2002, p. 59), o que influenciaria a mudança do perfil do profissional egresso das escolas médicas. Nessa época, foram elaboradas as principais diretrizes que compuseram o capítulo relativo à Seguridade Social da Constituição de 1988, com o sistema unificado e público de saúde (SUS).

Na segunda metade da década de 80, a ABEM continuava a debater a educação médica em seus congressos.³⁹

No cenário internacional, depois da Declaração de Alma-Ata, houve algumas conferências que priorizavam a implantação de novos modelos de atenção à saúde⁴⁰ e influenciaram a Conferência Mundial em Educação Médica, realizada em Edimburgo/Escócia em 1988. Os principais pontos tratados nessa conferência culminaram com a publicação da **Declaração de Edimburgo** (WFME, 1988), que define como sendo o principal objetivo da educação médica formar profissionais que promovam a saúde para todas as pessoas. O médico deveria ser treinado para ser "[...] um atento ouvinte, um cuidadoso observador, um comunicador sensível e um médico eficiente". O médico deveria ter capacidade de se comunicar, ter habilidades interpessoais, trabalhar em outros ambientes que não o hospital, ter capacidade de trabalhar em equipes multiprofissionais e prevenir as doenças, nos casos em que isso fosse possível.

É óbvio que essa formação necessitaria de um treinamento em comunicação e habilidades interpessoais que deveriam ser incluídos nos currículos de formação médica. Além disso, a declaração enfatizava a necessidade de incluir outros cenários no ensino médico e preparar professores como educadores, recompensando igualmente a formação

³⁹ Os assuntos debatidos foram: a integração das escolas médicas com o sistema de atenção à saúde (1986), uma retrospectiva da educação médica brasileira (1987), educação médica nas Américas/Conferência de Edimburgo e reforma da educação médica (1988) e reforma da educação médica exigida pela Constituição (1989) (AMARAL, 2002, p. 61).

⁴⁰ Primeira Conferência Internacional sobre Proteção à Saúde, em 1986, em Otawa, Canadá, pela OMS; Segunda Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde, em 1988, em Adelaide, Austrália.

pedagógica, o desempenho na pesquisa e o exercício da clínica. A complementação do aprendizado do diagnóstico com o da prevenção das doenças e promoção à saúde também foi ressaltada (TAMOSASUSKAS, 2003, p. 44).

O relatório final da reunião de Edimburgo enfatiza que a Medicina tem sido distorcida por forças de mercado; há a formação de especialistas muito além do necessário, enquanto aumenta a demanda por generalistas, não disponíveis. Afirma ainda que a prevenção das doenças é desvalorizada e que o médico como “[...] guardião da saúde e parceiro no sofrimento não existe mais” (GONÇALVES, 2002, p. 61).

Não há dúvidas de que o principal alvo da Conferência de Edimburgo foi o modelo de ensino médico; esse era o mesmo que o da maioria das escolas médicas brasileiras. Baseava-se nas diretrizes do Relatório Flexner, resultando na visão biomédica, desviando a atenção dos aspectos psicológicos e sociais que permeiam a medicina. Ademais, centralizava o ensino em hospitais de alta complexidade e de alta tecnologia.

As recomendações finais da conferência foram: a instituição de programas para melhorar a competência do ensino, a capacidade de comunicação do corpo docente, a ênfase na ética, na abordagem científica e na educação médica continuada.

A realização dessas conferências mostra que, no mundo todo, os dilemas sobre o ensino da medicina preocupam, há bastante tempo, não sendo problema só do Brasil. A abrangência ficaria ainda mais evidente na década de 90.

1.7. O Sistema Único de Saúde – SUS – como propulsor de mudanças.

No Brasil, um estímulo maior às mudanças no ensino médico foi a promulgação da Constituição Federal em 1988, que propõe a universalização do direito à saúde, considerando-a como “[...] direito de todos e dever do Estado” (art. 196, Capítulo II, Da Seguridade Social). Os serviços de saúde deveriam estar mais voltados para a atenção básica. O Sistema Único de Saúde deveria ordenar o processo de formação de recursos humanos na área da saúde. Na opinião de Tamosauskas (2003, p. 43), as reformas nos serviços de saúde estiveram e estão sempre associadas à formação dos profissionais.

No final da década de 80, a ABEM continuou a discutir aspectos relevantes da educação médica em seus congressos, mostrando sintonia com o que ocorria no país e no

mundo.⁴¹

Em 1990, foi criada a Câmara Técnica de Atuação Profissional da Área da Saúde, que considerava competência do Ministério da Saúde subsidiar os órgãos responsáveis pela capacitação dos profissionais de saúde para efetuarem estudos e propostas visando a melhoria da qualidade do ensino em todos os seus níveis (AMARAL, 2002, p. 62).

Nesse mesmo ano, foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde, que tratava com destaque da ordenação dos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda nessa época, o Conselho Nacional de Saúde – CNS – organizou colegiados amplos, com participação da sociedade civil, para discussão do problema da formação de recursos humanos para a saúde.

Enquanto no nosso país se discutiam os problemas relativos ao ensino médico e a formação de recursos humanos para a saúde, o governo implantou, em 1991, a nova estrutura do MEC que determinou que a abertura de novos cursos da área da saúde deveria ter parecer favorável do Conselho Federal de Educação – CFE – e do Ministério da Educação e Cultura, quanto à necessidade social (AMARAL, 2002, p. 63).

Nesse início dos anos 90, com o começo da construção do SUS – Sistema Único de Saúde, "[...] é que a debilidade do ensino médico brasileiro e o questionamento mais incisivo do perfil dos produtos das escolas médicas adquirem uma visibilidade social" (ALMEIDA, 1999, p. 127).

Apesar de todo esse movimento, não se poderia acreditar que a solução para a crise paradigmática da saúde pudesse surgir a partir de projetos de mudança na educação médica. Por outro lado, os problemas enfrentados na implantação do SUS não poderiam encontrar solução na discussão sobre a formação de recursos humanos. Os processos de mudança deveriam atingir os dois campos: educação e prática, ou seja, deveriam ter um grau de simultaneidade. Segundo Feuerwerker (1998, p. 5), seria a parte da dialética das transformações.

É impossível deixar de citar outra iniciativa importante no processo da mudança de paradigma no ensino médico. Sobrepondo-se a várias iniciativas de mudança das décadas

⁴¹ Entre esses assuntos estavam incluídos: integração das escolas médicas com o sistema de atenção à saúde (1986), uma retrospectiva da educação médica brasileira (1987), educação médica nas Américas/Conferência de Edimburgo e reforma da educação médica (1988), reforma da educação médica exigida pela Constituição (1989); avaliação dos cursos de medicina (1991) (AMARAL, 2002, p. 59).

de 60, 70 e 80, surgiu "Uma Nova iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade" – Programa UNI, com o apoio da Fundação Kellogg. Esse programa abrangeu 23 projetos em 11 países latino-americanos, cobrindo uma população de aproximadamente três milhões de habitantes. Os projetos UNI começaram a ser implementados a partir de 1992 e se estenderam até 1999.⁴² A proposta se referia a uma mudança na atenção à saúde e à formação de profissionais que promovam a re-humanização da atenção, com a parceria entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade (ALMEIDA et al., 1999a, p. X).

Esse projeto trouxe visíveis modificações nas escolas que dele participaram; muitas mantêm até hoje um currículo diferenciado. Um estudo pormenorizado das transformações ocorridas na Universidade Estadual de Londrina e Faculdade de Medicina de Marília, ambas participantes do Projeto UNI, pode ser encontrado no trabalho de Feuerwerker (2002). A autora aponta para o fato de que tentativas inovadoras de transformação do ensino médico, mesmo quando conduzidas por processos democráticos e participativos, encontram sérias dificuldades para efetivar mudanças na formação do modelo médico hegemônico.

Outro estudo a respeito do Programa UNI, neste caso abrangendo toda a América Latina, foi elaborada por Almeida et al. (1999 a, b). As faculdades que participaram desse programa continuam a fazer parte de um grupo atuante que se denomina Rede UNIIDA.

Em 1991, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um documento denominado *Changing medical education – an agenda for action*. A pretensão era criar uma sistematização de atividades para possibilitar a transformação do ensino médico, uma vez que havia indicação de grande insatisfação da sociedade com os médicos nos aspectos de desumanização do atendimento, pequena participação social, falta de equidade no atendimento à saúde, alto custo, uso inadequado de tecnologia (FEUERWERKER, 2002, p. 49).

A intensa discussão sobre o ensino médico levou Almeida (2001, p. 43) a comentar:

Durante os anos 90, observa-se uma retomada dos estudos e debates sobre a educação médica em nosso país. O surgimento de novas propostas de mudanças

⁴² Foram convidadas a participar do programa UNI as instituições universitárias com cursos de graduação em Medicina e Enfermagem dos seguintes locais: Salvador (BA), Botucatu (SP), Brasília (DF), Londrina (PR), Marília e Natal (RN), pelo Brasil; Barquisimeto e Maracaibo (Venezuela); Barranquilla, Cali e Rionegro (Colômbia); Colima, Mérida e Monterrey (México); León (Nicarágua); Quito (Equador); Temuco (Chile); Trujillo (Peru) e Tucumán (Argentina).

enriquecem o cenário e passam a fazer parte dos temários das reuniões e congressos, mobilizando centenas de professores, alunos e dirigentes das escolas médicas.

Em 1992, a OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde – elaborou um documento com o título *As mudanças na Profissão Médica e sua influência sobre a Educação Médica*, preparatório para a próxima Conferência Mundial. Essa Conferência Mundial em Educação Médica ou Cúpula Mundial sobre Educação Médica, realizada em 1993 em Edimburgo, intitulou-se *The changing Medical Profession*. Tratou da redefinição educacional na formação do médico decorrente de influências externas que afetavam a prática médica, tais como recessão econômica, mudanças políticas com o surgimento de 22 países pela queda do Comunismo e transformação da medicina em um negócio (WALTON, 2003).

A Cúpula Mundial sobre Educação Médica de 1993 foi considerada o maior evento internacional no campo da educação médica e abordou os temas: a nova relação estado/sociedade no que se refere aos cuidados de saúde e oferta de serviços, compromisso da universidade com a sociedade, diminuição das oportunidades em saúde; as mudanças na natureza da prática médica, viabilização da equidade, acesso à saúde com redução de custos, educação médica fragmentada, aspectos culturais e ideológicos envolvidos na ética tanto individual como coletiva; resposta educacional aos avanços tecnológicos para ligar os conhecimentos biológicos e sociais por meio da interdisciplinaridade e solução de problemas.

No término do encontro, foram elaboradas 22 recomendações divididas em grupos denominados: prática e política de saúde; resposta educacional; educação médica continuada; parceria na aprendizagem; cenários para a aprendizagem (LAMPERT, 2001, p. 9). A Conferência e suas recomendações foram de grande visibilidade em toda a América Latina (ALMEIDA, 1999, p. 128).

Pode-se dizer que, até o final dos anos 80, existiam aspirações e reivindicações por mudanças no ensino médico, embora as limitações das propostas para mudanças na educação médica tenham sido demonstradas concretamente por sua incapacidade de produzir transformações reais. Apesar do discurso recorrente e reelaborado, sua impotência era visível.

Feuerwerker (1998, p.4) comenta que as iniciativas de propor mudanças na

educação médica realmente ganharam força e se multiplicaram no cenário brasileiro apenas a partir do final dos anos 80. Na opinião dessa autora, dois fatores foram decisivos para intensificar o processo: as crises da saúde e de identidade da corporação médica decorrentes da capitalização do setor de saúde (ibid., p. 5).

Uma grande motivação para a concretização de mudanças no ensino da Medicina foi o longo processo de avaliação das escolas médicas feito pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM, cujo processo de criação e conclusões são apresentados a seguir.

1.8. CINAEM: desvelando a precariedade do ensino médico no Brasil

O *perfil atual* da escola médica brasileira pode ser deduzido das pesquisas realizadas nos anos mais recentes, e a mais importante foi desenvolvida pela Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM.

No XXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica realizado em Cuiabá em 1990, tomou posse a diretoria eleita da ABEM, com o Professor Benedictus Philadelpho de Siqueira, e teve início o processo que culminou com a criação da CINAEM.⁴³

Basile (in MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 307-308) relata que, com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, as escolas médicas se sentiram forçadas “[...] a participar desse processo de um novo modelo de atenção à saúde da população brasileira [...]” e que, durante a realização do XXVIII Congresso da ABEM, a Associação Brasileira do Ensino Médico – ABEM – e o Conselho Federal de Medicina – CFM – propuseram a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM, assinada em 1991 na sede do Conselho Federal de Medicina.

Essa comissão reuniu uma série de entidades⁴⁴ que já discutiam a formação do

⁴³ Contribuição da Rede UNIIDA para o II Encontro de Escolas Médicas da CINAEM, realizado em Brasília, 13 e 14 de julho de 1997. Disponível em <<http://www.redeuinda.org.br/producao/artigo>>. Acesso em 20 de janeiro de 2006.

⁴⁴ As entidades que compunham a CINAEM: Academia Nacional de Medicina – ANM; Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM; Associação Médica Brasileira – AMB; Associação Nacional dos Médicos Residentes – ANMR; Conselho Federal de Medicina – CFM; Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras – CRUB; Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; Federação Nacional dos Médicos – FENAM; Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior – ANDES-SN; Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – CREMERJ⁴⁴; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP.

médico, as quais se aperceberam que o desafio de transformar o ensino médico deveria ser enfrentado coletivamente. À época, a Educação Médica era frequentemente apontada como grande responsável pelo grave quadro de saúde do país.

Eram os objetivos e as estratégias da comissão recém-criada (Ibid., 1998, p. 308):

- 1) avaliar o ensino médico brasileiro, visando sua qualidade para atender às necessidades médico-sociais da população;
- 2) propor medidas de curto, médio e longo prazo que viessem sanar as deficiências hoje encontradas;
- 3) criar mecanismos permanentes de avaliação das escolas médicas;
- 4) criar mecanismos para desenvolver programas de Educação Médica Continuada.

O projeto CINAEM, *Avaliação e transformação das escolas médicas brasileiras*, foi desenvolvido em fases, de 1991 a 1997, intensamente discutidas e debatidas pelas escolas médicas e entidades participantes a cada momento, em Fóruns Regionais e Nacionais, Seminários, Encontros, Congressos, conseguindo aproximar políticas de âmbito nacional com as escolas médicas e promovendo um processo contínuo de transformação da formação desse profissional (BASILE, 1998, p. 309).

A primeira fase, de 1991 a 1992, teve como objetivo mapear o perfil das escolas médicas brasileiras a partir de um questionário auto-aplicável pelas escolas médicas e testar um modelo de análise capaz de explicar as relações entre algumas variáveis da escola médica que determinassem a adequação e a qualidade do médico formado.

As informações solicitadas pelo questionário se referiam ao vínculo jurídico, data da criação, estrutura econômico-administrativa, infra-estrutura material, recursos humanos, modelo pedagógico e papel da escola na assistência e pesquisa.

O instrumento foi distribuído para 80 escolas médicas do Brasil e respondido por 76 escolas. Nessa primeira fase, muitas das informações coletadas pelo CINAEM exigiam uma comprovação local que permitisse aprofundar os elementos oferecidos. Foi o que se propôs a Comissão na segunda fase de trabalho (GONÇALVES, 2002, p. 128).

As respostas ao questionário foram utilizadas, segundo Basile (1998, p. 310), para gerar um Banco de Dados sobre aspectos gerais (origem, estrutura acadêmico-administrativa, número de ingressantes, etc.) e características educacionais (estrutura curricular, processo ensino/aprendizagem, integração docente-assistencial, avaliação, internato, residência médica) das escolas médicas.

O conjunto de informações dessa primeira fase revelou uma estrutura político-administrativa centralizadora, pouco eficiente; uma estrutura econômico-administrativa sem autonomia, pouco ágil e insuficiente diante das necessidades básicas das instituições; uma infra-estrutura material aquém da desejável e sucata; recursos humanos escassos, pouco preparados e com regime de trabalho insuficiente às necessidades do ensino médico; um modelo pedagógico anacrônico, fragmentado e compartimentado; escolas médicas com pouco investimento em pesquisa e prestação de serviços à comunidade e, conseqüentemente formando **médicos inadequados às demandas sociais**. Entre as variáveis estudadas, **recursos humanos** e **modelo pedagógico** tiveram o maior poder de determinar a adequação do médico formado (CINAEM, 1998, p. 5).

A segunda fase do Projeto CINAEM, realizada de 1993 a 1997, se constituiu numa avaliação externa da qual participaram 47 escolas médicas. Uma equipe técnica foi formada para oferecer às escolas treinamento docente e discente. Foi constituído, em cada faculdade, um Grupo Gestor Local, com docentes da própria instituição. Foram realizadas cinco oficinas com as 47 escolas que participaram dessa fase do projeto; ao mesmo tempo em que era feita a avaliação, modificações eram propostas (AMARAL, 2002, p. 84-85).

Na segunda fase do projeto CINAEM, a unidade de análise foi o indivíduo, o médico formado, o docente. Segundo Basile (1998, p. 312), os objetivos eram caracterizar a qualificação do profissional formado e avaliar os recursos humanos das escolas, entendendo como se dão as relações entre eles no modelo pedagógico.

O longo e minucioso trabalho dessa segunda fase do projeto da CINAEM concluiu que a atual estrutura curricular oferecia uma formação humanista deficiente e predominantemente tecnocêntrica. O ensino seria centrado no professor, com ênfase nas ações terciárias e voltado à super-especialização. Os egressos apresentariam formação humanística e ética deficientes. Além disso, em média, o curso oferecido não era considerado terminal, ou seja, ao final o egresso não tinha as habilidades e competências exigidas pela profissão.

Os resultados da segunda fase ratificaram os achados da primeira, tornando mais precisa a informação sobre a remuneração da docência médica, aquém das necessidades da realidade do trabalho médico, a educação médica continuada precária, pós-graduação senso estrito rara entre os docentes médicos, o regime de trabalho dominante, de vinte ou menos horas semanais de trabalho, a produção acadêmica discreta (CINAEM, 1998, p. 6).

A análise dos dados até essa etapa sugeria que a qualidade do médico formado era

fortemente influenciada pelo modelo pedagógico e que o papel do corpo docente era fundamental nesse processo. Além disso, o regime de trabalho em dedicação exclusiva e a titulação dos professores estavam associados a um melhor desempenho dos egressos (BASILE, 1998, p. 319).

Além disso, a segunda fase revelou, com muita clareza, que o processo de formação ocorria de forma predominantemente teórica, com profunda dicotomia entre os conhecimentos chamados de básicos e os considerados profissionalizantes; os conteúdos eram organizados de maneira fragmentada e compartimentada, com avaliações centradas na memória, sem contemplar as habilidades e atitudes na aplicação do conhecimento; essa seria a realidade cristalizada no processo de formação (CINAEM, 1998, p. 7).

De acordo com a CINAEM (1998, p. 62), o internato consolidaria [...]

[...] o modo de intervenção no indivíduo biológico delineado ao longo do processo de formação, reforçando, desta maneira, a concepção biológica de abordagem do processo saúde-doença que se mantém estruturalmente e se reproduz através do modelo de ensino médico proposto por Flexner.

Outra consideração importante relatada pela CINAEM (1998, p. 63)) foi que a cura e o alívio do sofrimento teriam sido substituídos por procedimentos associados aos apelos de mercado, que impõem necessidades e estabelecem padrões de abordagem dos problemas de saúde e de consumo de serviços, tecnologias e insumos. Seria esse o modo de fazer medicina transmitido na graduação.

Constatou-se que o conteúdo dos currículos era centrado na doença, não permitindo ao aluno uma visão integradora do indivíduo e de sua inserção na sociedade e que os **recursos humanos** eram um dos pontos críticos da estrutura escolar.

Nas palavras de Basile (in MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 321):

A fase II, pelas inúmeras reflexões que esta proposta de Avaliação do Ensino Médico do Brasil priorizou nestes sete anos de trabalho conjunto, torna-se indispensável e por ser uma pesquisa-ação não prevê terminalidade.

Os resultados advindos da ampla pesquisa mostraram, de fato, a formação inadequada do médico na maioria das escolas e os principais elementos que levavam à deficiência; porém, de nada valeriam essas avaliações quantitativas se não se traduzissem em transformações qualitativas.

O passo seguinte foi constituir uma terceira fase do projeto CINAEM, cuja

denominação *Transformando a Educação Médica Brasileira*, já apontava para uma intervenção participativa e auto-sustentada, com objetivos gerais de estimular a manutenção e ampliação do movimento desenvolvido nas fases anteriores e promover a transformação da escola médica participante. Como objetivos específicos, podem ser citados como os mais relevantes a formação de núcleos de educação médica em todas as escolas médicas do Brasil e a busca por um novo processo de formação no qual:

[...] as ciências básicas estivessem integradas permanentemente ao ensino clínico; o currículo fosse centrado em problemas; a aula expositiva fosse um instrumento pedagógico eventual; os conteúdos curriculares fossem selecionados segundo critérios éticos, humanísticos, de letalidade, prevalência e potencialidade de prevenção primária; prática médica com enfoque na pessoa; instituição do sistema tutorial de ensino; inserção precoce do aluno na rede de serviços; oferta de programas de educação continuada[...] (CINAEM, 1998, p. 9)

Em setembro de 2001, foi realizado o XI Fórum Nacional de Avaliação das escolas médicas da CINAEM, no qual ficou claro que os processos de mudanças enfrentavam dificuldades para serem concretizados nas escolas médicas. Essa quarta fase da CINAEM foi apropriadamente denominada "*Os Desafios da Transformação do Ensino Médico*". Ali se preconizou que as ações sobre os eixos transformadores já produzidos nas fases anteriores do projeto, docência profissionalizada, gestão, processo de formação e avaliação transformadora, deveriam ser conduzidas, de preferência, dentro das próprias escolas, e que a instalação de núcleos pedagógicos constituídos de docentes, discentes e profissionais da educação médica seria essencial para essas iniciativas transformadoras.

O discurso sobre a formação médica segundo a CINAEM foi objeto de análise de Cruz (2004). De acordo com esse autor, a CINAEM, ao focar a questão sobre a finalidade da formação médica para atender às demandas sociais contemporâneas, ou seja, "para quê formar médicos?" (aspas nossas), distanciou-se da lógica tradicional das teorias curriculares e passou ao campo da teoria crítica (CRUZ, 2004, p. 297).

Nas conclusões de seu trabalho, Cruz (2004, p. 317) enfatiza que os resultados da segunda fase do projeto CINAEM fazem perceber que a atividade do médico seria ineficiente em relação à produção de saúde, mas excelente para atender aos interesses de setores econômicos que operam no campo da medicina, como as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos e hospitalares, os reais beneficiados pelo modelo de formação. Considera, além disso, que o processo desencadeado por essa comissão teve como seus produtos "[...] a construção de um arcabouço teórico que possibilita uma compreensão da

escola médica enquanto instituição [...]” e uma ruptura com o senso comum presente nos atores envolvidos no ensino médico de que só existe uma “única verdade” (grifo do autor) que explica a realidade (ibid., p. 321). O legado deixado pela CINAEM seria de grande relevância, tendo contribuído para criar possibilidades para o desenvolvimento das escolas médicas (ibid., p. 322).

1.9. Outros fatos impulsionadores de mudanças na formação do médico

Durante todo o transcorrer da avaliação das escolas e do ensino médico no Brasil, promovida pela CINAEM, aconteceram outros fatos que também deveriam estimular o processo de transformação.

Um deles foi a implantação de um novo modelo de atenção à saúde do povo brasileiro, pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, calcado no Programa de Saúde da Família (PSF), visando, como estratégia setorial, à reorientação do modelo tradicional vigente. Partindo da premissa que a Estratégia de Saúde da Família está embasada no princípio de vigilância à saúde, ela jamais poderia estar voltada exclusivamente a grupos populacionais específicos ou a pessoas isoladamente. Ela apresenta uma característica de atuação multi e interdisciplinar, enfocando o indivíduo, de acordo com seu ciclo de vida e no seu contexto familiar e social (COSTA NETO, 2000, p. 6).

As mudanças políticas ocorridas no Brasil, que culminaram com a posse de Itamar Franco, e as denúncias de processos fraudulentos de permissão de abertura de novos cursos superiores levaram à extinção do CFE e a criação do Conselho Nacional de Saúde, em 1994. Em 1995, no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, o Ministério da Educação, com o ministro Paulo Renato de Souza, criou o Exame Nacional de Cursos (Provão).

No âmbito da educação médica, no Congresso da ABEM em 1995, os assuntos relativos aos *desafios e propostas de transformação do ensino médico* continuavam a ser discutidos.

A promulgação das Leis de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) em 1996 foi seguida de muitas críticas, apesar das inovações introduzidas, pois já havia bases sólidas

para traçar diretrizes para a educação nacional, o que não ocorreu (AMARAL, 2002, p. 64-65).

Em meio à diversidade de opiniões sobre a avaliação iniciada com o Exame Nacional de Cursos, criticado pela ABEM e defendido pelo Ministro da Educação, os Congressos da ABEM continuavam a discutir assuntos relativos à transformação do ensino médico (de 1996 a 2001). O Congresso era sempre acompanhado do Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico.

No contexto internacional, foi realizada em Israel, em 2001, a Conferência da Associação para a Educação Médica na Europa, com a presença de 41 países, na qual ainda se enfatizavam necessidade de mudança do paradigma e coragem para introduzir as reformas. A declaração advinda dessa reunião afirmava a visão estratégica para a educação médica, que poderia requerer uma abordagem revolucionária, além da evolucionária. Simplesmente melhorar o sistema existente poderia não ser suficiente.

Os novos desafios – educação médica relevante, efetiva e de custo-benefício eficiente – também necessitariam, segundo a *Association for Medical Education in Europe*⁴⁵, de um novo tipo de professor de medicina: o professor de medicina de carreira. Esses indivíduos teriam treinamento apropriado e seriam certificados ou até licenciados por autoridades externas, assim como os programas de educação médica.

Em breve resumo, poder-se-ia dizer que nos anos 90 as aspirações de transformações no ensino médico tiveram condições objetivas de avançar, desencadeando processos de mudança. As Conferências Mundiais de Educação Médica de Edimburgo, em 1988 e 1993, contribuíram para fortalecer ações concretas. No Brasil, foram decisivos a Constituição Federal de 1988, a aprovação e construção do SUS e, principalmente, o trabalho da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM.

1.10. Um longo caminho a percorrer

Como se pode deduzir a partir desse longo histórico, as discussões relativas aos problemas relacionados à formação do médico, mesmo no âmbito internacional, vêm de

⁴⁵ ASSOCIATION FOR MEDICAL EDUCATION IN EUROPE. Horizon Scanning in Medical Education: 2020. Annual Conference of the Association for Medical Education in Europe. Israel, Beer Sheva: Ben Gurion University. 2000. Disponível em: <www.iime.org>. Acesso em 14 de julho de 2005.

longa data. Atualmente, sabe-se que essa formação pode apresentar deficiências, com grande influência nas relações entre médicos e seus pacientes e mesmo entre os médicos e a sociedade, gerando um serviço de qualidade discutível e alto custo, levando à necessidade de se fazer mudanças nesse cenário.

Em termos da sociedade, pode-se dizer que a crise da saúde alcança proporções mundiais. Sistemas de serviços de saúde baseados na assistência médica individual, curativa, apresentam sinais de esgotamento, traduzidos pelo descompasso entre a proporção dos gastos e a melhoria dos níveis de saúde da população.

A posição hegemônica do médico faz com que seja o principal responsável pelo nível de saúde da população e para tal deve ser preparado durante os seis anos de curso. Além das informações sobre prevenir, diagnosticar e tratar as doenças, o estudante tem que aprimorar atitudes e comportamentos adequados à relação com o paciente. Segundo Gonçalves (2002, p. 60), será necessário ao médico “[...] reconhecer naquele que o procura em busca de tratamento alguém que precisa ser ouvido e compreendido, mais do que apenas ‘tratado’”.

A crescente especialização da prática médica, enraizada no extraordinário progresso técnico, teve como conseqüência um aumento sem precedentes dos custos na atenção à saúde. Esse foi um fenômeno universal. Tal fenômeno, aliado à impossibilidade de controle externo da concentração de procedimentos a serem utilizados em cada atendimento prestado, levou a uma situação na qual os custos da atenção à saúde pesam mais e mais sobre os orçamentos das sociedades, das famílias e dos indivíduos (CAMPOS & BADUY, 1999).

A impossibilidade de convivência entre este modelo de prática médica e o acesso universal e equitativo da população aos serviços de saúde tornou-se praticamente consensual no mundo. Ademais, a partir da constatação de que nem sempre maiores gastos revertem em melhores condições de saúde, começou-se realmente a rever este paradigma organizacional da prática médica. O discurso de que é melhor promover a saúde e prevenir a doença do que remediá-la posteriormente (e a custos consideravelmente mais altos) deve necessariamente se concretizar na prática, sob pena de gerar a exclusão deste bem essencial.

Gonçalves (2002, p. 61) levanta as perguntas:

Quais os conhecimentos, as habilidades, as atitudes que serão necessários oferecer ao estudante de medicina para capacitá-lo a exercer eficientemente sua

profissão? Mas, muito mais do que apenas isso: quais serão os *valores* que ele precisará internalizar para que possa ser realmente um *médico*? A resposta a essas questões coloca o desafio que a escola médica brasileira vem sendo insistentemente convidada a responder.

O caminho para transformar a formação do médico, profissional tão importante à promoção da saúde, influenciando grandemente a vida das pessoas, tem sido construído lentamente, enfrentando grandes dificuldades, dentro e fora das escolas médicas.

Nos relatórios da CINAEM fica clara a importância dos **recursos humanos**, ou seja, os professores do curso e o **modelo pedagógico** têm o maior poder de determinar a adequação do médico formado (CINAEM, 1998, p. 5).

Tendo essas informações como base para o trabalho, o capítulo seguinte tem como objetivo fazer uma breve retrospectiva sobre a evolução dos currículos nos cursos de medicina, para contextualizar o problema, bem como tecer considerações sobre o perfil dos professores desses cursos. Essas considerações se fazem necessárias para o entendimento das bases da escolha dos sujeitos da pesquisa aqui realizada.

CAPÍTULO II

A RELEVÂNCIA DO CURRÍCULO E DO PROFESSOR DE MEDICINA

Na primeira fase da CINAEM, observou-se que, entre todas as variáveis estudadas, o **modelo pedagógico** e os **recursos humanos** das escolas médicas tinham o maior poder de determinação na adequação do médico formado (CINAEM, 1998, p. 5-6).

A influência do currículo e dos professores na formação do médico é, portanto, inegável. Considerações sobre como evoluíram os currículos dos cursos de Medicina e qual o perfil dos professores desses cursos foram relevantes para a contextualização do problema da pesquisa pela autora deste trabalho, constituindo-se no objeto deste capítulo.

2.1. Conceitos necessários

A origem do termo currículo é a palavra latina *currere* – percurso a ser realizado. O currículo seria “o recheio” desse caminho a ser percorrido pelos estudantes, no caso da escolaridade. Além de expressar os conteúdos do ensino, estabelece a ordem de sua distribuição e tem, portanto, certa capacidade reguladora da prática “[...] desempenhando o papel de uma espécie de partitura interpretável, flexível, mas de qualquer forma determinante da prática” (SACRISTÁN & GÓMEZ, 1998, p. 125).

Os autores reconhecem, porém, que o conceito de currículo é bastante elástico, podendo até ser qualificado de impreciso, significando coisas diversas para pessoas e para correntes de pensamentos diferentes. O currículo é também entendido como um projeto global e integral de cultura e de educação, devendo contemplar não apenas conteúdos de matérias escolares, mas também outros que são comuns a elas ou que ficam à margem das mesmas (ibid., p. 126).

Partindo-se dessa premissa, devem ser ressaltados alguns aspectos importantes para este trabalho.

Para Krasilchik (in MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 5), o termo currículo teria múltiplas definições. Para alguns é equivalente ao programa; para outros, inclui o conteúdo e as metodologias que compõem as atividades e os resultados do processo educativo. Considerando-se o currículo como um caminho a seguir, os autores adotam a

definição de que é uma proposta educacional feita por uma instituição que se responsabiliza por seu planejamento, execução e avaliação.

Na escola médica, quando se fala em currículo, segundo Lampert (2001, p. 8), está-se referindo aos documentos a partir dos quais os professores elaboram seus programas. Na verdade, muitos professores de medicina entendem como currículo a grade curricular do curso.

Por sua vez, na palavra *projeto* está contida uma intencionalidade, que ainda é um vir-a-ser e, ao mesmo tempo, designa o que será feito. Assim, a palavra projeto significa tanto o que é proposto para ser realizado quanto o que será feito para atingi-lo. Para que isso aconteça, seria necessário aumentar o poder de participação e decisão de professores e alunos, que se apropriariam do que foi realizado (CASTANHO & CASTANHO, 2001, p. 146-147). Essa apropriação facilitaria a implementação do projeto pedagógico na prática.

A educação, segundo Severino (1998), só pode realizar-se por mediações práticas desenvolvidas a partir de um projeto educacional, vinculado, por sua vez, a um projeto histórico e social, do qual a instituição escolar é o lugar por excelência desse projeto.

Projeto, ainda citando Severino (1998), é tomado no sentido de um conjunto articulado de propostas e programas de ação, delimitados, planejados, executados e avaliados em função de uma finalidade. O projeto educacional poderia ser metaforicamente representado pelo campo de força gravitacional de um ímã. O núcleo, no caso, é uma *intencionalidade*, ou seja, um sentido, que articula todas as ações. É essa intencionalidade que evita a fragmentação das práticas e ações dos múltiplos sujeitos envolvidos: educadores, administradores, educandos, servidores, técnicos, comunidade imediata, etc. A união convergente em torno dessa significação catalisadora do projeto articula e legitima a integração das atividades próprias do trabalho pedagógico; a *interdisciplinaridade* dos componentes curriculares, que fundamenta as decisões e medidas de cunho administrativo a serem tomadas e executadas no contexto da vida escolar. Infere-se que, no caso das escolas médicas, a intenção seria formar um profissional de acordo com o perfil desejado.

Entretanto, o desenvolvimento da sociedade capitalista, com o objetivo de formar o homem de acordo com as necessidades dessa sociedade, impôs às escolas o padrão organizacional fabril que enfatiza a técnica, a eficiência e eficácia.

Paira no ar sempre uma pergunta intrigante, objeto da preocupação de muitos estudiosos da educação como Schäfer & Schaller (1982), Giroux (1986), Demo (2000): por que a educação, que deveria ser motor fundamental de mudança e inovação, tende a se

crystalizar como lugar da fossilização e do atraso?

O momento de transição vivido recentemente, quando o conceito de currículo não correspondia às necessidades postas por um presente desestabilizador e um futuro incerto, deu margem a uma discussão mundial sobre a premência de se estabelecer diretrizes como elementos norteadores do processo de construção de projetos pedagógicos, nos quais a organização curricular seria apenas um dos componentes.

Sabe-se que a diversidade e a complexidade dos campos de atuação dos profissionais de saúde exigem um novo delineamento para o âmbito específico de cada profissão. No entanto, todos os profissionais deverão estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possibilitem a sua interação e atuação multiprofissional, tendo como beneficiários os indivíduos e a comunidade, promovendo saúde para todos. Estas competências estão relacionadas à atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração/gerenciamento e educação permanente.⁴⁶

Para que os profissionais de saúde tenham as competências citadas acima, é fundamental que os projetos político-pedagógicos dos cursos da área da Saúde contemplem princípios, entre os quais podemos citar: currículos fundamentados no humanismo, a integração de conteúdos básicos e profissionalizantes, educação orientada aos problemas mais relevantes da sociedade, currículos flexíveis, garantia da formação geral do profissional, educação centrada no aluno, visto como sujeito de ensino e aprendizagem, entre outros.

Considerando-se o currículo como um meio de se atingir determinado objetivo, no caso das escolas médicas há de se levar em conta que essa mediação se torna fonte de distorções dos propósitos originais declarados, procedentes dos contextos e das práticas que intervêm nesse processo (SACRISTÁN & GÓMEZ, 1998, p. 130-132). Segundo os autores, o currículo concreto recebido pelo aluno deve considerar a dimensão da realidade, que não se reduz ao que parece evidente. O ensino não se reduziria ao que os programas oficiais (currículo formal, oficial ou prescrito) ou mesmo ao que os próprios professores dizem querer transmitir (currículo manifesto). Ao lado do currículo que se diz estar desenvolvendo, existe outro que funciona subterraneamente, denominado **oculto**.

Giroux (1997, p. 86) se refere ao **currículo oculto** como sendo o conjunto de normas, valores e crenças não declarados que “[...] são transmitidos aos estudantes através da estrutura subjacente de uma determinada aula”.

⁴⁶ REDE UNIIDA. Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da Saúde. **Olho Mágico**. Ano 5. Número especial, novembro, 1999, p. 8.

Sacristán (2000, p. 43) aponta na mesma direção e sentido, quando diz que o currículo **oculto** se refere às experiências vividas na escola que não foram planejadas e, às vezes, das quais nem sequer se tem consciência de sua existência; de efeitos incontrollados, seriam a expressão de proposições ou objetivos implícitos. Algumas dessas experiências poderiam ser positivas em relação a um determinado projeto educativo e outras poderiam ter efeitos completamente contrários.

A importância do chamado **currículo oculto** é inegável na formação do estudante (APPLE, 1979, p. 128; GIROUX, 1997, p. 86), no que se refere aos padrões de comportamento e valores como ética, respeito ao outro e suas opiniões, honestidade, criticidade, autonomia, pontualidade, correção, competição-colaboração, docilidade, conformidade e outros. Para o estudante de medicina, atitudes diante de assuntos relevantes, ligados à profissão, poderiam ser favorecidas ou não pelo currículo oculto, como, por exemplo, sentir-se comprometido com a melhoria da qualidade de vida da população, não se limitando a dar soluções apenas técnicas para problemas de sua área.

Esse aprendizado indireto vem como subproduto do contato com seus professores e pares, com membros da equipe de saúde e acontece de forma duradoura no envolvimento contínuo com o ambiente que caracteriza a escola médica e é o reflexo da sociedade na qual está inserida (LAMPERT, 2001, p. 11). A autora conjectura que:

A eficácia formativa dos elementos imprevistos do cotidiano escolar pode contrastar com as demandas acadêmicas, com o currículo oficial, tendo linhas de estudo não prescritas, que incidem na eficácia do prescrito.

2.2. Alterações curriculares influenciadas pelo Relatório Flexner

Como enfatizado no capítulo anterior, o Relatório Flexner (1910) marcou a estrutura curricular dos cursos de medicina de maneira indelével, enfatizando os conhecimentos especializados, a divisão das disciplinas, a ênfase na aprendizagem em hospitais, utilização de aparato tecnológico e o grande impulso à pesquisa.

O conhecimento fragmentado de acordo com as disciplinas, fortemente enraizado e ainda predominante nas escolas médicas, decorrente desse modelo flexneriano/cartesiano, impede freqüentemente operar o vínculo entre as partes e a totalidade e deve ser substituído por um modo de conhecimento capaz de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto. No caso do médico, seu objeto de estudo é o paciente, um ser humano.

A complexidade da natureza humana é totalmente desintegrada na educação por meio das disciplinas, tendo-se tornado impossível aprender o que significa ser humano. O conhecimento pertinente deve reconhecer esse caráter multidimensional e nele inserir estes dados (MORIN, 2002b, p. 38).

Segundo Lane (2000, p. 63), os objetivos gerais e específicos para a formação do médico deveriam incluir uma ampla formação geral, competência técnica, ética e humanística. Além disso, exigiria que fosse desenvolvida, durante o curso de graduação, a sua capacidade de aprimoramento ao longo dos anos, tanto de sua ciência como de sua arte. E implicaria, ainda, na capacidade de situar a sua prática no sistema de saúde vigente, com visão crítica e possibilidade de sua atuação transformar o que for necessário para melhorar as condições de saúde dos indivíduos e da comunidade.

Na opinião de Troncon et al. (in MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 101), as divergências que fizeram com que o humanismo fosse considerado como um obstáculo ao conhecimento científico são originárias da época de Galeno e Hipócrates, pelo grande interesse demonstrado por eles aos textos clássicos. Esse fato despertou a hostilidade dos que estavam mais interessados nos aspectos científicos. Esse marco histórico e conceitual influenciou as várias correntes do pensamento moderno que pautaram as diversas concepções de formação acadêmica do médico, constituindo-se nos princípios norteadores dos diferentes modelos curriculares.

O humanismo, considerado adequado neste trabalho, se baseia em Gonçalves (2002, p. 63), em cuja concepção se percebe claramente a visão integradora do homem. O médico deveria comprometer-se com o homem integral, procurando enxergar...

[...] o homem com seus componentes físicos, químicos e biológicos, mas também nos componentes mentais e psicológicos, emocionais e afetivos, sociais e espirituais. Nessa linha, a prática da medicina será sempre o encontro de duas pessoas, a saber o doente e o médico.

Ratificam Troncon et al. (in MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 99) “[...] humanizar, portanto, significa que o médico deve cuidar não propriamente da doença, mas do homem doente [...]”. A inserção do conceito de humanismo com tal embasamento, nos conteúdos curriculares, torna-se imperiosa para transformar o perfil do egresso.

A sociedade moderna contribuiu para que a subjetividade ficasse relegada a um segundo plano, deslocando o centro da atenção do ser humano como um todo para o aparato tecnológico, ou seja, não se vê mais o ser humano que o paciente é, no seu contexto; a ênfase é dada pelo que deveria ser a mediação entre o médico e o paciente, os meios auxiliares diagnósticos, fornecidos pelo avanço da tecnologia. São esses meios

diagnósticos que têm maior voz na relação médico-paciente. Não se quer negar, neste trabalho, a grande contribuição da ciência e da tecnologia no avanço da Humanidade em geral e da Medicina em particular; porém, não podem ser considerados como única fonte de informações para o médico no diagnóstico e tratamento das doenças.

Ao assumir a visão integradora do homem, dever-se-ia perseguir a construção de um projeto pedagógico para que o médico tenha a desejada formação humanística.

2.3. O currículo mínimo: ineficiente como promotor de mudanças

No caso da formação médica, delimitar o currículo da graduação é uma tarefa complexa, considerando-se os inúmeros aspectos do perfil do profissional a ser formado, de modo a conferir uma formação básica e consistente, tanto no campo técnico como no humanístico.

Em 1968, a Reforma Universitária brasileira (Lei 5540/68) criou os departamentos como unidades funcionais, nas quais estariam alocadas as disciplinas. Em 1969, pela Resolução número 8/69, do Conselho Federal de Educação, fundamentada no Parecer 506/69, fixou o núcleo de matérias essenciais à formação profissional (currículo mínimo) e a duração do curso, no mínimo cinco e no máximo nove anos. A carga horária estipulada foi de no mínimo 4500 horas, complementadas por estágios em unidades de saúde, sob supervisão, por pelo menos dois semestres. Essa providência foi necessária, pois haviam sido criadas 35 novas escolas de medicina entre 1966 e 1971 (LAMPERT, 2001, p. 9).

O chamado currículo mínimo constava do ciclo básico, englobando as ciências morfológicas e fisiológicas, agentes patogênicos, defesa do organismo e processos patológicos gerais. Além disso, havia o ciclo profissionalizante, constando de fundamentos da relação médico-paciente, anamnese, semiologia e métodos diagnósticos complementares; clínica geral das principais doenças, no adulto e na criança; doenças infecciosas e parasitárias, saúde coletiva, cirurgia geral, aspectos legais e éticos do exercício da medicina.

Uma vez cumprido o currículo mínimo, as escolas poderiam oferecer disciplinas que atendessem às peculiaridades de cada região e diferenças individuais, perfazendo, então, o currículo pleno.

Esses documentos, pouco conhecidos, deram margem a muitas críticas, uma vez que se entendia que não eram permitidas flexibilizações. Esse fato levou Valente (1999, p. 4) a comentar:

[...] a ênfase na técnica de construção curricular, na eficiência e eficácia dos

procedimentos, na preocupação do **como** sem perguntar **por quê** e **para que**, impregnou o ambiente educacional formal fazendo com que o currículo acabasse por ficar associado à **grade curricular** que aprisiona, submete, cerceia, estabelece regras, controla. Tal concepção privilegia a organização curricular em disciplinas e penetrou de tal maneira no espaço escolar que sua superação por outras possibilidades está sendo extremamente difícil.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, número 9394/96, expandiu a autonomia das instituições do ensino superior. Nesse contexto, o Ministério da Educação e Desportos convocou as Instituições de Ensino Superior, comunidade científica, associações de profissionais e de classe a apresentarem propostas para as novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação.

Foi nessa mesma época que a CINAEM (1998, p. 9) apresentou propostas para um novo modelo de educação médica, para tentar sanar as deficiências encontradas na análise dos dados obtidos na sua ampla pesquisa, descritas no capítulo anterior. Podemos citar, entre outras:

- reconhecimento da prática como base para a reflexão teórica;
- *integração* permanente das ciências básicas no ensino clínico;
- desenvolvimento de um currículo centrado em problemas da realidade em níveis crescentes de complexidade, elaborado segundo critérios éticos e humanísticos;
- formulação do ensino centrado na comunidade;
- exercício da prática médica com enfoque na pessoa;
- instituição de metodologias ativas e interativas de aprendizagem;
- inserção precoce do aluno na rede de atendimento à saúde;
- oferta de educação continuada aos egressos.

Em relação aos diversos aspectos propostos pela CINAEM, coloca-se o interesse pela busca de parâmetros definidores da estruturação curricular aos quais o curso médico deve obedecer.

Como decorrência da avaliação feita pela CINAEM e dos congressos e simpósios que a seguiram, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, MEC, 2001) foram finalmente publicadas. Essas diretrizes haviam sido discutidas e aprovadas no XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em 2000, na cidade de Petrópolis, Rio de Janeiro.

2.4. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina e seus desafios

Dentro do novo espírito da Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (1996), de flexibilização dos currículos de graduação, em substituição aos denominados Currículos Mínimos, inflexíveis, e da necessidade de permanentemente revisar e avaliar o que está sendo executado, foram elaboradas as diretrizes curriculares para o curso médico.

Bastante flexíveis e voltadas para as necessidades básicas de saúde, essas diretrizes desafiam as escolas a superar as resistências internas e externas, uma vez que a maioria está voltada à especialização.

Portanto, o principal corpo de dispositivos legais é hoje representado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, elaboradas pela Câmara de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação, constantes da Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001, com fundamentos no Parecer CNE/CES 1133 de 7 de agosto de 2001, homologado pelo Senhor Ministro da Educação em 1º de outubro de 2001. Essas diretrizes foram publicadas no Diário Oficial da União em 9 de novembro de 2001, à página 38 da Seção 1.

Nessas diretrizes, o perfil de profissional proposto é definido no Artigo 3º:

[...] médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Um profissional médico com esse perfil estaria em consonância com o disposto no artigo 200, Incisos III e IV da Constituição Federal que dispõe sobre a formação de recursos humanos para a área da saúde: “[...] compete à gestão do Sistema Único de Saúde o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico”.

Todavia, a realidade indica uma falta de entrosamento entre o Ministério da Educação e o da Saúde (BUENO & PIERUCCINI, 2004). Haveria, na opinião dos autores, ausência de propostas articuladoras voltadas ao cumprimento dos dispositivos constitucionais de formação de profissionais de saúde para o SUS.

Ao ser resgatada a definição de **saúde integral** do ser humano proposta pela **Declaração de Alma-Ata**, na Conferência Internacional em Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e UNICEF, no Cazaquistão, URSS, ou seja, “[...] um estado de completo bem-estar, físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, percebe-se que as qualificações do perfil requerido pelas diretrizes vão muito além de habilidades técnicas específicas.

Para alcançar esses objetivos, contra as deficiências que caracterizam as visões tradicionais do ensino e currículo escolar, devem ser desenvolvidas novas práticas educacionais, cujo início é o questionamento contínuo e crítico daquilo que é considerado garantido no conhecimento e na prática educacional. Além disso, as escolas devem ser encaradas como locais que, embora tendam a reproduzir a sociedade dominante, contemplem a possibilidade de educar os estudantes para torná-los cidadãos ativos e críticos e não simplesmente trabalhadores (GIROUX, 1997, p. 38).

Aqui poderia ser pertinente comentar vários conceitos da obra de Apple (1979), que conceitua claramente a hegemonia (ibid., p. 9-18) e diz que as instituições educacionais são, em geral, os principais agentes de transmissão de uma cultura dominante efetiva. Chama de *tradição seletiva* o que é sempre dissimulado como *tradição* (grifos do autor). Afirma que há um acúmulo de evidências mostrando que a instituição de ensino não é neutra em termos de seus resultados econômicos, o que bem se aplicaria à formação do médico especialista, na medida em que realiza uma medicina de alto custo, cercada de interesses financeiros, tendo como consequência a elitização do atendimento.

Segundo a nova sociologia do currículo, que segue a linha e tradição do movimento curricular crítico, as perguntas orientadoras pelos elaboradores de um currículo, cuja pretensão é formar profissionais com o perfil preconizado pelas diretrizes, deveriam ser: que tipo de profissional se quer formar? A quem interessa esse tipo de profissional?

Em 1986, Giroux (p. 90-91) já dizia, fazendo coro com Apple (1979, p. 125-151), que a cultura dominante não estaria simplesmente entranhada na forma e no conteúdo do conhecimento; seria também reproduzida através do que se denominava de **currículo oculto** (grifo nosso). O conceito de currículo oculto, embora mencionado anteriormente, merece ser enfatizado: refere-se às normas, valores e atitudes subjacentes frequentemente transmitidos tacitamente, nas relações sociais da escola e da sala de aula. Para o desenvolvimento de uma noção de **educação para cidadania** (grifo nosso), o autor preconiza que o entendimento por parte dos docentes das relações entre o currículo formal e o oculto, bem como as conexões complexas entre o currículo e a sociedade como um todo, seriam essenciais (GIROUX, 1986, p. 258).

Os professores de medicina são, geralmente, especialistas ou pesquisadores com larga experiência em trabalhos baseados na racionalidade positivista, na qual há a celebração apenas dos fatos, separados dos valores; como consequência dessa objetividade, ocorreria, segundo a Escola de Frankfurt, o solapamento da crítica (GIROUX, 1986, p. 31).

Seria necessário, portanto, desenvolver uma espécie de currículo que cultivasse o discurso teórico crítico sobre a qualidade e o propósito da escolarização, em todos os seus

níveis.

O modo crítico de conhecimento elucidaria aspectos importantes de uma herança cultural distorcida e forneceria motivação para a construção de uma nova sociedade, livre de patologias como dominação de classes, racismo, discriminações de qualquer tipo, mais igualitária. Essa visão de mundo é essencial a todo profissional, especialmente os da área da saúde.

O conhecimento fragmentado em disciplinas tem ainda como consequência, de acordo com as idéias de Morin (2002b, p. 14), impedir com que se faça o vínculo entre as partes e o todo. Portanto, deveria ser substituído por um modo de conhecimento capaz de apreender os objetos de estudo em seu contexto, sua complexidade. O ser humano, objeto de estudo da Medicina, é totalmente desintegrado na educação médica por meio das disciplinas. A educação, em qualquer nível, deveria contribuir para a formação da pessoa, ensinar a assumir a condição humana, ensinar a viver e ensinar como se tornar cidadão.

Evidentemente essa preocupação deveria se iniciar na educação básica. Não obstante, os responsáveis pela educação superior podem fazer a sua parte.

A Universidade deveria, ao mesmo tempo, adaptar-se às necessidades da sociedade contemporânea e realizar sua missão secular de conservação, transmissão e enriquecimento do patrimônio cultural. No entanto, há atualmente uma pressão super-adaptativa, que leva a adequar o ensino e a pesquisa às demandas econômicas, técnicas e administrativas do momento, a reduzir ou mesmo excluir quase completamente a cultura humanista dos currículos. Todavia, a super-adaptação na vida e na história nunca foi um indício de vitalidade e, sim, de senilidade e morte, pela perda da flexibilidade e criatividade (MORIN, 2002a, p. 82-83). A criação dos departamentos para introduzir as ciências modernas faz com que coexistam – sem que se comuniquem – as duas culturas: a das humanidades e a cultura científico-tecnológica, trazendo consequências nefastas para a Humanidade.

Além de enfatizar a necessidade de ampliação da visão crítica do egresso, o texto das diretrizes curriculares cuida, mais adiante, dos conteúdos essenciais do curso, coerentes com as qualificações referidas. De um lado, há uma relação de elementos tradicionais: ciências morfológicas e fisiológicas, mecanismos de agressão e defesa, introdução ao exame clínico, conteúdos das especialidades clínicas e cirúrgicas, ginecologia, obstetrícia e pediatria. De outro, figuram propostas inovadoras, como a contribuição do currículo para a “[...] compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural”, o que traria a necessidade de inclusão de conteúdos das ciências humanas e do comportamento, das ciências sociais aplicadas à saúde, entre outros.

No Artigo 12 das Diretrizes Curriculares, sobre a estrutura do Curso de Graduação em Medicina, vê-se no item IV que ela deve “[...] promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais [...]”, ampliando ainda mais a visão do médico.

No item VI desse mesmo Artigo, lê-se: “[...] utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional”.

A diversificação de ambientes tem se mostrado uma inovação bastante freqüente nas escolas com reestruturação curricular, sob a forma de projetos de extensão desenvolvidos em centros comunitários ou postos de saúde. Assim, o aluno tem a oportunidade de conhecer as doenças prevalentes na comunidade, reafirmando a função social das escolas médicas e aumentando o grau de responsabilidade social e noção do mundo real nos futuros profissionais (YAZBECK, 2000, p. 29).

A absoluta necessidade de atuações multi e interdisciplinares, exigidas pelas novas diretrizes curriculares para todos os profissionais da área da saúde, torna indispensável uma melhor compreensão do significado desses termos e um diagnóstico do que está acontecendo em alguns cursos dessa área.

Na obra de Arruda (2001), encontra-se uma coletânea de artigos sobre a educação dos profissionais de saúde e a realidade social. Enfatiza-se que a modificação dos conteúdos conceituais e específicos dos currículos seria necessária para evitar que se pautem pela submissão aos valores e às demandas do mercado. Assim, seria indispensável uma mudança substancial das práticas atuais, a fim de conseguir perfis profissionais que atendam também ao desenvolvimento social. Essa mudança significaria não apenas contribuir para ampliar o estágio do conhecimento em si, como também manifestar o inconformismo com a situação daqueles que vivem socialmente em desvantagem.

Concretizar as diretrizes curriculares não é um projeto fácil para grande parte das escolas médicas. A maioria delas, principalmente as de caráter privado, foi criada sem um modelo pedagógico cuja meta fosse o perfil do profissional requerido pelas novas diretrizes curriculares.

Boa parte delas começou organizando os currículos tomando como ponto de partida apenas o primeiro ano, contratando professores para lecionar as disciplinas (Anatomia, Histologia, Bioquímica, etc.) sem preocupação com a utilidade daqueles conteúdos para a vida prática do futuro médico (LISBOA, 1999, p. 10). Até poucos anos, atrás não se tinha em mente o perfil do profissional a ser formado.

A elaboração das diretrizes curriculares teve como principal objetivo a formação de médicos gerais, com competência para atender à demanda do SUS (Sistema Único de Saúde), ou seja, promover, prevenir e recuperar a saúde de 80% das pessoas, que padecem das patologias mais prevalentes (ibid., 1999, p.14). Outra meta importante é a humanização do médico formado.

É necessário ressaltar que, de acordo com Gadotti, prefaciando a 26ª edição do livro *Educação e Mudança*, escrito por Paulo Freire (1979, p. 13), precisa-se ter cuidado com o significado de humanismo na nossa educação. Segundo Gadotti, haveria dois tipos de humanismos, considerados ambos conservadores:

[...] o *humanismo idealista*, de um lado, lutando por uma educação pietista (*sic*), cujo ideal educativo conduziria ao obscurantismo da Idade Média, e o *humanismo tecnológico*, reduzindo toda a educação a um arsenal de metodologias e instrumentos de aprendizagem, despolitizando a grande massa da população. Um se perde na contemplação dos ideais de uma sociedade “humana”, “acima” da luta de classes; outro eliminaria todo ideal, substituindo-o pela ciência e pela técnica.

Acredita-se que, no ensino da medicina, este último tipo de “humanismo” tenha prevalecido, constituindo-se na antítese do significado que se deseja imprimir para o termo.

A partir da publicação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina, na maioria das escolas médicas que ainda seguiam o modelo de formação flexneriano, iniciaram-se debates e discussões sobre a situação do ensino médico e seu produto, assim resumida por Moraes (1997, Prefácio):

O ensino médico padece de pesada crítica quando se avalia a competência do médico ao se diplomar. Ao término do mais longo curso universitário, o profissional não se acha habilitado a diagnosticar e nem tratar grande parte das doenças mais corriqueiras [...] o jovem não tem capacidade para correlacionar os conhecimentos obtidos aos fragmentos [...]. Espera-se do clínico geral aquele médico que cuida do indivíduo sem esquecer sua comunidade.

Contudo, não se deve ter ilusões. A implementação dessas diretrizes, que refletem uma necessidade social, implica profundas reformas na área da graduação em saúde e representa, como enfatiza Stella (2002, p. 19), “[...] um desafio para nossas instituições que, de modo geral, não parecem preparadas para enfrentá-lo”. Segundo a mesma autora, as experiências em andamento têm divulgado, como uma das principais dificuldades, a resistência de docentes à mudança, por múltiplas razões: desacordo com a metodologia, perda de poder, maior exposição nos momentos de integração, entre outras.

2.5. Algumas experiências curriculares inovadoras: fracassos e sucessos

Na extensa pesquisa na literatura realizada, foram encontradas e merecem ser destacadas algumas mudanças curriculares feitas em diversas escolas médicas do país, no sentido da humanização da formação, mostrando que movimento de mudanças foi e continua sendo bastante amplo.

Na Faculdade de Medicina de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – (FMRPUSP) – a reestruturação curricular iniciada em 1993 na verdade teve início em 1979. Neste ano, foi realizado o “Seminário sobre o Ensino Médico” que desencadeou a criação de uma Comissão de Planejamento de Ensino, a qual elaborou uma relação de objetivos educacionais, entre eles a necessidade de inserção de conteúdos humanísticos no curso. Após a aprovação pela Congregação da escola, em 1987, foram incluídas as disciplinas de Introdução à Ética da Medicina, Bioética Médica, Filosofia da Ciência Médica, Ciências Sociais em Saúde e História da Medicina (TRONCON et al., 1998, p. 103-110).

Embora a introdução de conteúdos humanísticos no curso tenha considerada um avanço, pois atendia às expectativas de estudantes, professores e às recomendações da Declaração de Edimburgo (WFME, 1988), os autores comentam que foi um desafio conseguir espaço na grade curricular, e a carga horária para essas disciplinas era muito reduzida. Outro ponto desfavorável foi a falta de recursos para a aquisição de material instrucional (ibid., p. 111). Contudo, o mais difícil foi trabalhar com alunos pouco motivados, em função das deficiências da educação pré-universitária – alunos selecionados por seus conhecimentos em Física, Química e Biologia – e devido à ênfase em conteúdos exclusivamente biológicos e técnicos do curso de Medicina (ibid., p. 113). Não passou despercebido aos docentes envolvidos com essas disciplinas que o resultado poderia ser muito melhor se os conteúdos delas fossem articulados com outros componentes do projeto pedagógico como um todo e desenvolvidos ao longo do curso (ibid., p. 114).

Na Faculdade de Medicina da USP, *campus* de São Paulo – FMUSP-SP – foi criado, em 1966, o Curso Experimental de Medicina, iniciado em 1968 e desativado em 1975, tendo os alunos concluído o curso em 1982. O que caracterizava esse curso de vida curta, segundo Lebrão (2001), “[...] era a integração do conteúdo básico com o aplicado e o ensino em blocos (ou vertical) ao invés de disciplinas (ou horizontal), como se fazia então”. Além disso, um dos objetivos do curso era fazer com que o aluno participasse de uma estrutura hospitalar ágil e dinâmica, diferente do Hospital das Clínicas da Faculdade

de Medicina da USP. Outro ponto importante seria um maior contato com a comunidade, através da atenção básica. Assim, o estudante teria o aprendizado nos três níveis de atenção: primário, no Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa; secundário, no Hospital Universitário criado para isso na Cidade Universitária Armando de Salles Oliveira; terciário, realizado no Hospital das Clínicas da FMUSP-SP (ibid.).

Em 30 de agosto de 1974, a Congregação da Faculdade de Medicina da USP constituiu uma comissão para estudar a unificação dos cursos Tradicional e Experimental de Medicina a partir de 1976. No primeiro ano do curso unificado, continuava a Integração Vertical por Aparelhos e Sistemas; porém, a partir de 1977 foi desativada “[...] por motivos que não cabem nesta exposição [...]”, segundo Eduardo Marcondes (IN MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 124).

Em 2005, Isaías Raw comentou em entrevista a Cláudia Izique e Nelson Marcolim⁴⁷ que o Curso Experimental misturava a medicina com as ciências básicas logo no primeiro ano e que os professores se reuniam uma vez por semana para decidir o que ensinar. De acordo com Raw, o curso funcionou tão bem que os alunos melhor colocados no vestibular passaram a escolher o Curso Experimental de Medicina. Porém, diz ele, “[...] assim que eu saí, durou mais um ano e a faculdade acabou com o curso” (IZIQUE & MARCOLIM, 2005).

Gonçalves (2000, p. 7-8) faz suas ponderações sobre o peso da tradição, ainda que não conscientizado, “[...] como obstáculo às inovações que visam aperfeiçoamento institucional”. O Curso Experimental de Medicina, que propunha estrutura curricular e metodologia de desenvolvimento inovadoras, bastante motivadoras para alunos e docentes envolvidos, acabou sendo desativado e os alunos lentamente absorvidos pelo curso tradicional.

Apesar disso, foi conservado o conjunto de disciplinas denominado “Medicina Tropical” que está até hoje incluído no currículo da FMUSP-SP sob a denominação “Moléstias Transmissíveis”. Esse conjunto visa à integração de conteúdos das seguintes disciplinas: Microbiologia Médica, Parasitologia Aplicada, Imunologia Médica, Patologia de Moléstias Transmissíveis, Clínica de Moléstias Transmissíveis de Bases do Controle e Prevenção de Moléstias Transmissíveis. O curso é ministrado sob a forma de aulas teóricas, discussões, horário para estudo, aulas práticas e painéis (MARCONDES, in MARCONDES & GONÇALVES, p. 127).

Em 1998, definiu-se que o médico formado pela FMUSP-SP deveria ter uma

⁴⁷ O título dado por IZIQUE & MARCOLIM à entrevista foi “Cientista Bom de Briga”, publicada em 20 de julho de 2005. Disponível em <<http://www.universiabrasil.net/materia>>. Acesso em 20 de janeiro de 2006.

formação geral e foi implantada uma reforma do currículo que passou a ter uma área nuclear (currículo nuclear), com disciplinas obrigatórias, e outra complementar (currículo complementar), constituída de disciplinas optativas (VIEIRA et al., 2003, p. 97). Essa reforma foi norteada por várias propostas: resposta à crescente carga de informações no ensino médico, resgate das atividades didáticas de docentes que se envolviam pouco na graduação, aprimoramento dos métodos pedagógicos, recuperação da relação professor-aluno, entre outras. A preocupação com a especialização precoce seria constante, segundo os autores, embora reconhecessem que a FMUSP-SP seria uma formadora de especialistas e que poderia ser possível impedir que os alunos se envolvessem com a especialização já durante a graduação (ibid.).

A Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Brasília, cujas aulas se iniciaram em agosto de 1966, propunha formar um profissional indiferenciado, segundo Lisbôa, (1999, p. 19), "[...] capaz de atender às necessidades básicas de saúde da população – promoção, prevenção, recuperação e reabilitação – em diferentes níveis de assistência – primária (domiciliar, postos e centros de saúde), secundária (hospitais comunitários) e terciária (hospitais especializados e maternidades)". Para isso, haveria necessidade da implantação de um currículo e uma metodologia educacional diferentes dos existentes na maioria das escolas. Uma das principais inovações seria acabar com a fragmentação do ensino, consequência da existência de verdadeiros feudos, disciplinas auto-suficientes, que impediam a visão holística do ser humano. Para atingir esse objetivo, o currículo foi organizado em programas ou módulos de ensino nos quais havia a integração entre os docentes de áreas básicas e clínicas, bem como entre os da área clínica. No ciclo clínico, o aprendizado era realizado sob a forma de treinamento em serviço e o aluno aprendia fazendo. Os campos de treinamento incluíam um hospital comunitário, um centro de saúde na cidade, postos de saúde da zona rural e urbana, creches e domicílios (ibid., p. 21).

Como a Universidade de Brasília criou os cursos de Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Educação Física, houve grande integração entre essas escolas e, durante a graduação, os alunos do Curso de Medicina tiveram a oportunidade de entender que a assistência à saúde de boa qualidade só pode ser conseguida com a participação de outros profissionais. Comenta Lisbôa (1999, p. 23):

O convívio diário, a troca de informações, a participação dos alunos das diferentes áreas em momentos de dificuldades e de lazer formariam uma geração de profissionais que teria facilidade no trabalho conjunto e evitaria os ranços até hoje identificados, principalmente no relacionamento entre médicos e enfermeiros.

Segundo o autor, embora a integração entre as diversas áreas tenha chagado a um ponto tal que até o nome da Faculdade foi mudado, passando a ser Faculdade de Ciências da Saúde, houve um retrocesso. A escola médica rendeu-se ao modelo clássico, cartesiano, passando a contar com dezenas de disciplinas e uma pequena participação na comunidade.

Lisbôa (1999, p. 75) compara os currículos da maioria das escolas médicas a um arco-íris, pois seriam tantas as disciplinas que, se coloridas com cores diferentes, lembrariam um arco-íris, belo, mas que não conseguiria esconder o que chama de "[...] tragédia do que representa do ponto de vista didático-pedagógico".

O autor critica enfaticamente o "sistema de créditos" instituído a partir de maio de 1971 pelo Conselho Federal de Educação. Segundo ele, o sistema de créditos e a matrícula por disciplinas prejudicariam sobremaneira o ensino na medida em que impediria a visão holística do ser humano e dificultaria a integração entre as disciplinas, além da integração multiprofissional.

Então, de uma maneira idealizada, propõe um currículo com condições de formar o médico dentro do que chama de "paradigma holístico".

	MÓDULOS INTEGRADOS	CONTEÚDO
1º	ANATOMIA GERAL E COMPARADA	Anatomia descritiva e comparada
2º 3º	BLOCOS INTEGRADOS SISTEMA NERVOSO E ÓRGÃOS DOS SENTIDOS APARELHO CIRCULATÓRIO APARELHO RESPIRATÓRIO APARELHO URINÁRIO SISTEMA HEMOLINFOPOIÉTICO SISTEMA LOCOMOTOR APARELHO DIGESTIVO SISTEMA ENDÓCRINO E REPRODUTOR	Anatomia Histologia Fisiologia Bioquímica Biofísica Fisiopatologia Bases da clínica
4º	MECANISMO DE AGRESSÃO E DEFESA	Epidemiologia, parasitologia, microbiologia, patologia, imunologia, bioestatística, farmacologia
5º 6º	SAÚDE MATERNO-INFANTIL	Semiologia do crescimento e desenvolvimento, relação médico-família paciente, clínica e cirurgia, nutrição, epidemiologia, saúde mental, ética, sociologia, custo-benefício, terapêutica, atendimento à gestante, ao parto e à puérpera.
7º 8º	MEDICINA DO ADULTO E DO IDOSO	Semiologia, relação médico-paciente, clínica e terapêutica médica e cirúrgica, especialidades, saúde mental, ética, epidemiologia, nutrição, custo-benefício, sociologia
9º e 10º	INTERNATO ROTATIVO INTEGRADO	Assistência integral e integrada às necessidades de saúde da gestante, do adulto e do idoso.

Fonte: LISBÔA, A. M. J. (1999, p. 65)

Embora interessante, essa proposta não deixa clara a escolha dos assuntos mais relevantes dentro dos conteúdos citados; por serem muito abrangentes, dificilmente poderiam ser finalizados nos seis anos do curso. Como a necessidade da terminalidade do curso médico é um dos aspectos mais enfatizados pelo autor, existe certa contradição nessa proposta.

Apesar de todas as dificuldades, é inegável que o processo de educação médica sofre, ao longo dos anos, transformação marcante, pois não é mais possível que se manifestem,

no âmbito da saúde, os traços mecanicista (o corpo como máquina), dualista (separação entre razão e emoção) e quantitativista da racionalidade moderna, reduzindo o homem a objeto e, como consequência, substituindo a doença por seus mecanismos fisiopatológicos. Ao fragmentar o organismo, o olhar médico descontextualiza o paciente, ignorando as particularidades de sua realidade social e cultural, além de menosprezar a subjetividade (MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 41).

2.6. Aprendizagem Baseada em Problemas: base para uma real transformação?

Por se tratar de uma metodologia com diferenças importantes em relação aos currículos tradicionais das escolas de medicina, é dado neste trabalho certo destaque à proposta da Aprendizagem Baseada em Problemas.

A idéia de desenvolver um novo currículo para o curso de medicina, no sentido de realmente transformar o ensino médico, surgiu na década de 80, quando um grupo de vinte professores da Universidade de McMaster, em Ontário, Canadá, se reuniu para elaborar um novo programa, chamado de *Problem-Based Learning* – *PBL* (Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP).

Para SOARES (2003), o *PBL* traz na verdade duas mudanças importantes, uma relacionada aos métodos de aprendizagem e outra relacionada ao currículo médico.

Base da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), a problematização adota, de acordo com Siqueira (2003, p. 39), um processo ensino-aprendizagem ativo e contínuo, de duas vias, entre professor e aluno. Considera que não há aprendizado finito, unidisciplinar, e que a aprendizagem ocorre ao longo da vida e envolve “[...] ampla gama de conhecimentos, habilidades e atitudes, voltado à realidade, sendo necessariamente interdisciplinar”.

A metodologia *PBL* ou APB, em português, se espalhou para a Universidade de Maastrich, na Holanda (1980), Universidade de Harvard, nos EUA (1986), Universidade de Sherbrook, no Canadá, dentre outras mais de 60 escolas ou universidades, incluindo Cornell, nos EUA (1997) e, no Brasil, a Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA (1997) e a Universidade Estadual de Londrina (1998) (MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 223; SIQUEIRA, 2003, p. 38).

Essa metodologia apresenta como características principais⁴⁸: ser centrada no aluno; desenvolver-se em pequenos grupos tutoriais; apresentar problemas em contexto clínico; ser um processo ativo, cooperativo, integrado e interdisciplinar e orientado para a aprendizagem do adulto. Estimula no aluno a capacidade de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de ouvir opiniões mesmo contrárias à sua; induz o aluno a ter um papel ativo e ser responsável pelo seu aprendizado.

A primeira mudança pretende fazer com que o aluno assuma a responsabilidade por seu aprendizado. O método proposto seria basicamente dar um problema para o aluno resolver a partir de seus conhecimentos anteriores, ou seja, pressupõe um bom conhecimento prévio. A segunda grande diferença é a maneira pela qual o currículo é organizado, ou seja, como os assuntos se organizam no curso: em blocos.

Nas universidades McMaster (Canadá) e Harvard (EUA), a reestruturação completa em termos curriculares tornou a dimensão ética um dos pilares, não apenas como uma disciplina a mais, porém como uma dimensão presente em todas as atividades, estudantis e profissionais (MASETTO, 1998, p. 15).

Ainda segundo Masetto (1998, p. 13), dever-se-ia partir do princípio de que as instituições de ensino superior teriam que privilegiar a formação de profissionais sob a ótica da totalidade. Desse modo,

[...] as instituições de ensino superior, como instituições educativas, são parcialmente responsáveis pela formação de seus membros como cidadãos (seres humanos e sociais) e profissionais competentes.

Esse autor acredita que valores como democracia, participação na sociedade, compromisso com o desenvolvimento e qualidade de vida da população precisariam ser aprendidos em todos os cursos da área da saúde (ibid., p. 16).

A McMaster University (Canadá), um dos berços do *PBL*, exige pré-requisito de "[...] um mínimo de três anos de estudo universitário em nível de graduação". A seleção é feita por meio de duas entrevistas diferentes: *Simulated Tutorial* e *Personal Interview*. Na primeira, é avaliada a capacidade de o grupo discutir um problema ou uma situação de saúde e, na segunda, avalia-se a capacidade de adaptação do indivíduo ao programa (SOARES, 2003).

Na Harvard Medical School (EUA), existem atualmente três programas diferentes de

⁴⁸ *Problem Based Learning*. Disponível em <<http://www.medsobral.ufc.br>>. Acesso em 20 de janeiro de 2006.

medicina: o curso clássico, o *The New Pathway* e o *Health Sciences and Technology Program (HST)*. O *New Pathway Program* adota um sistema muito parecido com o *PBL*. Os alunos são divididos em pequenos grupos tutoriais, a aprendizagem é centrada no aluno e o ensino é complementado por conferências, palestras e laboratórios. A ênfase é dada na relação médico-paciente, no contexto social e nos problemas da moderna medicina e cuidados de saúde.

Para admissão nesse curso, exige-se, além de três anos de curso universitário (como no curso tradicional), no mínimo mais 16 créditos em cursos "não-científicos". No entanto, sem um grau de bacharel dificilmente um estudante é aceito no *New Pathway Program*.

No *HST Program (Health Sciences and Technology Program)*, o currículo procura educar líderes em ciência biomédica e medicina acadêmica, ou seja, visa mais formar pesquisadores em ciência biomédica e biotecnologia. Considera de grande relevância a pesquisa quantitativa.

Na análise desses dados, pode-se deduzir que tanto a McMaster como Harvard consideram que nem todos os alunos se amoldam a esse tipo de aprendizado, uma vez que um dos objetivos explícitos da entrevista pessoal é avaliar se o futuro aluno tem condições de se adaptar ao *PBL*. A Harvard Medical School é mais exigente, em termos de seleção, para os alunos do *New Pathway Program* do que para o programa clássico.

Uma grande variedade de metodologias de ensino/aprendizagem tem sido referida como aprendizagem baseada em problemas; seu denominador comum é a utilização de problemas como base. O problema funciona como um estímulo à aquisição de conhecimentos e habilidades e deve refletir a realidade, permitindo a reflexão, a seleção de recursos educacionais, a busca ativa de informações, a avaliação crítica e a aplicação (KOMATSU et al., in MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 223, 223).

No *PBL*, segundo Soares (2003), as aulas clássicas são substituídas por discussões em grupo dos problemas apresentados. Teoricamente, isso seria muito bom, embora, na prática, pudesse haver apenas a substituição de uma aula clássica por um seminário dado por um aluno com pouco conhecimento da matéria. Isso pode ocorrer se o coordenador do grupo não tiver experiência para motivar os alunos e conduzir o processo.

A diferença que chama a atenção num currículo baseado em *PBL* é a maneira pela qual as várias matérias são distribuídas no curso. Assim, por exemplo, no "Módulo sobre Gripe", o aluno teria que aprender a anatomia do sistema respiratório, dados básicos sobre virologia, fisiopatologia, quadro clínico e tratamento da gripe. Qualquer pessoa que

conviva com estudantes e professores de medicina sabe que o maior interesse se voltaria para o diagnóstico e tratamento, o que, com o passar do tempo, levaria à falta de substrato advindo de cadeiras básicas para que o aluno fizesse um raciocínio clínico. Segundo Soares (2003), se a meta é formar um indivíduo que pensa e tem senso crítico, um bom conhecimento de cadeiras básicas é fundamental.

A Stanford Medical School adota o *PBL* apenas quando o aluno já adquiriu conhecimentos básicos que lhe permitam formar linha de raciocínio.

Uma das principais ressalvas que se faz ao *PBL* é que, quando o aluno entra na faculdade, não tem base suficiente para ser submetido, desde o início, a um programa semelhante ao *PBL*.

De qualquer forma, a discussão sobre o *PBL* ajuda a levantar o debate sobre o ensino médico. No entanto, somente a aplicação de um método de ensino não resolverá os problemas do aprendizado de medicina, incluindo a falta de motivação do aluno, ausência de uma avaliação rigorosa do estudante no que tange à capacidade de raciocinar e ter espírito crítico, bem como o despreparo dos docentes.

Outros pontos considerados como complicadores seriam: as universidades precisariam ter extenso acervo na biblioteca à disposição dos alunos, as aulas básicas deveriam estar à disposição do aluno na forma de CD ou DVD, textos, etc. e o número de docentes necessários à implantação desse tipo de programa. Mesmo um dos coordenadores do New Pathway Program da Harvard Medical School, Helmut Renke, embora achasse o programa interessante, tinha dúvidas quanto à capacidade da escola de conseguir mantê-lo devido ao dispêndio de tempo dos docentes (SOARES, 2003).

Talvez por essas ressalvas, o *PBL* permaneça restrito a apenas algumas escolas médicas no mundo e em duas no Brasil, a Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Londrina e a Faculdade de Medicina de Marília.

Através do paradigma educacional da Medicina Baseada em Problemas (*Problem based learning medicine*), os alunos desde o início de seu curso médico são expostos a problemas clínicos e estimulados, sob supervisão de tutores, a buscar as informações pertinentes na literatura médica para resolvê-los. Não se pode esquecer, entretanto, que o mais estimulante dos “problemas” na medicina é o próprio doente e que o ensino focado no paciente, à beira de seu leito, após uma sólida formação básica, talvez seja a mais edificante das experiências educacionais da profissão. O editorial da **Revista da**

Associação Médica Brasileira⁴⁹ enfatiza que o melhor é ensinar o aluno a observar o próprio paciente, "[...] educando os olhos para ver, o ouvido para ouvir e o dedo para sentir [...]", o que se constituiria, segundo o editorial, na **medicina baseada em evidências**, um paradigma a ser inculcado progressivamente em professores e alunos para lhes permitir trabalhar de forma ordenada, crítica e reflexiva diante do enorme manancial de novas informações médicas que se acumulam.

Na Faculdade de Medicina da UNESP, em Botucatu, onde Soares (2003) foi professor, havia um módulo das disciplinas de Cardiologia, Nefrologia e Gastroenterologia que se baseava em casos clínicos, discutidos por professores e alunos do quarto ano médico. Com o passar do tempo, o interesse maior passou a ser diagnóstico e tratamento, e houve necessidade de se introduzir aulas clássicas dos assuntos relacionados às causas das doenças (fisiopatologia, etiopatogenia, por exemplo), para que os alunos tivessem o senso-crítico necessário ao bom médico e não ficassem despreparados para fazer o raciocínio clínico.

Segundo Feuerwerker (2002, p. 96), a nova proposta para o curso de medicina na Universidade Estadual de Londrina, participante do Projeto UNI (1992 a 1999), foi discutida e elaborada por professores e estudantes, tendo como base "um novo modelo acadêmico" (aspas da autora) que buscava excelência técnica e relevância social. As diretrizes do novo curso englobavam as seguintes características, entre outras: estruturação do currículo em módulos, com conteúdos das ciências básicas e clínicas desenvolvidas de forma integrada por meio dos problemas prioritários de saúde da população; contato do estudante com as realidades de saúde e socioeconômicas da comunidade desde o primeiro ano do curso; currículo nuclear comum a todos os estudantes ao lado de módulos eletivos; avaliação formativa e terminalidade do curso em seis anos.

A interdisciplinaridade foi a base fundamental para a organização desse currículo integrado; os módulos, compostos por problemas elaborados de acordo com os temas em pauta, teriam como eixos temáticos o ciclo vital (concepção, nascimento, crescimento, envelhecimento, morte) e o modelo ecológico (processo saúde-doença como resultado da interação do homem com seu ambiente). Segundo a autora, a Aprendizagem Baseada em Problemas teria o problema como elemento motivador do estudo e integrador do conhecimento (FEUERWERKER, 2002, p. 99-102). O novo currículo do curso seria:

⁴⁹ **Revista da Associação Médica Brasileira**. Editorial. Jul./set., 2004.

ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UEL A PARTIR DE 1998

<i>Módulo 1</i>	<i>Módulo 2</i>	<i>Módulo 3</i>	<i>Módulo 4</i>	<i>Módulo 5</i>	<i>Módulo 6</i>	<i>Módulo 7</i>
Introdução ao estudo da medicina	Concepção e formação do ser humano	Metabolismo	Funções Biológicas	Eletivas	Mecanismos de agressão e defesa	Abrangência das ações de saúde
			PIN*			
			Habilidades profissionais			
<i>Módulo 9</i>	<i>Módulo 10</i>	<i>Módulo 11</i>	<i>Módulo 12</i>	<i>Módulo 13</i>	<i>Módulo 14</i>	<i>Módulo 15</i>
Nascimento crescimento e desenvolvimento	Percepção Consciência e Emoção	Processo de envelhecimento	Proliferação celular	Saúde da mulher, sexualidade humana e planejamento familiar	Doenças resultantes da agressão ao meio ambiente	Eletivas
			PIN*			
			Habilidades profissionais			
<i>Módulo 17</i>	<i>Módulo 18</i>	<i>Módulo 19</i>	<i>Módulo 20</i>	<i>Módulo 21</i>	<i>Módulo 22</i>	<i>Módulo 23</i>
Dor	Dor abdominal, diarreia, vômito e icterícia	Febre, inflamação e infecção	Problemas mentais e de comportamento	Perda de sangue	Fadiga, perda de peso e anemias	Eletivas
			PIN*			
			Habilidades profissionais			
<i>Módulo 25</i>	<i>Módulo 26</i>	<i>Módulo 27</i>	<i>Módulo 28</i>	<i>Módulo 29</i>	<i>Módulo 30</i>	<i>Módulo 31</i>
Locomoção	Distúrbios sensoriais, motores e de consciência	Dispnéia, dor torácica e edemas	Desordens nutricionais e metabólicas	Manifestações externas das doenças e iatrogenias	Emergências	Eletivas
			PIN*			
			Habilidades profissionais			

*Módulos de interação ensino-serviços-comunidade – sigla PIN.

Fonte: FEUERWERKER, L. (2002, p. 101).

Os PIN correspondem aos Módulos 8, 16, 24 e 32, desenvolvidos, respectivamente, da primeira à quarta série do curso. As atividades se concretizam em grupos de trabalho e estudo, multiprofissionais de preferência, adotando a metodologia da problematização. Os campos de atuação seriam os ambientes comunitários, as equipes de saúde da família, as unidades básicas de saúde, os hospitais gerais de atendimento de nível secundário e o hospital de ensino, de nível terciário.

Confirmando a grande dificuldade de transformar o ensino médico, o grande

problema enfrentado foi a adesão dos clínicos (professores de clínica médica, cirurgia, pediatria e ginecologia-obstetrícia), arrastando-se por muito tempo. Na verdade, segundo relata Feuerwerker (2002, p. 143), tendo o processo se iniciado em 1998, é apenas em 2001 que se conseguiu que esses professores trabalhassem na graduação. Segundo a autora, na aprendizagem baseada em problemas os alunos têm o **problema** como elemento motivador do estudo e integrador do conhecimento. Os estudantes discutiriam o problema seguindo a técnica dos “sete passos”: ler atentamente o problema e esclarecer pontos desconhecidos; identificar as questões propostas pelo enunciado; oferecer explicações para estas questões com base nos conhecimentos prévios que o grupo tem do assunto; resumir essas explicações; estabelecer objetivos de aprendizagem que levem o estudante ao aprofundamento e complementação dessas explicações; estudo individual respeitando os objetivos levantados; rediscussão no grupo tutorial dos avanços de conhecimento obtidos pelo grupo.

O aluno, orientado por essas diretrizes, desenvolveria seu próprio método de estudo, aprendendo a selecionar criticamente os recursos educacionais mais adequados e vivenciaria o trabalho em equipe, possibilitando, segundo Campos (in FEUERWERKER, 2002, p. 102), seu aperfeiçoamento em conhecimentos, habilidades e atitudes.

Conforme se pode deduzir por suas publicações,⁵⁰ a Universidade Estadual de Londrina se utiliza da modalidade da APB denominada de Aprendizagem em Grupos de Tutoria, baseada em trabalho de Venturelli (1997), em que os alunos são divididos em pequenos grupos de Tutoria. Os módulos de temas médicos importantes seriam problematizados. Inicialmente, seriam conhecidos os objetivos gerais e específicos do módulo. Nos Grupos Tutoriais, os alunos são acompanhados pelo tutor (professor), coordenador (aluno), secretário (aluno), com funções nos cadernos correspondentes a cada módulo. A dinâmica do Grupo Tutorial consta dos sete passos previamente definidos: leitura atenta do problema, identificação das questões; oferecer explicações às questões; resumir as explicações; estabelecer objetivos de aprendizagem que levem ao aprofundamento e complementação das explicações; estudo individual; rediscussão no Grupo Tutorial dos avanços conseguidos pelo grupo.

De acordo com Venturelli & Fiorini (2001, p. 8), o eixo teórico das Tutorias implica uma aprendizagem crítica, integrada, que facilitaria aos estudantes compreender que “[...] é responsabilidade deles buscar a articulação entre a teoria com a realidade”. O tutor deveria

⁵⁰ Retirado do caderno do módulo “Fadiga, perda de peso e anemias”. **Medicina – Novos Rumos**. Universidade Estadual de Londrina – Londrina: Ed. UEL. 2000.

fazer avaliações formativas, que implicaria saber reconhecer os “[...] hiatos de conhecimento e as necessidades de estabelecer conexões com o contexto”.

Os autores enfatizam que, para que esse espaço de tutoria seja possível, a capacitação docente é urgente, “[...] não havendo mais justificativas aceitáveis que a impeçam” (Ibid., p. 7). A formação de todos os docentes das instituições é imperativa, pois são eles que darão suporte efetivo ao desenvolvimento dos projetos pedagógicos (Ibid., p. 8). Há necessidade da compreensão dos princípios da aprendizagem de adultos, que fundamentem a Aprendizagem Baseada em Problemas, metodologia ativa de ensino-aprendizagem (Ibid., p. 14), bem como do projeto educacional da Instituição (Ibid., p. 11).

Na outra escola de medicina participante do Projeto UNI, a Faculdade de Medicina de Marília, o processo de mudanças também foi lento e desgastante. A nova proposta, denominada FAMEMA 2000 foi progressivamente implementada. Em 1999, a partir do momento em que a FAMEMA começou a ser reconhecida como referência no movimento nacional por mudanças na educação médica, houve um reforço do apoio interno às mudanças (FEUERWERKER, 2002, p. 165).

A partir de 1997, o novo curso era estruturado em Unidades Educacionais e ~~era~~ definido como um "Programa de Ensino-Aprendizagem Centrado no Estudante, Baseado em Problemas e Orientado à Comunidade" (FEUERWERKER, 2002, p. 169).

UNIDADES EDUCACIONAIS DO NOVO CURSO DE MEDICINA DA FAMEMA EM 1997

1^A SÉRIE	Unidade Introdutória	Tipo de estudo Epidemiológico	Sistema Locomotor	Sistema Nervoso	Cérebro e Comporta- mento	Pele e Tecido celular subcutâneo	Crescimento Celular
2^A SÉRIE	Sistema Cardiovas- cular	Sistema Respiratório	Sistema Renal	Eletivo	Sistema Hematológico	Sistema Digestório	Sistema Endócrino
3^A SÉRIE	Fundamen- tos da Pesquisa Científica	Nascimento, Crescimento e diferenciação	Envelheci- mento Terapêutica	Eletivo Emergências	Dor, incapacidade e reabilitação.	Ataque e defesa: Febre, inflamação e infecção	Reprodução e Sexualidade
4^A SÉRIE	Fadiga e perda de peso	Problemas Mentais e de comportamento			Atenção intensiva e Limites da atenção médica	Sistema de saúde, gestão e economia em Saúde	Pesquisa clínica Cuidados de saúde baseados em evidência

Fonte: FEUERWERKER, L. (2002, p. 168)

Tanto a Universidade Estadual de Londrina, como a Faculdade de Medicina de Marília e a Faculdade de Medicina da UNESP, em Botucatu, tiveram a estreita colaboração de consultores da McMaster University, do Canadá, um dos berços da Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem Based Learning*).

Como se pode perceber, várias idéias e práticas inovadoras surgiram nos últimos anos, a partir das declarações de Alma-Ata e de Edimburgo, impulsionadas, no Brasil, pela criação do Sistema Único de Saúde e Programa de Saúde da Família.

Na opinião de Sobral (in YASBECK, et al., 2000, p. 27), para o atendimento da urgente reivindicação de formação de um novo perfil profissional do médico, seria necessário elaborar novas estratégias curriculares que propiciassem: integração interdisciplinar, horizontal e vertical; Aprendizagem Baseada em Problemas; diversificação de ambientes de treinamento centrados na prática; aprendizado nuclear, com opções de aprofundamento.

Segundo os autores, para o sucesso da estratégia de integração horizontal e vertical, haveria a necessidade de quebrar a barreira da profunda departamentalização dos conhecimentos que ainda predomina nas faculdades brasileiras e “[...] tornou-se porto

seguro para a defesa e manutenção da mediocridade”.

A ABP baseia-se na apresentação de situações significativas do mundo real a um pequeno grupo de alunos os quais, tendo o docente como facilitador do aprendizado, utilizam fontes e instruções, desenvolvendo conhecimento de conteúdo e habilidades para a resolução dos problemas apresentados.

Um dos problemas para a concretização dessa estratégia pedagógica é a **limitação de ordem financeira**, uma vez que os pequenos grupos de alunos requerem maior número de docentes; outra questão é o **preparo dos docentes** como tutores dos grupos. Esses seriam fatores limitantes da aplicabilidade da ABP, principalmente em instituições privadas.

Batista & Batista (2004, p. 166) comentam que as metodologias problematizadoras, entre elas a ABP, têm potencial. Contudo, como as *inovações educacionais* (grifo dos autores) podem provocar rupturas com o já consolidado, deve-se continuar a discussão sobre as possibilidades e os limites dessas metodologias em cursos da área da saúde.

Além disso, uma vez que a autora deste trabalho tem como principal objetivo estudar questões que ampliem a possibilidade da concretização de mudanças no ensino médico no seu âmbito de trabalho, uma instituição particular, não se aprofundará no assunto por considerar a proposta de um currículo baseado na ABP, inviável neste caso.

2.7. O processo de mudanças continua

No Brasil, o lento processo de mudança na formação do médico faz com que o assunto permaneça motivo de atenção, tanto de instituições governamentais como da Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM.

Em 2002, o INEP fez uma proposta para a avaliação das condições de ensino dos cursos de medicina, considerada pela Associação Brasileira de Educação Médica um retrocesso, como conseqüência da concepção orientadora da avaliação, “meramente tecnicista”, segundo a própria ABEM. O documento conjunto ABEM/Rede UNIIDA⁵¹ ressalta que o indicador “currículo” está desvinculado do indicador “concepção do curso”, metodologia, inter-relação de disciplinas, dimensionamento de carga horária, ementas e programas. A crítica feita diz respeito ao entendimento limitado de “currículo” por parte

⁵¹ Associação Brasileira de Educação Médica, Avaliação das Condições de Ensino da Medicina. Disponível em <www.abem-educmed.org.br>. Acesso em maio de 2005.

dos elaboradores da proposta, que deveria incluir aqueles itens.

O documento enfatiza também que a avaliação das condições de ensino das escolas médicas deveria ser coerente com as diretrizes curriculares e com as orientações do SUS. Além disso, a avaliação deveria ser um instrumento para o avanço das escolas em relação aos objetivos propostos pelas diretrizes curriculares. Assinala também o esforço de dez anos que a ABEM, a CINAEM e a Rede UNIIDA vêm despendendo na construção de um projeto de escola médica com relevância social, comprometida com a construção do SUS e com a saúde da população, e propõe que se abra o debate para a elaboração de uma nova proposta de avaliação das condições de ensino das escolas médicas.

Na Conferência Mundial em Educação Médica de 2003, realizada em Copenhague, a proposta de padronização da qualidade da educação médica mundial (*Project on Standards in Medical Education*), sugerida em 2001 pela Federação Mundial para a Educação Médica (*World Federation for Medical Education – WFME*)⁵², não foi considerada por WALTON (2003) uma uniformização global da educação médica. Cada país deveria fazer a avaliação de suas escolas médicas e determinar os caminhos a serem percorridos para melhorar a formação profissional, principalmente em programas de pós-graduação.

Nessa reunião, foi sugerido um *World Directory of Medical Schools*, uma espécie de manual para se conseguir a qualidade necessária na educação médica, mas cujo conteúdo ainda precisaria, segundo comenta Walton (2003), ser objeto de mais discussão e debates para ser bem elaborado.

A reunião de 2003 teve como um dos resultados o documento *Social determinants of Health: the solid facts* (WHO-Europa), que enfatiza a relação condição social-saúde, que não poderia mais continuar ignorada.

Criado pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), novo instrumento de avaliação superior do Ministério da Educação, por intermédio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

⁵² WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. International Standards in Basic Medical Education. 2001. A WFME, fundada em 1972, com sede em Copenhague, Dinamarca, tem em seu Conselho Executivo várias associações de ensino médico: AMSA – Association for Medical Schools in Africa; PAFAMS – Pan-American Federation of Associations of Medical Schools; AMEEME – Association for Medical Education in the Eastern Mediterranean Region; AMEE – Association for Medical Education in Europe; SEARAME – South-East Asian Regional Association for Medical Education e AMEWPR – Association for Medical Education in the Western Pacific Region. Além dessas associações, fazem parte do Conselho três instituições: WHO – World Health Organization; WFMA – World Medical Association e IFMSA – International Federation of Medical Students' Associations. Disponível em <<http://www.ifmsa.org/partners/wfme.php>>. Acesso em 10 de janeiro de 2006.

Anísio Teixeira (INEP), é formado por três componentes principais: a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. Os aspectos que giram em torno desses eixos seriam avaliados (o ensino, a pesquisa, a extensão, a responsabilidade social, o desempenho dos alunos, a gestão da instituição, o corpo docente, as instalações e vários outros aspectos). Os instrumentos complementares seriam a auto-avaliação, a avaliação externa e o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE.

Em abril de 2005, a ABEM realizou em Brasília uma Oficina Nacional⁵³ na qual cinco grupos de trabalho elaboraram o documento “Diretrizes para a Avaliação das Condições de Ensino dos Cursos de Medicina”, englobando o Projeto Político-Pedagógico, a Integração Ensino-Pesquisa, Extensão/Assistência, Avaliação Discente, Grupo Social e Infra-estrutura.

Na programação do XLIII Congresso Brasileiro de Educação Médica realizado em Natal, Rio Grande do Norte, em outubro de 2005, pode-se verificar que várias oficinas, mesas-redondas, grupos de trabalho e simpósios tiveram como objetivo discutir assuntos relativos aos processos de mudanças para que o perfil do profissional formado se aproximasse daquele preconizado pelas diretrizes curriculares.⁵⁴ Isso também confirma que esse assunto continua prioritário.

Mesmo no exterior, a estratégia prevista para o biênio 2005-2007 da *World Federation for Medical Education* é a continuação dos projetos adotados pelo Conselho Executivo após a Conferência Mundial em Educação Médica de 2003, realizada em Copenhague, Dinamarca, concentrando esforços no Programa de Padronização Global (*WFME Global Standards Programme*)⁵⁵.

No Brasil, na quantidade de trabalhos e livros consultados pode-se perceber que uma grande quantidade de escolas está em processo de transformações curriculares, com o

⁵³ Associação Brasileira de Educação Médica. Avaliação das Condições de Ensino da Medicina. Disponível em < www.abem-educmed.org.br>. Acesso em maio de 2005.

⁵⁴ Pode-se citar como exemplos: O processo de mudança no projeto pedagógico dos cursos de medicina: quais são os passos? Papel da Atenção Básica na Formação Médica; PROMED: objetivos e resultados; Papel da Medicina de Família e Comunidade na formação do médico; É possível ensinar ética no curso de Medicina?

Os temas abordados nas mesas-redondas (Como formar o docente de medicina na perspectiva das Diretrizes Curriculares; Processo de transformação curricular das escolas médicas: avaliação dos atores envolvidos; Formação de médicos no país e necessidades sociais; Multiprofissionalidade e integralidade na formação dos profissionais de saúde), nos grupos de trabalho (Fórum das escolas médicas: Atenção básica na formação médica I e II) e nos simpósios (O hospital secundário no internato, uma necessidade para a formação médica? Dificuldades e desafios para se atingir a integração entre os conteúdos básicos e integração básico-clínica) também mostram que o aperfeiçoamento do currículo e da formação continua a ser matéria prioritária.

⁵⁵ WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. WFME News Activities 2005-2006. Disponível em <<http://www.sund.ku.dk/wfme/Activities/WFME>>. Acesso em 10 de janeiro de 2006.

objetivo de adaptar seu currículo para formar um profissional médico com o perfil sugerido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Apesar de o currículo seguir como instrumento importante no processo de formação profissional, daí o permanente interesse em conhecê-lo sempre melhor nas suas contribuições e nas suas limitações, não se pode deixar de perceber que ele não é mais que um instrumento a serviço do processo de ensino/aprendizagem; **sem a participação ativa de professores, os atores mais importantes dos processos de mudanças na escola**, e também dos alunos, não há modificações curriculares que possam surtir o efeito transformador desejado, na prática (grifo nosso).

A proposta de pesquisa deste trabalho se encaminha nessa direção.

2.8. Importância do professor para as transformações do ensino médico

Dada a importância dos professores como os principais atores dos processos de mudanças, é para eles que se voltam as atenções dos pesquisadores da área de educação, em geral, e médica, no caso desta pesquisa.

No geral, os estudos que se preocupam com os professores universitários fazem várias considerações das inúmeras deficiências apresentadas por esses profissionais, que se aplicam, com muita propriedade, aos professores dos cursos de medicina.

No âmbito da profissionalização docente na universidade, e mais especificamente em cursos cuja formação original não está voltada para a docência, são marcantes, segundo Severino & Fazenda (2002, p. 193), os traços de uma identidade indefinida do professor universitário, uma vez que a ênfase sempre é dada na competência da área específica de seu domínio. Assim, o trabalho docente acaba secundário à formação, ao investimento na profissão e ao reconhecimento de um estatuto científico próprio do ensino; é-se, geralmente, primeiro médico, engenheiro, advogado, e depois professor.

Há mais de 50 anos, uma das conclusões da conferência promovida pelo American Council on Education foi que o professor universitário é o único profissional de nível superior que entra para uma carreira sem passar por qualquer julgamento de pré-requisitos em termos de competência e de experiência prévia no domínio das habilidades de sua profissão. Apesar de essa situação ter sido apontada em 1949 nos Estados Unidos, é desnecessário dizer que ainda hoje se aplica ao Brasil (REALI & MIZUKAMI, 2003, p. 53). Como resultado, nos chamados ciclos básicos dos cursos das áreas de ciências exatas e biológicas, ocorre, segundo as autoras, uma verdadeira tragédia, com o desencanto dos

alunos chegando a ponto de muitas vezes desistirem do curso, configurando a perda de talentos e vocações jamais recuperados. As aulas *dadas* são em geral expositivas e valoriza-se a soma de conhecimentos que o aluno adquire, deixando-se de lado o significado dessa aquisição (grifo das autoras).

MORIN (2002a, p. 99) considera primordial a mudança do pensamento dos formadores. Apenas as reformas curriculares, com diminuição da carga horária, flexibilização e reorganização, não passariam de "[...] reformazinhas que camuflam ainda mais a necessidade da reforma de pensamento [...]" dos principais atores do processo ensino-aprendizagem.

Os processos de mudança só seriam visíveis se as mentes fossem reformadas. Em sua maioria formada segundo o modelo de especialização fechada, como é o caso da maioria dos professores de medicina, as mentes considerariam insensata a possibilidade de um conhecimento para além de sua área de especialização. Diz Morin (2002a, p. 100): "O reino dos especialistas é o reino das mais ocas idéias gerais, sendo que a mais oca de todas é a de que não há necessidade de idéia geral".

O impasse referido por MORIN (2002a, p. 99), "[...] não se pode reformar a instituição sem uma prévia reforma das mentes, mas não se podem reformar as mentes sem uma prévia reforma das instituições", e a pergunta colocada por Karl Marx "[...] quem educará os educadores?" é respondido pelo próprio Morin (2002a, p. 101):

Será a minoria de educadores, animados pela fé na necessidade de reformar o pensamento e de regenerar o ensino. São os educadores que já têm, no íntimo, o sentido de sua missão.

Os próprios docentes seriam os atores propulsores das transformações no ensino, por meio da conscientização e da sensibilização de seus pares.

Na opinião de Giroux (1997, p. 51), a dificuldade encontrada pelos professores vem do fato de a maioria ter sido formada de acordo com o paradigma curricular tecnocrático "[...] que pode até estar envelhecendo, mas está longe de ser uma relíquia do passado". Todos os formados de acordo com esse paradigma têm uma dificuldade enorme em sair dele, mesmo que queiram. Aqui se incluem os profissionais das áreas das ciências biológicas e exatas, os médicos e professores dos cursos de medicina. A luta para substituir esse paradigma será, sem dúvida, muito difícil. Essa luta deve ser vista e abordada mais como uma luta social, nunca como uma tarefa simplesmente técnica.

Vários pesquisadores têm oferecido importantes contribuições para o

desenvolvimento de uma nova epistemologia da prática dos professores. Schön (1983) é considerado por Mizukami et al. (2002, p. 49) um marco ao tentar construir uma epistemologia da prática, abrindo espaços para tipos alternativos de investigações. O que foi denominado "ensino reflexivo" (aspas nossas), apesar da diversidade teórica e metodológica com que é abordado, aglutina as preocupações com a experiência pessoal e com a prática na formação e no desenvolvimento profissional de professores.

Há um acordo geral no sentido de que o professor reflexivo é aquele capaz de analisar a própria prática e o contexto no qual ela ocorre, de avaliar diferentes situações de ensino/escolares, de tomar decisões e de ser responsável por elas (ibid., p. 51). No enfoque da **racionalidade técnica**, os professores são encorajados a agir segundo generalizações sobre relacionamentos de variáveis oriundas de pesquisas empíricas. Engloba níveis de reflexão: o *comportamental* (nível 1) e o de *tomada técnica de decisões* (nível 2); na abordagem **prático-reflexiva**, a relação teoria-prática é problematizada para o bom andamento do ensino, considerando avanços teóricos na área (ibid., p. 56).

Mizukami et al. (2002, p. 57) acrescentam quatro níveis de reflexão aos anteriores: nível 3 – *reflexão na ação*; nível 4 – *deliberativo*; nível 5 – *personalista* e nível 6 – *crítico* (grifos das autoras). Somente neste último nível as implicações sociais e políticas do ensino e da escolarização passam a ser centrais à formação de professores. No entanto, o estudo de aspectos sociais e políticos da escolarização não constitui por si só uma perspectiva crítica. Essa perspectiva deve considerar a escola e suas relações com a perpetuação de uma ordem social injusta e implica ajudar os professores a agirem em sala de aula, na escola e em outros níveis do sistema, de forma a corrigir as injustiças. Trata-se do exame das práticas pedagógicas à luz do contexto sociopolítico mais amplo, a fim de corrigir/superar fatores condicionantes da iniquidade social.

Na mesma perspectiva, Masetto (2003, p. 31) observa:

O professor ao entrar na sala de aula para ensinar uma disciplina não deixa de ser um cidadão, alguém que faz parte de um povo, de uma nação, que se encontra em um processo histórico e dialético, participando da construção da vida e da história de seu povo. Ele tem uma visão de homem, de mundo, de sociedade, de cultura, de educação que dirige suas opções e suas ações mais ou menos conscientemente. Ele é um cidadão, um *político*, alguém compromissado com seu tempo, sua civilização e sua comunidade, e isso não se despreza de sua pele no instante em que entra em sala de aula. Pode até querer omitir tal aspecto em nome da ciência que ele deve transmitir. Talvez, ingenuamente, entenda que possa fazê-lo de uma forma neutra. Mas o professor continua cidadão e político; e como profissional da docência não poderá deixar de sê-lo.

Estas últimas considerações são vistas, neste trabalho, como as mais relevantes na

discussão de mudanças de práticas docentes nos cursos para formar médicos, uma vez que têm a ver com a intencionalidade maior do ensino (e da educação) seja qual for a área considerada: **formador de um cidadão que transforme a realidade** (grifo nosso).

No caso da formação dos profissionais que cuidarão da saúde das pessoas, a visão social da profissão não poderia, de forma alguma, estar ausente. Porém, a formação dos profissionais de saúde – médicos, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas, biomédicos, dentistas, nutricionistas, veterinários, biólogos e, como conseqüência, dos que são e futuramente serão professores de medicina – não contempla os aspectos relevantes ao seu entendimento do contexto social.

Há todo um movimento de mudanças do currículo nas escolas formadoras pela promulgação das diretrizes curriculares de várias dessas profissões, no sentido de formar os generalistas, em que estão incluídos aspectos éticos, humanísticos e sociais. As diretrizes curriculares para os cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição foram promulgadas juntas e, logo após, foram divulgadas as diretrizes para os cursos de Farmácia.

Especificamente para cursos de Medicina, as diretrizes curriculares parecem deixar clara a necessidade de aprimoramento da sensibilidade do professor para os problemas sociais quando abordam no Art. 4º que:

[...] cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos.

Na opinião de Batista & Silva (2001, p. 48), o fato de o professor de medicina freqüentemente desconhecer a proposta e a estrutura curricular do curso, bem como a relação das disciplinas entre si, dificultaria sua “[...] atuação profissional de forma consciente, reflexiva e integrada”. Os mesmos autores afirmam que a contribuição do professor para a reorientação da educação médica é considerada fundamental, principalmente no que se refere ao cotidiano da escola, ampliando sobremaneira as perspectivas de sucesso das modificações necessárias (Ibid., p. 51).

A contribuição do professor de Medicina é, então, considerada fundamental para a reorientação, tanto da educação médica, como da visão social que o médico deve ter, o que também foi enfatizado no relatório da CINAEM (1998).

2.9. A escolha dos professores nas escolas médicas

O Ensino Superior Brasileiro, do qual 70% dos universitários freqüentam instituições particulares, continua a ser definido como um sistema formador de profissionais para o mercado de trabalho. A exceção são as universidades públicas, que se preocupam também em desenvolver pesquisas. Esse fato faz com que a contratação do corpo docente das instituições dê preferência a profissionais da área bem-sucedidos, com o papel de transmitir conhecimentos e experiências aos alunos; “Quem sabe fazer, sabe ensinar”. Como a metodologia de ensino se resume à transmissão oral de conhecimentos e à realização de algumas atividades práticas, o professor se torna o centro maior das informações a serem aprendidas e, como consequência, tem-se um número de alunos, em geral muito grande, pois “[...] quem fala para 15 poderá fazê-lo para 50 ou 100”. (MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 11).

Mais recentemente, embora se exija dos docentes recrutados mestrado ou doutorado, que os tornariam mais competentes na comunicação do conhecimento, ainda não se pede competências profissionais de um educador no que diz respeito à área pedagógica e à perspectiva político-social.

A concepção do que se exige como capacitação do docente vincula-se quase invariavelmente ao seu desenvolvimento didático-pedagógico, privilegiando os aspectos técnico-instrumentais. Essa postura prioriza o “como ensinar” desarticulado de uma visão mais ampla dos fundamentos sociais, políticos e culturais do contexto educativo.

Zabalza (2004, p. 155-156) discute bem o dilema entre a formação para a docência e a formação para a pesquisa. Segundo esse autor, parece haver poucas dúvidas de que a pesquisa requer competências e habilidades completamente diferentes das exigidas pelo ensino. Na maioria das vezes, o que seria avaliado nos concursos de ingresso ou promoção de docentes é a produção científica, ou seja, suas pesquisas e trabalhos publicados, como decorrência dos efeitos econômicos do *status* atribuído às atividades de pesquisa. Conseqüentemente, a docência acaba se transformando, de maneira contraditória, em uma atividade marginal dos docentes.

O autor ainda comenta que na comunidade acadêmica, entre professores e administradores das universidades, são muitos os que defendem que “[...] para ser um bom professor universitário, o mais importante é ser um bom pesquisador”. Na sua avaliação,

porém, considera freqüente encontrar excelentes pesquisadores que não se comunicam bem, ou utilizam linguagem ininteligível para os estudantes, ou entram em conflito com os alunos e até mesmo seus pares. Por outro lado, muitas vezes o conteúdo da pesquisa levada a cabo pelo professor-pesquisador tem pouca relação com o conteúdo a ser ensinado.

Esse excesso de valorização das publicações, comum nas universidades públicas, se estendeu também às escolas médicas privadas, que normalmente supervalorizam o número de trabalhos publicados no currículo do professor.

Por outro lado, muitas vezes o que se valoriza com maior realce no professor são as técnicas pedagógicas por ele empregadas, ou seja, a didática, sem levar em conta as vertentes filosóficas da pedagogia. Dessa maneira, o panorama se torna estreito e o processo fica empobrecido, pela carência de aportes que correntes filosóficas e teorias de aprendizagem poderiam estar acrescentando à atividade docente (GONÇALVES, 2002, p. 233).

O ensino assim estruturado teria como função, segundo Marilena Chauí, “[...] dar a conhecer para que não se possa pensar. Adquirir e reproduzir para não criar. Consumir, em lugar de realizar o trabalho de reflexão” (in REALI & MIZUKAMI, 1996, p. 53).

Lisbôa (1999, p. 100) relaciona os requisitos de um bom professor de medicina:

[...] profissional competente, capaz de transmitir seus conhecimentos em linguagem clara e acessível, ser moralmente inatacável, socialmente comprometido com os interesses da população e estar interessado em formar médicos. Melhor ainda se pesquisasse, publicasse bastante e fosse considerado luminar, sem deixar de atender aos requisitos acima especificados.

O autor diz que na prática, infelizmente, as coisas seriam diferentes:

Quase todos os professores são avaliados pela produção científica, ou seja, pelas suas pesquisas, pelos trabalhos publicados, pela sua titulação. São essas atividades que conferem a eles prestígio, reconhecimento, verbas e, principalmente, progressão na carreira, o que significa ganhar mais e mandar mais. O docente que se dedica integralmente aos alunos, mostrando-lhes a importância de atender as pessoas com carinho, ética, dignidade, respeito e amor, que faz questão de deixar claro em suas atividades o seu compromisso social; que defende os direitos da população e publica pouco, morrerá como assistente, sem nenhuma possibilidade de progressão funcional, sem nenhum horizonte na carreira universitária. [...] Esse quadro necessita ser mudado. (LISBÔA, 1999, p. 100)

Batista & Silva (2001, p. 46) reafirmam que, no caso do professor de Medicina, o critério para sua contratação se baseia apenas em seu desempenho como profissional e/ou pesquisador, não se exigindo formação pedagógica, que o habilite a compreender e a desenvolver adequadamente o processo de ensino-aprendizagem. Os mesmos autores ressaltam também a desvalorização do ensino em relação à pesquisa nos cursos de

graduação. Como agravante, os docentes mais eficientes seriam deslocados para os cursos de pós-graduação, deixando a graduação para docentes em início de carreira (ibid., p. 55).

2.10. Perfil do professor de medicina

No caso da escola médica, a regra é a “não convivência” dos docentes com outras áreas e saberes universitários. Daí o fato, como regra geral, de o docente médico ser um competente especialista da sua especialidade médica, mas um conhecedor pobre das outras áreas que configuram o saber humano (GONÇALVES, 2002, p. 234).

Ainda hoje, após a publicação das novas Diretrizes Curriculares, na maioria das faculdades de medicina encontramos professores com experiência clínica e cirúrgica, capazes de atender o paciente, diagnosticar sua doença e tratá-la, embora sem capacidade adequada para transmitir e repassar conhecimentos aos alunos de maneira clara, obedecendo a normas pedagógicas. Esta falha tem raízes no fato de que estes professores não tiveram na sua formação o embasamento suficiente para se tornarem professores (LANE, 2000). Esse fato é confirmado pela pesquisa da CINAEM, que revelou que, de um modo geral, os docentes das escolas médicas eram pouco preparados para o ensino e mesmo para a pesquisa e atividades administrativas (AMARAL, 2002, p. 93). Para a grande maioria, a docência não se configura como uma profissão e, sim, como atividade complementar à profissão médica. Essas constatações são ainda mais acentuadas nas escolas privadas.

A realidade é que, na maioria das escolas médicas, dispõe-se de grande número de médicos, ótimos profissionais, mas de um número muito limitado e mesmo inexistente de educadores ou especialistas em educação (CINAEM, 1998). Ainda como fato grave é importante salientar que, lamentavelmente, muitos docentes estão mais interessados em demonstrar complexos conhecimentos e habilidades do que em transmitir aos alunos aquilo que seja pertinente e adequado.

Por decorrência de sua formação, o professor do curso médico está tendo dificuldades para se adaptar aos novos requisitos necessários à sua prática. A forma de ensinar e o papel do professor têm evoluído com a história do mundo. O consenso atual é de que o professor é um mediador do processo ensino/aprendizagem e que é muito importante possibilitar ao aluno que aprenda por si próprio, tornando-se parte ativa do processo de aprendizado (ARRUDA, 2001).

Não se deve esquecer, porém, que a exigência que recai sobre o professor de Medicina é muito grande, uma vez que dele se esperam bons conhecimentos técnico-

científicos, bem como capacidade de promover uma relação médico-paciente adequada, para exercer sua função profissional. Por outro lado, suas atividades como docente fazem com que sejam necessárias ampla bagagem de fundamentos teóricos e até criatividade para desenvolver o processo ensino-aprendizagem e a relação professor-aluno de modo condizente. Segundo Batista (2000, p. 29),

Comprometer-se com essas duas dimensões significa assumir que ser professor constitui um processo de Educação Permanente [...] motivando viver a docência universitária em toda a sua imponderabilidade, surpresa, criação e dialética na relação com o novo.

O aluno de Medicina Özgür Onur (1993), participante da Conferência Mundial de Educação Médica realizada no ano de 1993 em Copenhague, se posicionou a respeito do que seria mais importante para a transformação do ensino médico, uma vez que o currículo formal ou prescrito já estava sendo modificado em várias escolas:

Devemos focar na base do *iceberg*. A ponta do *iceberg* já está emergindo e alcançando a luz do sol. Infelizmente, a maioria dos estudantes ainda está, no dia a dia, face a face com professores que não estão interessados em melhorar. A Educação desempenha um papel menor no seu trabalho; pesquisa, atendimento a pacientes, carreira pessoal, recursos financeiros são muito mais importantes que educar estudantes e jovens médicos. Acreditamos que isso tem que ser mudado. Mas quem poderia fazê-lo?

Continua:

Se somos sérios na nossa visão *Por um melhor atendimento médico* e se nós acreditamos que uma melhor educação pode levar a esse objetivo, então temos que mudar a educação da massa dos estudantes e não apenas de um grupo de estudantes. Ele insiste para que os estudantes parem de reclamar e passem a participar do processo de mudanças⁵⁶.

As diretrizes curriculares são referências obrigatórias para a elaboração do modelo pedagógico/perfil do profissional. O processo educacional é uma combinação entre o ensino e o aprendizado. O ensino tradicional está centrado na figura do professor, sendo ele o responsável de maneira completa pelo processo de aprendizado do aluno. O mestre, desse modo, decide sempre o que é importante para os alunos conhecerem; naturalmente aquilo que mais interessa a ele como especialista em alguma área particular da Medicina.

Morin (2002a, p. 104) enfatiza a necessidade de mudança na maneira de pensar do professor/formador:

A reforma do pensamento é uma necessidade histórica fundamental. Na atualidade, a maioria dos professores universitários de todas as áreas é vítima do pensamento fracionário da tecnociência que corta como fatias de um salame, o complexo tecido do real. É necessário, pois, estar intelectualmente desarmado,

⁵⁶ Özgür Onur, *Future of Medical Education*. Conferência Mundial de Educação Médica. Dinamarca, Copenhague, 1993. Disponível em <www.ifmsa.org.br>. Acesso em 07 de julho de 2005.

começar a pensar a complexidade, enfrentar os desafios e tentar pensar os problemas da humanidade. Essa é uma reforma vital para os cidadãos, que permitiria o uso pleno de suas aptidões mentais e se constituiria numa condição, embora não única, *sine qua non* para sair dessa verdadeira barbárie em que a humanidade se encontra.

A formação de médicos com essa visão, responsabilidade maior do professor de medicina, pela inserção desse profissional na sociedade, seria de importância crucial na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Na verdade, na área da saúde, os futuros docentes devem ser entendidos como intelectuais responsáveis pela criação de oportunidades em que os alunos possam debater, assimilar e adquirir o conhecimento e as habilidades necessárias à luta rumo à concretização de um mundo mais justo e humano (GIROUX & MCLAREN in MOREIRA & SILVA, 2000, p. 140).

No caso dos professores de medicina, não se pode esquecer que há ainda o agravante da grande valorização atualmente dada à profissão pela sociedade. Queluz & Alonso (2003, p. 10-11), ao se referirem aos problemas enfrentados por todas as profissões na sociedade contemporânea, fazem um comentário que cai como uma luva para os médicos:

O valor dado ao individual, à exaltação do personalismo, o excessivo valor atribuído aos bens materiais e a convicção de que é preciso ser o melhor, vencer a competição, estar à frente dos outros, serem bem-sucedidos na vida a qualquer preço, torna difícil para os profissionais terem uma visão social do seu trabalho.

Essa visão social é de fundamental importância às atividades de todos que atuam na área da saúde.

As pressões para que aconteçam as mudanças necessárias na formação médica enfrentam resistências muito grandes nas escolas, principalmente por uma parte significativa dos atores mais importantes, os professores. Muitos resistem a se distanciar do ideal de prática que cultivam, especialistas com inserção em hospitais de alto nível e com consultório privado, podendo se utilizar de equipamentos e tecnologias sofisticadas para fazer seus diagnósticos.

Os valores dos médicos mudaram. Valorizam-se, hoje, a especialização, a precisão diagnóstica, a impessoabilidade nas relações, a recusa à vida de sacrifícios, a comercialização do trabalho médico, partes de um novo tempo e de um novo lugar social da profissão.

2.11. Ênfase na qualificação docente: recomendação da CINAEM

O resultado da investigação sobre o modelo pedagógico na segunda fase do projeto

CINAEM indica que os alunos ingressam na escola com a visão do senso comum do que é ser médico. As relações de poder durante o curso de graduação moldam uma postura passiva e reprodutiva por parte dos alunos (CINAEM, 1998, p. 61) e os docentes reproduzem no espaço da escola médica o seu modo de atuação no mercado, centralizando o poder de decisão no âmbito das atividades acadêmicas.

Por outro lado, a necessidade de profissionalização e de um maior comprometimento com a docência por parte dos professores de medicina ficou clara no estudo realizado pela CINAEM (1998, p. 40) que considerou o docente como um dos elementos centrais para o êxito das reformas necessárias à educação médica:

Quaisquer modificações desejadas no currículo e no processo de aprendizado precisarão estar alicerçadas em um corpo docente com sólido embasamento conceitual, metodológico e técnico sobre as inovações introduzidas na educação médica e com forte motivação para apoiar as mudanças necessárias. Por esta razão, um dos focos que deverá ser desenvolvido na Terceira Fase do Projeto CINAEM será dirigido especialmente aos docentes das escolas de medicina, sob a denominação *docência médica profissionalizada*.

A capacitação de núcleos pedagógicos nas escolas objetivaria “a difusão dos métodos pedagógicos, o apoio a projetos inovadores em educação médica, o estímulo à formação senso estrito de alto nível e a discussão de propostas e experiências de incentivo à profissionalização da docência médica”.

As fases subseqüentes da CINAEM foram para a avaliação continuada dos resultados advindos das diferentes escolas, a partir de todo trabalho feito nas faculdades de medicina do país.

O XLIII Congresso Brasileiro de Educação Médica foi realizado em outubro de 2005, em Natal, Rio Grande do Norte. Estiveram lá representadas a maioria das escolas de Medicina do Brasil. Uma docente da IES, lócus de realização desta pesquisa, esteve presente para relatar suas experiências e trazer subsídios que facilitem as mudanças.

Por serem os principais sujeitos deste trabalho, maiores considerações sobre os professores de medicina acompanharão as discussões dos resultados.

CAPÍTULO III

O PROCESSO FORMAL DE MUDANÇAS NA IES

Os instrumentos de coleta de dados utilizados neste trabalho incluem uma extensa pesquisa nos documentos, descritos e comentados neste capítulo. Inicialmente, é contextualizada a Faculdade de Medicina, onde se realizou a maior parte do trabalho de campo, entre as escolas do país, bem como as suas peculiaridades.

Além disso, são relatados e comentados os conteúdos de todos os documentos oficiais que tratam da mudança curricular em curso na IES e servem de apoio às iniciativas de aproximação do perfil do egresso ao preconizado pelas Diretrizes Curriculares, constituindo-se no que foi aqui denominado processo formal de mudanças.

3.1. Contextualizando o cenário da pesquisa

No Brasil, há atualmente 119 escolas de Medicina⁵⁷, sendo 59 públicas e 60 privadas⁵⁸. As regiões Sul e Sudeste são as que têm maior número de faculdades de Medicina, sendo 24 só no Estado de São Paulo (nove públicas e 15 privadas). Rio de Janeiro e Espírito Santo somam 19 cursos de Medicina, cinco públicos e 14 privados. Os estados do Sul (Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina) têm um total de 23 escolas, 10 públicas e 13 particulares. Minas Gerais conta com 14 escolas de Medicina, cinco públicas e nove de caráter privado. As regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste perfazem, no total, 39 cursos médicos, sendo 29 escolas públicas e nove particulares.

Os números encontrados no endereço virtual (*site*) do Conselho Federal de Medicina⁵⁹ parecem estar desatualizados, pois nele constam apenas 103 escolas

⁵⁷ Segundo informações obtidas pessoalmente de um integrante do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP, em janeiro de 2006, o número total de escolas médicas no Brasil seria de 151. Acredita-se que as 119 escolas citadas pela ABEM se refiram às já reconhecidas pelo Ministério da Educação e Cultura.

⁵⁸ Associação Brasileira de Educação Médica. Disponível em: <www.abem.educmed.org.br>. Acesso em 26 de janeiro de 2006.

⁵⁹ No *site* do Conselho Federal de Medicina constam apenas 103 escolas reconhecidas pelo MEC. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/escolas_medicinas>. Acesso em: 13 de novembro de 2006.

médicas. Provavelmente, estão aí computadas apenas as que já foram reconhecidas pelo Ministério da Educação e Cultura. Por outro lado, em reportagem do jornal **Folha de S. Paulo**,⁶⁰ é relatada a existência de 146 escolas médicas e, nesse caso, deviam estar computadas todas as escolas em funcionamento, reconhecidas ou não. De acordo com o editorial do mesmo jornal⁶¹, do século IX até o ano de 1999 existiam apenas 96 escolas médicas no Brasil. De 2000 para 2005, foram autorizadas 50 novas faculdades de medicina.

A Faculdade de Medicina escolhida como cenário para a maior parte do trabalho de campo desta pesquisa está localizada na Grande São Paulo e é considerada de caráter privado, embora seja uma Fundação sem fins lucrativos iniciada por três prefeituras.

A Instituição foi autorizada a funcionar pelo Decreto Federal número 64062 de 5 de dezembro de 1969 e reconhecida pelo Decreto Federal nº 76850 de 17 de dezembro de 1975, publicado no **Diário Oficial da União** em 18 de dezembro de 1975. De acordo com os pareceres do Conselho Federal de Educação CFE 262/83 e do Conselho Estadual de Educação CEE 1713/83, a instituição ficou subordinada ao Conselho Estadual de Educação.

Com seu primeiro vestibular, no qual eram oferecidas 100 vagas, iniciou o Curso de Medicina em 1969. Hoje, há mais dois cursos oferecidos, de Enfermagem (a partir de 1999), que já formou duas turmas e de Ciências Farmacêuticas (a partir de 2000), com a primeira turma formada em 2004. Ambos começaram oferecendo 50 vagas. Para 2006, foram autorizados os funcionamentos dos Cursos de Nutrição, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Como a Instituição decidiu fazer parte do PROUNI, programa do Governo Federal que estimula o aumento de 10% do número de vagas oferecidas pelas instituições de ensino superior, para alunos do ensino médio com melhor colocação no ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio), todos os cursos passaram a oferecer, a partir de 2005, um número maior de vagas; o Curso de Medicina oferece atualmente 110 vagas.

O Curso de Medicina conta com 201 profissionais contratados como docentes;

2005.

⁶⁰ Fabiane LEITE, Conselho liga *boom* de cursos a erro médico. **Folha de S. Paulo**. São Paulo: 13 de novembro de 2005. Cotidiano, p. C1.

⁶¹ **Folha de S. Paulo**. São Paulo: 15 de novembro de 2005. Editorial, p. A2.

porém, como já comentado na Introdução, muitos deles não têm contato com os alunos por um tempo muito grande. Um número relativamente expressivo são mestres e doutores; todavia, esse número varia com o tempo, pois os docentes estão constantemente adquirindo títulos acadêmicos. Para se ter uma idéia geral, em 2005, o número de mestres era de 45 (22,4%), e de doutores, de 83 (41,3%).

Os professores são contratados de acordo com a CLT e em regimes variados de horas trabalhadas, desde 4 até 40 horas semanais. A atual diretoria da IES procura não mais contratar docentes com pequena carga horária de trabalho por perceber que esse tipo de professor não tem muito vínculo com a escola, o que, embora não seja determinante, poderia ocasionar menor comprometimento e motivação nas suas atividades docentes. Como consequência, o ensino ministrado não teria a mesma qualidade.

É interessante ressaltar que, no início do funcionamento do curso de Medicina, os professores contratados eram em sua maioria oriundos de outras instituições tais como Universidade de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (antiga Escola Paulista de Medicina), UNICAMP, Faculdade de Medicina da Santa Casa e outras. Hoje em dia, aumenta consideravelmente o número de docentes formados pela própria IES, que se titularam, voltam à casa, por meio de concursos de ingresso, e demonstram grande inserção no ensino. Isso faz com que, em muitos casos, esses professores demonstrem um compromisso maior em formar um profissional que consideram de alta qualidade, de acordo com seu ponto de vista.

Um aspecto relevante no que se refere à contratação de professores pela IES é que, apesar de ser uma instituição privada, o ingresso de docentes se faz apenas por concurso público, de acordo com o Regimento da Instituição, o que tende a melhorar a qualificação dos ingressantes.

A estrutura curricular do curso é muito semelhante à de muitas escolas de medicina, constando de um Ciclo Básico, em que são ministradas disciplinas denominadas básicas como Anatomia, Histologia, Fisiologia, Bioquímica, Microbiologia e Imunologia, Patologia Geral e outras, que ocupam o primeiro e segundo anos do curso. Posteriormente vem o Ciclo Profissionalizante, que consta de disciplinas clínicas e cirúrgicas como Propedêutica, Cardiologia, Dermatologia, Neurologia, Endocrinologia, Cirurgias do Aparelho Digestivo, Vascular e outras,

ministradas no terceiro e quarto anos. No Internato, referente ao treinamento em serviço, que perfaz o quinto e sexto anos, o aluno tem contato com a prática da medicina em hospitais, nos ambulatórios da própria Faculdade e no Centro de Saúde-Escola.

É exatamente esse currículo que sofre as transformações para se adaptar à formação do profissional com o perfil sugerido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

A faculdade conta com três hospitais de ensino e um centro de saúde-escola. No entanto, a rede de Unidades Básicas de Saúde nas quais a IES atua tem aumentado consideravelmente justamente para fazer frente às mudanças curriculares que prevêm a presença dos alunos nessas unidades.

Para melhor entendimento do processo, é feito um pequeno histórico sobre as mudanças formais na instituição, em relação às mudanças curriculares do curso médico.

3.2. Início das ações transformadoras na IES – Criação do GEDES

Em 1998, com a participação de professores, alunos e funcionários (Projeto Consenso), o IES propôs um planejamento estratégico para apontar os principais problemas existentes no curso de medicina (PACKER et al., 2001). Foram apontadas, dentre outras, duas falhas: deficiência didática dos docentes e currículo fragmentado.

Associado às conclusões constantes do Relatório da CINAEM (1998) – necessidade da existência de núcleos pedagógicos nas instituições e a publicação dos resultados do Exame Nacional de Cursos (Provão) em fins de 1999, que revelou a baixa avaliação da IES (conceito D) – esse fato levou à aprovação, pela Congregação, da criação de um núcleo pedagógico efetivamente constituído por portaria da Diretoria número 10/99, de 6 de dezembro de 1999, e denominado Grupo de Estudos e Desenvolvimento da Educação em Saúde – GEDES.

De acordo com seu regimento, os objetivos do GEDES seriam, entre outros:

- I – prestar assessoria didático-pedagógica;
- II – estudar possibilidades de melhoria curricular e adequação de carga horária dos componentes do currículo da IES;
- III – avaliar anualmente os cursos ministrados pela IES;

IV – estimular e propiciar a integração entre as diversas disciplinas e entre os departamentos;

V – promover seminários, cursos e palestras, no que diz respeito ao ensino em saúde;

VI – ser espaço aberto para reflexões, colaborações e sugestões para toda a comunidade acadêmica;

VII – incentivar a formação didático-pedagógica dos professores e futuros professores por meio de disciplinas que tomem a educação médica como objeto de discussão, ministradas no âmbito dos cursos de pós-graduação desenvolvidos pela IES;

VIII – colaborar para a criação de novos ambientes de aprendizagem e implantação de novas metodologias de ensino, tendo como objetivo principal valorizar metodologias que permitam ao aluno aprender a aprender.

No início do ano de 2000, a IES recebeu a visita de avaliadores externos do MEC para a Avaliação das Condições de Oferta do Curso de Medicina da IES (BRASIL, MEC, 1999). O relatório⁶² dos avaliadores apontou como pontos fortes do corpo docente o fato de a Instituição contar com professores com forte experiência profissional, ter integração docente-assistencial e corpo docente motivado. Como pontos fracos, foram relatados: carga horária de dedicação ao curso considerada baixa, plano de carreira da IES não contemplando plano de progressão.

Com relação à Organização Didático-Pedagógica, foram apontados como pontos fortes a rede para treinamento em serviço e o suporte comunitário. Como ponto fraco, a estrutura curricular com carga horária excessiva (8.420 horas). Recomendavam várias alterações curriculares, tais como: redução da carga horária do curso, integração de conteúdos para evitar repetições, flexibilização do currículo, criação da figura do coordenador, proposta política de aperfeiçoamento docente, entre outras.

A Diretoria constituiu, então, uma comissão de docentes que, com o auxílio do GEDES, estudaria as sugestões com o objetivo de implementá-las. As reuniões dessa comissão eram realizadas com a presença do Diretor, e seu andamento foi registrado por um componente do GEDES, que cedeu à autora deste trabalho essas anotações, algumas das quais compõem um dos instrumentos de coleta de dados, os chamados **episódios**, relevantes à pesquisa.

⁶² Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Medicina – 1999. Departamento de Política do Ensino Superior da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura do BRASIL. Enviado à Instituição de Ensino Superior em 27 de junho de 2000, através do Ofício-Circular no 75/2000. Gab/SESu/MEC.

O trabalho com docentes da IES, realizado por Tamosauskas et al. (2001), mostrou que, apesar de bem qualificados no aspecto de formação técnica, os docentes da IES não conseguiam envolver os alunos no processo ensino/aprendizagem. Um dos desafios do GEDES seria o de propor um curso de Capacitação Docente que conseguisse motivar os professores a participar e aplicar na sua prática os conhecimentos adquiridos.

O ano de 2001 foi iniciado pelo GEDES com reuniões para sensibilizar os docentes tendo como objetivo a participação em um curso de capacitação segundo Packer et al. (2001). Foram realizados cinco encontros nos quais foram abordados os seguintes temas: Aspectos éticos na relação professor/aluno, Capacidades e Habilidades do Professor do Ensino Superior, A Formação do Professor de Medicina, Avaliação do Curso Médico pela CINAEM e A Importância da Educação Continuada na Formação do Professor. Como resultado, verificou-se que houve uma participação muito aquém da esperada, atribuída em parte à divulgação insuficiente do evento e ao fato de os docentes exercerem atividades em tempo parcial na Faculdade. Não podemos excluir, porém, a falta de motivação, uma vez que alguns dos docentes inscritos não participaram efetivamente das atividades.

A partir das reuniões da comissão do estudo e mudança do currículo, a Diretoria nomeou o coordenador do Curso de Medicina, e as reuniões para implantação das mudanças curriculares começaram a ser semanais, com ampliação do número de participantes. No início, discutiam-se grade horária e sua redução, pois o entendimento do termo currículo por parte dos professores, àquela época, se reduzia à grade horária. Porém, com a participação dos docentes do GEDES, que têm uma percepção bastante ampliada de currículo, passando a dialogar e mesmo a dar palestras aos docentes, as discussões evoluem, paulatinamente, no sentido de uma alteração curricular mais profunda, visando alterar o perfil do profissional formado pela Instituição. Como será visto, o processo tem sido longo e marcado por incontáveis idas e vindas.

3.3. O Projeto de Reestruturação Curricular

Os vários processos nacionais e locais, como a CINAEM, o Consenso, O Exame Nacional de Cursos, bem como as recomendações após a Avaliação das Condições de

Oferta do Curso de Medicina, impulsionaram a IES a elaborar um Projeto de Reestruturação Curricular com diversas modificações, no sentido de melhorar o ensino médico. A publicação das Diretrizes Curriculares, em 2001, foi mais um grande motivador da continuidade do processo de rediscussão do currículo, com a finalidade de adaptá-lo às novas diretrizes propostas.

Em 2002, foi finalizado o referido Projeto de Reestruturação Curricular do Curso Médico da IES, enviado ao Conselho Estadual de Educação. Hoje, é oficial, ou seja, há o compromisso formal da instituição de implementá-lo. Para discutir e levar a cabo sua implantação, a direção, coordenadores, professores e alunos da IES se reúnem, desde aquela data, para que as alterações curriculares constantes do projeto sejam realizadas, na prática. Na proposta pedagógica dessa reestruturação, a IES pretende "[...] reorganizar seu currículo, integrando suas disciplinas visando uma maior consistência e coerência no futuro desempenho dos profissionais por ela formados".

Nesse documento, o modelo a ser perseguido é o do profissional capaz de interagir na sociedade e com seus pares, promovendo a saúde para todos, em uma atuação multiprofissional. Enfatiza-se, além disso, a necessidade de se criar "[...] eixos integradores, onde um conteúdo permeia diversas disciplinas, não esquecendo os princípios universais humanísticos, o pluralismo moral, a defesa dos grupos sociais vulneráveis às diversas agressões da realidade".

A reorganização do currículo pretendida é a de integrar as disciplinas "[...] visando uma maior consistência e coerência no futuro desempenho dos profissionais [...]". Ressalta-se, além disso, que "A reconstrução do currículo é resultante de um esforço coletivo a favor da melhoria do ensino, que resultará na melhoria da qualidade de vida da comunidade atendida pela instituição".

As diretrizes da proposta curricular incluem:

- a) Postura educacional diferenciada;
- b) Conscientização dos processos de construção de uma prática profissional responsável;
- c) Prioridade às atividades de relevância para o futuro desempenho profissional;
- d) Interpretação crítica sobre a Saúde no Brasil;
- e) Análise e reflexão da realidade da sociedade e da natureza, quanto às desigualdades, contradições, críticas e transformações detectadas;

- f) Viabilizar oportunidades de especialização;
- g) Respeito ao saber do aluno e valorização de sua busca de conhecimentos;
- h) Melhoria das relações interpessoais durante a vida acadêmica (professor-aluno, aluno-aluno, professor-professor, aluno-paciente, professor-paciente);
- i) Interação dos alunos com os serviços de saúde da comunidade, desenvolvendo a autonomia intelectual para o atendimento de situações de emergência e encaminhamento especializado de casos mais complexos;
- j) Atividades práticas planejadas, envolvendo aspectos quantitativos da realidade, e relacionadas ao conteúdo ministrado;
- k) Avaliação continuada do processo ensino-aprendizagem, visando manter sua excelência de qualidade;
- l) Planejamento flexível, sendo o professor instigador, colaborador e facilitador do processo de conhecimento e construção de competências;
- m) Reconhecimento das habilidades, potencialidades e limitações do processo de ensino-aprendizagem.

O objetivo maior do curso médico da IES é o “[...] da formação de um profissional médico com competência técnica, científica, ética e humanística, capaz de prestar atendimento a pacientes com doenças de alta prevalência, assim como encaminhamento especializado em casos mais complexos”.

Dentre os objetivos específicos, um chama a atenção: formar médicos capazes de, do ponto de vista afetivo, “[...] reconhecer a importância da visão humanística da Medicina, valorizando o Homem como o centro da atuação médica”.

Pode-se perceber a grande aproximação desse perfil do profissional com o das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, embora tenha sido proposto antes mesmo da publicação dessas diretrizes. Docentes da IES participavam ativamente das reuniões e congressos da ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), há muitos anos, trouxeram o perfil considerado pelos integrantes da ABEM como mais adequado.

Dentro dessa filosofia, a IES utilizaria o “[...] modelo de currículo nuclear, caracterizado por disciplinas nucleares, eletivas e optativas”. Alguns dos princípios norteadores seriam:

- Orientar o aluno na busca do conhecimento e seu aprofundamento;
- Incentivar a construção de conhecimento através da realidade da comunidade;
- Prioridade à *integração das disciplinas*;
- Programa centrado no aluno, valorizando sua participação ativa no aprendizado;

Para aprimoramento docente, a Congregação da IES aprovou as diretrizes de um processo contínuo de capacitação que envolveria: discussão dos conceitos nuclear e modular, formatação dos módulos como um exercício interdisciplinar, treinamento docente para o desenvolvimento de modernas metodologias de ensino e capacitação dos coordenadores de ano e módulo.

O acompanhamento pedagógico deveria incluir a formação de um Colegiado de Ensino formado pelo Coordenador do curso médico, quatro Coordenadores do primeiro ao quarto ano e dois membros da Comissão de Internato, que foram realmente indicados e passaram a fazer parte das discussões sobre currículo.

Como já mencionado, a avaliação externa (realizada no final de 1999 por uma comissão do MEC) sugeriu diversas modificações na organização didático-pedagógica da instituição. Para implementar as modificações necessárias, foi criada a Comissão de Reestruturação Curricular, que promoveria reuniões abertas semanais, às segundas-feiras, num local predeterminado. As reuniões foram divulgadas para os professores da faculdade e começaram a ser realizadas no início de 2000.

A primeira mudança sugerida foi uma redistribuição da carga horária, excluindo atividades aos sábados e incluindo um período semanal de Área Verde, de acordo com as possibilidades de cada série do curso.

A otimização da carga horária, a vigorar a partir de 2001 estaria, segundo esse projeto de reestruturação curricular, de acordo com a Minuta do Anteprojeto das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina. A redução da carga horária seria progressiva e deveria seguir a filosofia do currículo nuclear, abrangendo os conteúdos fundamentais. Caberia ao currículo eletivo a estruturação de disciplinas que não seriam ministradas a todos os alunos, respeitando-se os interesses e motivações individuais, embora também fazendo parte da **formação geral do médico**. Seriam destinados espaços para a criação de conteúdos multidisciplinares, favorecendo a integração das diversas disciplinas.

Continuando com o projeto de reestruturação, as principais mudanças previstas para 2003 seriam:

– Primeiro ano: intensificação das atividades práticas em Centro de Saúde-Escola; integração de conteúdos entre as disciplinas de Morfologia (Anatomia, Histologia/Embriologia, Bioquímica).

– Segundo ano: integração em bloco das disciplinas de Moléstias Infecciosas, Microbiologia/Imunologia, Parasitologia e Saúde Coletiva.

– Terceiro ano: introdução de disciplinas eletivas.

– Quarto ano: agrupamento das disciplinas clínicas em blocos, por afinidade de conteúdos.

– Internato: criação do ciclo de Urgências Médicas no quinto ano; criação do Ciclo Eletivo no sexto ano.

Nessa reestruturação curricular, encontramos como diretriz do novo currículo, além da integração entre disciplinas, a introdução da interdisciplinaridade, termo com interpretações ainda controversas, como será discutido a seguir.

A interdisciplinaridade é uma dessas idéias que, embora não seja recente, agora se manifesta a partir de enriquecimento conceitual e da consciência cada vez mais clara da fragmentação criada e enfrentada pelo homem em geral e pelos educadores, em especial, no seu dia-a-dia.

O ensino defronta-se, também, com a necessidade de promover sua própria reorganização para orientar-se por esse novo sentido. Isso porque, sendo ele próprio uma expressão do modo como o conhecimento é produzido, também se encontra fragmentado, marcado pela territorialização de disciplinas, pela dissociação das mesmas em relação à realidade concreta, pela desumanização dos conteúdos fechados em racionalidades auto-sustentadas, pela separação, enfim, entre vida plena e ensino. Trata-se, portanto, segundo Lück (2002, p. 16):

[...] de uma idéia-força que visa contribuir para a superação do cartorialismo praticado na educação, conforme indicado por Paulo Freire, bem como a ênfase sobre a reprodução de parcelas isoladas de conhecimento, destituídas de vida ou de inspiração transformadora.

A interdisciplinaridade ainda não possui um sentido único e estável, porém seu sentido seria sempre o mesmo: “[...] caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pela integração das disciplinas num mesmo projeto de pesquisa”

(FAZENDA, 2002a, p. 31). Assim, a interdisciplinaridade assinalaria uma tentativa de busca do saber unificado para preservar a integridade do pensamento e o conseqüente restabelecimento de uma ordem perdida. Segundo a autora, a interdisciplinaridade dependeria, então, de uma mudança de atitude perante o problema do conhecimento, da substituição de uma concepção fragmentária pela unitária do ser humano.

Para atender à formação do médico com o perfil preconizado pelas novas Diretrizes propostas pelo Conselho de Ensino Superior (CES) e Conselho Nacional de Educação (CNE), constantes do Parecer CES/CNE 583/2001 e da Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001, como **promotor da saúde integral do ser humano** (grifo nosso), haveria necessidade, além da integração entre as disciplinas propostas, da introdução de disciplinas ou conteúdos de outras áreas como das ciências sociais, por exemplo. Na reestruturação curricular da IES, no entanto, não há explicitação se o sentido dado ao termo interdisciplinaridade atingiria essa amplitude.

A multi ou pluridisciplinaridade, implicando aqui a integração de conhecimentos, constante das principais mudanças programadas para 2003 na reestruturação curricular do curso médico da IES, poderiam ser consideradas etapas para a interdisciplinaridade (FAZENDA, 2002a, p. 31). Sem a possibilidade dessa integração, que está sendo difícil de ser realizada na prática, não chegaríamos à interdisciplinaridade e não haveria a concretização do currículo prescrito pela IES, cujo objetivo é alcançar o perfil do profissional médico sugerido pelas diretrizes curriculares e tão desejado pela sociedade.

Embora a interdisciplinaridade não possa ser considerada uma panacéia que garantirá um ensino adequado, ou um saber unificado, uma formação interdisciplinar pode ser um meio de atingir um profissional mais adequado à sociedade, capaz de compreender e modificar o mundo. Sendo o homem o agente e paciente da realidade do mundo, torna-se necessário um conhecimento dessa realidade em seus múltiplos aspectos. Em comunicação pessoal à Ivani Catarina Arantes Fazenda (2002, p. 24), um dos maiores pesquisadores da interdisciplinaridade, Georges Gusdorf, afirma:

[...] a idéia da interdisciplinaridade é uma ameaça à autonomia dos especialistas, vítimas de uma restrição de seu campo mental. Eles não ousam suscitar questões estranhas à sua tecnologia particular e não lhes é agradável que outros interfiram em sua área de pesquisa. A interdisciplinaridade implica numa verdadeira conversão da inteligência [...]

É necessário que se dê atenção ao estágio em que se encontra o corpo docente em relação ao processo interdisciplinar e motivá-lo para que perceba a necessidade do diálogo e de integração, como estágio preliminar. Evidentemente, pode-se questionar

essa prática limitada como não constituindo interdisciplinaridade. No entanto, esses questionamentos não devem sustar os esforços em direção à integração, pois estaremos impedindo, em um momento futuro, alcançar estágios mais significativos de desenvolvimento da prática interdisciplinar.

Dessa forma, em vez de rotular uma experiência, identificando o que é ou não prática interdisciplinar, deve-se, antes e acima de tudo, compreender o que ela representa em relação à caminhada interdisciplinar que objetiva, em última instância:

- a realização do homem como pessoa, em todas as suas dimensões;
- a superação do individualismo, desesperança, desajustamentos, enfim, problemas existenciais oriundos de uma ótica fragmentadora;
- a integração política e social do homem em seu meio.

Esses objetivos iriam ao encontro das aspirações no que se refere ao perfil do profissional médico desejado pelas diretrizes curriculares.

Das modificações a serem realizadas a partir de 2003, constantes da Reestruturação Curricular da IES considerada oficial, a integração dos conteúdos entre as disciplinas de Morfologia (Anatomia, Histologia/Embriologia, Bioquímica) ainda está precária. A introdução de disciplinas eletivas está concretizada desde 2003. Inicialmente o número foi reduzido, porém atualmente (2005) são oferecidas 23 disciplinas eletivas para alunos de terceiro e quarto anos do curso.

A integração em bloco formalizada no Projeto de Reestruturação Curricular, das disciplinas de Moléstias Infecciosas, Microbiologia/Imunologia, Parasitologia e Saúde Coletiva, proposta para 2003, começou a esboçar um movimento de concretização, com a disciplina de Moléstias Infecciosas, ministrada no quarto ano, convidando as disciplinas do segundo ano já citadas (Microbiologia/Imunologia, Parasitologia e Saúde Coletiva) para participar das aulas. Apesar do início auspicioso, não houve a evolução para uma verdadeira integração, e a participação das disciplinas básicas foi interrompida.

O agrupamento das disciplinas em blocos, por afinidade de conteúdos, proposto para o quarto ano foi feito, embora, ao que se saiba, não haja uma verdadeira comunicação entre elas. As disciplinas foram agrupadas da seguinte maneira: Nefrologia e Urologia; Ortopedia e Reumatologia; Ginecologia e Obstetrícia; Oftalmologia e Otorrinolaringologia; Cardiologia, Cirurgia Torácica, Pneumologia e Cirurgia Vascular; Endocrinologia e Neurologia; Pediatria/Puericultura e Moléstias

Infeciosas.

O ciclo de Urgências Médicas está previsto, na reestruturação curricular, para funcionar no 5º ano (Internato).

O Ciclo Eletivo no sexto ano (Internato) está funcionando desde 2004, no final do ano (de 30/10 a 30/11), com duração de quatro semanas. Diversas especialidades oferecem estágio aos alunos, entre elas: Anestesiologia, Dermatologia, Cardiologia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Diagnóstico por Imagem e outras. Até mesmo Clínica Médica e Fundamentos de Cirurgia oferecem o treinamento em serviço nesse período.

O Ciclo eletivo se torna importante no sentido de que há a opção por uma especialidade para os alunos com maior inclinação e por uma delas. Mesmo que o currículo fosse realmente transformado para dar ao médico uma sólida formação geral, estaria aí uma boa alternativa para não haver cerceamento das inclinações dos alunos. Haveria, inclusive, aumento da qualidade do profissional formado, mesmo para o médico geral.

Apesar dos avanços visíveis, na IES ainda há dificuldades para a implementação prática de pontos importantes da Reestruturação Curricular com validade oficial. Os pontos mais polêmicos, a serem abordados no relato dos **episódios**, são as modificações visando à formação do médico geral ou com sólida formação geral.

3.4. Participação no PROMED: um incentivo às mudanças

Em 2002, houve a primeira iniciativa governamental diretamente relacionada com o estímulo ao processo de transformação das escolas médicas, através do PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – que teria como objetivo estimular, com repasses financeiros e acompanhamento técnico, os processos de mudança nas escolas selecionadas entre as interessadas. O governo federal, representado pela Secretaria de Políticas de Saúde e Secretaria de Educação Superior, dos Ministérios da Saúde e Educação, respectivamente, publicaram um Edital de Convocação (08/2002). Segundo Rego (2002, p. 80), nesse edital os Ministérios da Saúde e Educação indicaram o modelo de escola médica desejado: inserido no Sistema Único de Saúde, com ênfase na assistência básica e na promoção da saúde, utilizando

métodos de ensino que valorizem o estudante como sujeito de seu processo de aprendizagem e comprometido com a educação permanente.

Os membros do grupo pedagógico (GEDES) da IES elaboraram inicialmente um pré-projeto para análise, que foi aprovado pelos avaliadores. Posteriormente, os mesmos integrantes do GEDES, com a colaboração de alguns professores, elaboraram o projeto final, com o qual a IES candidatou-se a receber o financiamento dos Ministérios da Saúde e Educação. No documento, era prevista a inserção da Faculdade no Programa de Saúde da Família (nível de atendimento primário da política de saúde do governo). Houve somente 20 instituições classificadas, e a IES ficou em 23º, não obtendo seu objetivo, **embora a instituição mantivesse o compromisso formal de seguir com o projeto, mesmo sem financiamento, pois seria de grande interesse para a comunidade** (grifo nosso).

Os principais pontos do projeto enviado para participação do PROMED ampliavam sobremaneira a aproximação do currículo dos pontos enfatizados pelas diretrizes curriculares, tais como a inserção dos alunos de primeiro, segundo, terceiro e quarto anos no Programa de Saúde da Família, com graus crescentes da complexidade dessa participação: primeiro ano, atuação junto ao Agente Comunitário de Saúde; segundo ano, atuação junto ao Auxiliar de Enfermagem; terceiro ano, atuação junto ao Educador em Saúde; quarto ano, atuação junto ao Médico Generalista do Programa de Saúde da Família.

3.5. Alguns avanços conseguidos

A inserção precoce do aluno nos programas de Atendimento Primário à Saúde consta da Reestruturação Curricular enviada ao Conselho Estadual de Educação e aprovada no item que trata das principais mudanças programadas para os alunos de primeiro ano em 2003, no qual se lê: “[...] intensificação das atividades práticas em Centro de Saúde-Escola”. Embora a inserção não se dê de maneira precoce, a partir dos primeiros anos de curso, os alunos já realizam uma parte do Internato no Centro de Saúde-Escola, porém como parte do ciclo de Clínica Médica.

Houve a redistribuição da carga horária das disciplinas, constante do item 5.2 da Reestruturação Curricular da IES, que passaria a vigorar em 2001, começando pelo primeiro ano. Como conseqüência, foi aberto espaço para a criação de áreas verdes nos quatro primeiros anos do curso.

Concretizaram-se também a introdução de disciplinas eletivas e a criação de um espaço interdisciplinar denominado Integração Clínico-Morfo-Funcional, ambos no terceiro ano.

No Internato, no sexto ano, houve a criação do Ciclo Eletivo, porém a realização da integração das urgências nas disciplinas clínicas e cirúrgicas foi conseguida apenas em pequena parte (com a disciplina de Cardiologia), e as Urgências Médicas passam a funcionar como disciplina. A maioria dos outros pontos sugeridos ainda encontra dificuldades para serem implantados.

As mudanças relatadas até agora se referem ao período de 1988 até 2003, quando foi iniciada a presente pesquisa.

O processo tem mostrado sinais de relevantes avanços e tem sido conduzido de maneira democrática pelo Coordenador do Curso de Medicina. No entanto, ainda não ocorreu uma discussão mais aprofundada dos conteúdos relevantes a serem ministrados para aproximação às diretrizes curriculares: saberes necessários à formação do médico geral (ou generalista), com o perfil preconizado nessas diretrizes, que tenha como competências e habilidades específicas: “[...] diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano [...] tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças [...] ter visão do papel social do médico [...] atuar com ênfase nos atendimentos primário e secundário”. Os objetivos da formação de tal profissional seriam “[...] promover estilo de vida saudáveis [...] atuando como agente de transformação social” (BRASIL, MEC, 2001).

A introdução da disciplina Fundamentos da Prática Médica, no primeiro ano, para levar o aluno desde cedo a conhecer vários aspectos da relação médico-paciente, poderia ser considerada um avanço. Porém, como veremos na discussão dos **episódios**, o verdadeiro propósito dessa disciplina tem gerado muita polêmica entre os professores nas discussões sobre o currículo, realizadas semanalmente.

Como se viu, um aspecto relevante que ainda encontra dificuldades para se realizar é a integração entre as disciplinas. Sem isso, fica mais distante o avanço em direção à desejada interdisciplinaridade, com a inclusão dos conteúdos das ciências humanas permeando todas as disciplinas e com o objetivo de formar o médico com a visão holística do ser humano.

O processo de implementação da reestruturação curricular tem sido longo e, embora avance, o faz lentamente. Esporadicamente, há recuos importantes, o que motivou a realização desta pesquisa.

O interesse maior do trabalho aqui realizado seria o de desvelar, pela análise da observação do que acontece nessas reuniões, das falas dos professores durante esses encontros e na resposta a questões elaboradas com esse objetivo, quais os fatores que facilitam e os que dificultam o processo de mudanças, no sentido de dar uma contribuição, mesmo pequena, ao processo de transformar o perfil do profissional formado.

3.6. Projeto enviado pela Instituição para o Programa PRÓ-SAÚDE

Concluindo os itens referentes ao que consta nos documentos formais da Instituição sobre propostas de modificações no ensino médico, deve ser relatado que, em fins de 2005, quando da conclusão deste trabalho, foram enviados pela IES dois projetos com vistas à participação no PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005), novo programa de incentivos às transformações curriculares nas escolas de Medicina, de Enfermagem e de Odontologia, promovido pelo Ministério da Educação e o Ministério da Saúde.⁶³

O projeto enviado em nome do Curso de Medicina, construído “a muitas mãos”, contempla todos os itens do projeto da IES que participou do programa anterior, o PROMED (BRASIL, 2002). No entanto, foram feitos vários acréscimos e um detalhamento maior sobre como seriam implantadas as modificações curriculares, bem como onde e quando seria feita a inserção do aluno nas Unidades Básicas de Saúde e no Programa de Saúde da Família da região, agora fazendo parte do que foi denominado Rede-Escola.

O projeto enviado pela IES foi aprovado, no início de 2006, o que dá grande motivação a toda a comunidade acadêmica para continuar em seus esforços para aprimorar a formação do médico.

⁶³ O PRÓ-SAÚDE, Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde, foi lançado em 3 de novembro de 2005 por meio da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério de Educação e Cultura número 2101/2005. Visa incentivar ou manter processos de transformação curricular para a formação de recursos humanos que leve ao fortalecimento do SUS. O programa é apoiado pela OPAS e OMS.

CAPÍTULO IV

O PROCESSO DE MUDANÇA NO COTIDIANO DA ESCOLA OS EPISÓDIOS

As observações do que acontecia na escola, em relação às mudanças curriculares pretendidas, foram anotadas numa espécie de diário, principalmente a partir de 2003. Nos dois primeiros anos (2000 a 2002), os acontecimentos relatados a seguir foram cedidos por uma colega professora⁶⁴, integrante do núcleo pedagógico da IES – o GEDES.

Das anotações obtidas, foram selecionados pela pesquisadora apenas os fatos julgados relevantes para o processo de implantação das mudanças necessárias para aproximar o perfil do egresso da IES ao preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, MEC, 2001).

Os fatos considerados importantes, objetos deste capítulo, foram denominados de **episódios** pela autora. Para o relato, foi escolhida a ordem cronológica para facilitar o entendimento do processo transcorrido no cotidiano da IES.

4.1. O início das alterações curriculares (2000 a 2002)

A partir de 1998, os docentes que faziam parte do GEDES participaram das ações da Fase III do Projeto CINAEM, Transformação do Ensino Médico no Brasil, iniciando um trabalho exaustivo junto a professores e alunos, na tentativa de conseguir a adesão para as mudanças curriculares necessárias à mudança do perfil do profissional. O Projeto Consenso, referido no capítulo anterior, fez parte do conjunto de atividades realizadas pelos integrantes do Núcleo Pedagógico da IES.

Após a visita dos avaliadores externos do MEC, em março de 2000, como parte da Avaliação das Condições de Oferta do Curso de Medicina, a IES recebeu, em junho do mesmo ano, um relatório no qual eram enfatizados os pontos fortes e os fracos, tanto no que se refere ao corpo docente como na organização didático-pedagógica do curso médico.

Foram apontadas como pontos fortes dos docentes a experiência profissional,

⁶⁴ Prof^a. MSc. Márcia Rodrigues Garcia Tamosauskas, Mestre em Educação pela Universidade Metodista de São Paulo, de São Bernardo do Campo. Anotações das reuniões para modificação do currículo, de 2000 a 2002.

integração docente-assistencial e motivação. Quanto aos pontos fracos, foram relacionados a baixa carga horária de dedicação ao curso, número de dias por semana de atividade presencial do docente inferior a três dias, plano de carreira não contemplando progressão. O relatório recomendava a ampliação do regime de dedicação ao curso e a aprovação de um plano de progressão.

As recomendações referentes à organização didático-pedagógica do curso foram mais extensas, tendo sido inicialmente apontada no relatório dos avaliadores⁶⁵, a estrutura curricular com carga horária excessiva. As recomendações, porém, foram abrangentes, começando pela explicitação do perfil do profissional formado decorrente do projeto pedagógico, que deveria ter por base os objetivos universais da educação médica que constam da Declaração de Edimburgo, passando pela redução da carga horária curricular e a integração dos conteúdos disciplinares para evitar a repetição. Foram feitas sugestões de estratégias educacionais, como a incorporação de novas metodologias de ensino-aprendizagem que possibilitassem a interdisciplinaridade, estimulando o multiprofissionalismo, chegando até mesmo à proposta de criação da figura do coordenador de curso e instalação de uma política de aperfeiçoamento pedagógico dos docentes. Um ponto considerado relevante foi a recomendação à promoção de projetos de extensão na área assistencial e a pesquisa de base social e epidemiológica, sem o que não seria possível formar o profissional de acordo com a Declaração de Edimburgo (WFME, 1988). Para isso, o formado deveria ter capacidade de se comunicar, trabalhar em outros ambientes que não o hospital, ter capacidade de trabalhar em equipes multiprofissionais, prevenir as doenças, nos casos em que isso fosse possível.

Mesmo antes da oficialização das recomendações dos avaliadores do MEC, a diretoria da IES constituiu uma comissão de docentes para discutir as sugestões feitas pelos especialistas e foram iniciadas reuniões para o estudo e a implementação das mudanças sugeridas.

Essas reuniões contavam, no início, com a presença do Diretor da Faculdade e foram registradas por uma docente, membro do GEDES.

Dessa maneira, foi iniciado o processo de mudanças curriculares na IES na prática, com a colaboração e dedicação dos poucos membros do núcleo pedagógico da escola denominado Grupo de Estudos e Desenvolvimento da Educação em Saúde (GEDES). Não pouparam esforços para que os demais integrantes dessa comissão entendessem que

⁶⁵ Relatório do MEC/SESu/DEPES enviado em 27 de junho de 2000 através do Ofício-Circular no 75/2000-Gab/SESu/MEC.

a necessidade de mudanças curriculares atingia todas as escolas de medicina, formadoras de médicos pelo modelo flexneriano/cartesiano, não mais aceitável.

O modelo flexneriano que ainda prevalece, atinge a maioria dos profissionais formados, incluindo os egressos da IES, e representa a base científica do exercício profissional, segundo Ribeiro (in MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 41-43). O autor enfatiza não ser mais possível que se manifestem, no âmbito da saúde, os traços mecanicistas (o corpo como máquina), dualista (separação entre razão e emoção) e quantitativista da racionalidade moderna, reduzindo o homem a objeto e, como consequência, na substituição da doença por seus mecanismos fisiopatológicos. As disciplinas do ciclo básico e muitas do ciclo clínico dos currículos são reconhecidas como respondendo à lógica desse olhar.

A IES não foge à regra. O currículo ainda é formado de disciplinas básicas (dois primeiros anos) e clínicas (terceiro e quarto ano). O olhar médico, fragmentando o organismo, descontextualiza o paciente, ignorando as particularidades de sua realidade social e cultural, além de menosprezar a subjetividade. O currículo assim formatado se constitui num fator que dificulta enormemente a integração das disciplinas, passo necessário à interdisciplinaridade sugerida pelos avaliadores para a formação do médico com a visão holística do ser humano. A necessidade de mudanças era, então, premente.

Em maio de 2000, os membros do núcleo pedagógico da IES (GEDES) participantes dos congressos da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) relataram aos presentes à reunião curricular que o objetivo da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – era avaliar o ensino médico brasileiro, visando sua qualidade para atender às necessidades médico-sociais da população; além disso, deram esclarecimentos de como haviam sido implementadas suas diversas fases. O objetivo dessa explanação foi motivar os professores, mostrando que o movimento de transformação no ensino médico ocorria em todo país. Para a reunião seguinte, ficou acertado que se convidaria o Professor Eduardo Marcondes, da Faculdade de Medicina da USP, especialista em currículo médico, para falar sobre sua experiência nas mudanças curriculares empreendidas na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o que, infelizmente, não se concretizou.

A redução da carga horária, sugerida pelos avaliadores do MEC, levou o coordenador do curso de Medicina a solicitar que fossem convocados os professores do primeiro e segundo anos para discutir as alterações necessárias.

A autora, como professora do segundo ano, compareceu às reuniões seguintes para, com os outros professores de disciplinas dos dois primeiros anos, procederem à adequação da carga horária no sentido de reduzir o número de horas das disciplinas. É interessante notar que o consenso entre os docentes das disciplinas básicas, no que concerne à redução das cargas horárias das disciplinas, foi relativamente fácil de alcançar, não se verificando nenhum dos fatores constantes das hipóteses que dificultariam as mudanças.

Em agosto de 2000, nas reuniões curriculares foram discutidos os resultados do Projeto Consenso. A fragmentação do currículo é um dos empecilhos mais significativos à visão contextualizada, integral do ser humano por parte de professores e dos estudantes, futuros médicos. Segundo Lampert (2002, p. 23), a fragmentação do conhecimento em especialidades reflete-se na estrutura dos currículos dos cursos de graduação de Medicina, na forma de departamentos e disciplinas que pouco interagem. O estudante tende a se especializar muito precocemente, o que tem sido reforçado pelo avanço científico e tecnológico. Embora já exista uma conscientização da necessidade de transformação desse paradigma de formação do médico, essa transição não está sendo fácil e na IES não seria diferente.

A deficiência didática dos professores, relatada nessa consulta à comunidade acadêmica da IES, seria reflexo da formação do professor de Medicina que, em função dos critérios pelos quais é contratado, não tem motivação para se aprofundar nos tópicos da área de Educação. Na maioria das vezes, ao escolher um professor, as escolas médicas só têm em vista a qualidade de seu desempenho como profissional e como pesquisador. Fica implícito que a competência profissional ou acadêmica assegura a competência didática (BATISTA & SILVA, 1998, p. 46). Tanto nas escolas públicas como privadas, tem sido conferida uma valorização menor à função do ensino, particularmente na graduação, quando comparada à pesquisa. “Os critérios de progressão na carreira docente fundamentam-se muito mais na produção científica que no exercício da docência” (MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 33).

O núcleo pedagógico da IES, GEDES, patrocinou, no início de 2001, reuniões para sensibilizar os docentes no que concerne à sua capacitação, porém os resultados foram pífios pela pequena participação dos professores, apesar dos esforços dos organizadores. Como não existe a valorização da capacidade didático-pedagógica, os docentes não se sentem motivados a envolver-se com projetos que visem sua capacitação com vistas à melhoria do processo ensino-aprendizagem. Na opinião de Marcondes & Gonçalves (1998,

p. 33), os professores, na verdade, até mesmo evitam essa participação por entender que estariam se “desviando” de suas atividades de pesquisa, o que poderia diminuir sua produção científica e, por consequência, prejudicar sua carreira acadêmica (aspas nossas).

De acordo com os artigos 52 e 66 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (BRASIL, MEC, LDB, 1996), as instituições de ensino superior devem contar com um terço do corpo docente, pelo menos, com título acadêmico (art.52) e a capacitação docente far-se-á nos cursos de Mestrado e Doutorado (art. 66).

Um avanço para o aperfeiçoamento docente poderia ter sido a inclusão, determinada pelo MEC, das disciplinas de Pedagogia Médica e Didática Especial nos cursos de pós-graduação *stricto sensu* da área médica, que costumam ser essencialmente tecnicistas, super-especializantes. Não são apontados, no entanto, os conteúdos a serem desenvolvidos. Segundo Batista & Silva (2001, p. 59 e 63), a inserção e a organização dessas disciplinas são desafios e muitas vezes estão presentes apenas para cumprir a legislação, cuja tendência tecnicista reduz a disciplina ao domínio de recursos instrumentais para, supostamente, auxiliar o professor na condução do ensino.

Essa tentativa de penetrar nos padrões tradicionais de ensino acrescentando novas disciplinas de maneira acrítica, considerando que a simples inclusão de matérias curriculares trará subsídios importantes para as mudanças, sem a preparação adequada dos professores e alunos, é contestada por Giroux (1997, p. 51). Para esse autor, tais recomendações baseiam-se muito em modelos educacionais funcionais e estruturais da teoria curricular e falham em perceber a finalidade da educação nos aspectos sociais, além de seus resultados instrucionais explícitos. Esses são conceitos que podem ser aplicados a qualquer nível de escolarização, inclusive e principalmente no ensino superior profissionalizante.

A forma pouco eficiente da inclusão de disciplinas da área de Educação faz com que se perca uma grande oportunidade de introduzir o futuro professor de medicina no entendimento de aspectos filosóficos, sociais e ideológicos de sua prática, o que se refletiria na melhoria da formação de seus futuros alunos. Por outro lado, a falta de interesse demonstrada pela clientela dos cursos de pós-graduação por essas disciplinas, pela supervalorização já comentada da pesquisa “científica”, faz desanimar até os mais abnegados coordenadores!

No início de 2001, antes do envio da Reestruturação Curricular da IES para o Conselho Estadual de Educação, efetivado apenas em 2002, houve discussões nas reuniões

curriculares para que fosse criado um 5º ciclo no Internato. Este seria realizado no Centro de Saúde-Escola, além dos quatro já existentes, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica. A IES já entendia a importância da Atenção Primária à Saúde, posteriormente inserida como prioridade nas Diretrizes Curriculares, publicadas em novembro de 2001.

Em meados de 2001, a carga horária das disciplinas dos dois primeiros anos estava devidamente redistribuída e foi decidido que, em algumas disciplinas do segundo ano e em todas do terceiro ano haveria a divisão da turma em duas, A e B. Com isso, as disciplinas seriam ministradas a apenas 50 alunos, o que poderia facilitar o processo ensino/aprendizagem. A queda no número de alunos permitiria, além disso, a utilização de outro tipo de técnica pedagógica, diferente da aula magistral. Porém, sem a devida preparação dos professores, continua a ser muito raro outro tipo de aula na IES.

Outra decisão importante, desta vez no sentido de integrar as disciplinas, foi a sugestão de desmembramento da disciplina de Oncologia, cujo conteúdo deveria ser distribuído nas diferentes especialidades clínicas. Entretanto, não houve essa integração; apenas juntou-se Hematologia e Oncologia, ministradas no terceiro ano.

Em reunião realizada em junho de 2001, a professora membro do GEDES explicou como seria um currículo baseado em módulos, no qual as disciplinas afins seriam agrupadas por afinidades e seus conteúdos completamente integrados. Vários professores entenderam como funcionaria o sistema modular e sugeriram, nessa reunião, a criação de alguns módulos, como, por exemplo, um que contemplasse as moléstias infecciosas e parasitárias, outro que englobasse os sistemas Urológico e Renal. Apesar do entusiasmo demonstrado por essa idéia nessa época, até hoje não foi efetivado nenhum dos módulos integradores propostos.

Volta-se aqui à incapacidade da articulação do conhecimento como consequência da compartimentação dos saberes. Os desenvolvimentos disciplinares das ciências trouxeram as vantagens da divisão do trabalho, mas também grandes inconvenientes, como o da super-especialização, do confinamento e da desunião do saber. “Trouxeram consigo conhecimento e elucidação, mas também ignorância e cegueira” (MORIN, 2002, p. 15).

Profissionais das Ciências da Saúde têm, em geral, formação tecnicista, especializada, com grande dificuldade em perceber a importância da integração de saberes para compreender o todo. Assim, não há um empenho muito grande em promover a

integração, mesmo de disciplinas com grande afinidade de conteúdos.

Ainda em junho de 2001, novamente voltou-se a discutir a criação do quinto ciclo do Internato, a ser realizado na Unidade Básica de Saúde, mais especificamente no Centro de Saúde-Escola.

Houve manifestações contra esse ciclo, sob a argumentação que a IES já contava com vários hospitais e ambulatórios de especialidades; considerava-se melhor aumentar a carga horária dos alunos nesses locais. Alguns professores contra-argumentaram, defendendo o fato de que 80% dos problemas dos pacientes poderiam ser resolvidos por um clínico geral e não um especialista e que havia o uso desnecessário de tecnologia, principalmente pelos especialistas. Foi sugerido, então, um espaço de “Medicina Interna” com professores identificados com o perfil generalista, para que o aluno saísse da escola com a sensação de “ser médico” (aspas nossas).

A “não terminalidade” (aspas nossas) do curso foi um dos aspectos considerados pela CINAEM como problemáticos na formação do médico nos nossos dias. O trabalho da segunda fase do projeto da CINAEM, relatado no capítulo I, teve como conclusões: estrutura curricular que leva à formação ética e humanística deficiente e predominantemente tecnocêntrica; ensino centrado no professor; ênfase nas ações terciárias e voltada à super-especialização. Além disso, o curso oferecido, na maioria das escolas, não era terminal, ou seja, ao final o egresso não tinha as habilidades e competências exigidas pela profissão.

Como decorrência da necessidade de aproximação do egresso ao perfil das diretrizes, foi aumentada a carga horária do ciclo de Internato de Clínica Médica e, hoje ~~em dia~~ (2005/2006), o aluno realiza uma espécie de sub-ciclo de Clínica Médica no Centro de Saúde Escola da IES para aprimorar suas habilidades na Atenção Básica.

Na longa discussão sobre a criação do espaço de “Medicina Interna”, foi comentada a “fragilização” da Clínica Médica da IES, exercida no Centro de Saúde-Escola pelos professores da Propedêutica, cuja consequência seria o receio dos alunos quanto à qualidade das atividades do Internato no CSE (aspas nossas).

Na mesma reunião (junho de 2001), foram comentadas a forma imprópria de alguns alunos de quinto e sexto anos no trato com os professores e preceptores do Internato, bem como a displicência com as atividades do estágio e a falta de respeito à hierarquia. Presente a essa reunião, a pesquisadora começou a perceber que as reclamações dos professores e

preceptores do Internato em relação à conduta de alguns alunos, futuros médicos, eram freqüentes, inclusive nos comentários quanto à relação deles com os pacientes.

A constatação da deficiente formação ética e humanística prevista pelos resultados da CINAEM estava sendo percebida, pela fala dos professores, em alguns alunos da IES.

Foi nesse ponto das discussões que a pesquisadora, considerando-se co-responsável pela formação do médico da IES, passou a se interessar ainda mais por assuntos pertinentes ao currículo e à aproximação do profissional ao perfil das diretrizes curriculares. A necessidade de compreender melhor a influência do currículo na formação, a observação dos pontos de confluência e de resistência às mudanças que observava nas reuniões curriculares fizeram com que os objetivos da pesquisa começassem a tomar corpo. Era o fim do ano de 2001; em 2002, inscreveu-se como aluna especial na Pontifícia Universidade Católica e se candidatou ao Curso de Pós-graduação em Educação-Currículo.

A partir daí, embora ainda não estivesse anotando o que acontecia nas reuniões, pois os instrumentos de coleta de dados necessários à elaboração de uma pesquisa qualitativa ainda não eram conhecidos pela responsável por este trabalho, a pesquisadora começou a estar presente em praticamente todos esses encontros, para acompanhar como o processo de mudanças curriculares se desenvolvia.

Na reunião de currículo de setembro de 2001, membros do GEDES, que são professores de Parasitologia e Patologia, insistiram na explicação de como deveria funcionar o Módulo de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, que viria posteriormente a fazer parte do projeto oficial de Reestruturação Curricular (2002) enviado ao CEE. Apesar de já constar dos documentos enviados ao Conselho Estadual de Educação desde 2002, esse módulo não foi implantado.

No mês de novembro de 2001, foram sugeridos e indicados coordenadores de cada ano do curso médico. Nessa reunião, foi sugerido o bloco de Morfologia/Fisiologia, abrangendo várias disciplinas do 1º e 2º anos. A pesquisadora comentou que não via vantagens em um simples agrupamento das disciplinas e, sim, que deveria haver uma verdadeira integração. Embora o início tenha sido auspicioso, não houve seqüência à idéia.

Não se pode deixar de comentar aqui a influência do contrato de trabalho na IES como um fator limitante à implementação de uma verdadeira integração entre as disciplinas, que demandaria, além de um grande trabalho intelectual para elaborar o conteúdo a ser ministrado aos alunos, a presença dos docentes durante praticamente todos

os dias da semana. Silva (in BATISTA & BATISTA, 2004, p. 151) enfatiza que, nas instituições particulares, os docentes têm um vínculo trabalhista que considera apenas as atividades em sala de aula, ficando sem tempo para reuniões de planejamento. No caso da IES estudada, contudo, pode ser considerado promissor, para alterar esse quadro, o fato de a diretoria da IES realizar os concursos de ingresso para docentes estipulando como carga-horária mínima 20 horas semanais, com o objetivo de aumentar o compromisso do docente com a Instituição. Acrescente-se que, além disso, os docentes da IES exercem atividade intensa de assistência, nos ambulatórios e mesmo nos hospitais de ensino.

Na discussão dos dados da CINAEM sobre os professores de Medicina, ficam evidentes aspectos marcantes nos dilemas dos professores de medicina, pois, para alguns, a docência não se constitui numa profissão, mas apenas uma atividade complementar à profissão médica (MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 32). Nas instituições de ensino particulares, esse fato costuma ser ainda mais acentuado.

A publicação no **Diário Oficial da União**⁶⁶, em 9 de novembro de 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, apontando o perfil do profissional a ser formado pelos cursos médicos do país, deixou ainda mais premente acelerar os esforços para que as mudanças curriculares fossem realmente implementadas, uma vez que a legislação as tornava praticamente obrigatórias.

No início de 2002, começou-se a esboçar um Espaço Temático de integração, em que várias disciplinas se reuniram para apresentar temas de grande relevância em Medicina, no sentido de privilegiar as doenças prevalentes na população. Mais uma tentativa de aproximação ao médico geral. Como se verá, várias reuniões foram realizadas para discutir esse espaço, que até hoje não se concretizou.

Em abril de 2002, foi feita uma agenda das reuniões para tratar do currículo e o coordenador decidiu elaborar um cronograma, destinando cada encontro para uma série do curso, começando do primeiro ano, depois segundo ano e assim sucessivamente. O coordenador enfatizou que as reuniões seriam abertas para todos os professores, mas a maioria se sentiu desobrigada a comparecer quando a discussão não abrangesse sua própria disciplina. Como conseqüência, a visão do currículo como um todo, tendo como objetivo a

⁶⁶ BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

formação de um tipo de profissional, ficou bastante prejudicada. Mas isso seria de se esperar, uma vez que a noção de currículo com ~~tende~~ uma intencionalidade, ou seja, ~~tende~~ com o objetivo de formar um profissional com determinado perfil, não é clara para a grande maioria dos professores de outras áreas, fora da Educação. Por mais de 20 anos, a pesquisadora também não tinha a menor idéia das concepções que deveriam fundamentar a elaboração de um currículo de formação profissional.

4.2. Em busca das respostas para o problema central da pesquisa (2002-2003)

A leitura e a interpretação do perfil do profissional a ser formado, segundo as diretrizes curriculares, que demorou certo tempo, aguçaram na pesquisadora a capacidade de observar como o processo rumo às modificações necessárias à formação do chamado médico generalista – ou geral – se desenrolava no cotidiano da IES.

As características explicitadas nas diretrizes quanto ao profissional formado faziam ver que a maioria das alterações propostas, como a realização de parte do Internato no Centro de Saúde-Escola, a integração de disciplinas, a sugestão da criação dos espaços integradores para discussão de grandes temas, iria ao encontro dessa formação.

O lançamento do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED – pelo Governo Federal, representado pelos Ministérios da Educação e Saúde, fez com que o Diretor da Faculdade constituísse, na reunião curricular de 26 de agosto de 2002, uma comissão para elaborar o projeto.

Inicialmente foi feito um pré-projeto, pelos membros do GEDES, enviado e pré-classificado pelos avaliadores para a fase final. A elaboração do projeto completo foi realizada em algumas reuniões, em setembro de 2002. Nesse documento, havia a determinação de inserir os alunos, desde o primeiro ano, no Programa de Saúde da Família, conforme relatado no capítulo anterior, o que aproximaria o currículo das diretrizes curriculares.

Como já comentado, apesar de não ter sido classificada, a IES comprometeu-se a realizar as mudanças constantes do projeto, o que deveria se traduzir no aumento de velocidade das mudanças.

Pondo-se à mostra as contradições internas, ao mesmo tempo em que se tentava a integração das disciplinas, era proposta nas reuniões curriculares e da Congregação da

Faculdade, a criação de novas disciplinas, que contribuiriam para aumentar ainda a fragmentação do currículo detectada em 1998, no Projeto Consenso da IES. Em fevereiro de 2002, foi solicitada a criação da disciplina de Biologia Molecular, sob a alegação de que essa disciplina já existia na Escola Paulista de Medicina e na Faculdade de Medicina da USP.

Não especificada na Reestruturação Curricular da IES, ou seja, não constando dos documentos oficiais, foi concretizado um espaço interdisciplinar, a **Integração Clínico-Morfo-Funcional**, que acontece desde 2003, uma vez por semana e com duração de quatro horas, no terceiro ano do curso (grifo nosso). Esse espaço foi proposto por iniciativa de alguns docentes responsáveis por cadeiras básicas, entre os quais se inclui a pesquisadora.

No 41º Congresso Brasileiro de Educação Médica, Tamosauskas (2004, p. 204) apresentou a experiência cujo objetivo é sensibilizar os alunos para a importância e pertinência dos conteúdos, além de servir para o desenvolvimento do raciocínio clínico. Os alunos são divididos em dez grupos de cinco alunos e os professores mantêm reuniões semanais para planejamento e avaliação das atividades, estruturadas a partir de casos clínicos, geralmente reais.

Como temas, são escolhidas enfermidades prevalentes na população, pertinentes à formação do médico geral, perfil sugerido pelas diretrizes curriculares. Os alunos são apresentados ao caso clínico, inicialmente pela anamnese e o exame físico, acrescidos de algumas questões, como, por exemplo: quais as hipóteses diagnósticas mais prováveis? Que dados levam a essa hipótese? O caso é então discutido por professores e alunos, há a complementação do caso no que se refere a exames subsidiários, fisiopatologia, etiologia, epidemiologia, prevenção e tratamento.

Em todos esses encontros, é feita uma avaliação por parte dos alunos que revelou, até o momento, “[...] ser esse um espaço privilegiado de trocas e aprendizagem” (TAMOSSAUSKAS, 2004, p. 204).

As disciplinas que participam são: Bioquímica, Fisiologia, Farmacologia, Saúde Coletiva, Microbiologia/Imunologia, Patologia Geral, Parasitologia e Propedêutica Clínica e Cirúrgica. Eventualmente, participam também alguma disciplina de especialidade médica, quando pertinente, e profissionais da Vigilância Epidemiológica para mostrar a relevância epidemiológica da doença em questão.

Os desdobramentos do caso são amplamente discutidos por professores e alunos,

numa espécie de estudo-dirigido. A racionalização do pedido desses exames também é enfatizada. Como os casos clínicos são baseados em fatos, muitas vezes são apontados os excessos cometidos nos pedidos de exames e o significado disso em custo-benefício, tanto para os pacientes como para o serviço público, quando for o caso.

Tanto no conteúdo como na abordagem, é evidente a aproximação desse espaço multidisciplinar com as orientações das diretrizes curriculares.

Em junho de 2003, na reunião curricular para tratar de disciplinas eletivas, começaram as propostas dos temas a serem abordados nesse espaço reservado no terceiro e quarto anos do curso médico. O coordenador das disciplinas eletivas expôs a importância de um contato precoce do aluno com pacientes, no sentido da melhoria da futura relação do médico com seus pacientes, e da preferência em assuntos multidisciplinares para as eletivas. Há disciplinas eletivas que seguem esses pressupostos, porém algumas não o fazem.

Ainda em junho de 2003, voltou a proposta dos grandes temas na forma de Semana Temática, que trataria de assuntos não necessariamente médicos, constituindo uma oportunidade de abordar aspectos não tecnicistas; ao contrário, a idéia prevalente era abordar assuntos de outras áreas do saber que ampliassem a visão de mundo, social, histórica, antropológica dos alunos. Porém, não se encontrou “espaço” na grade horária e, lamentavelmente, não foi criada até hoje essa Semana Temática.

Os docentes do núcleo pedagógico – GEDES – aproveitaram essa reunião para explicar o que era esse núcleo pedagógico e quais os objetivos. Embora criado em 1999, havia professores que ainda não sabiam de sua existência.

Em reunião de agosto de 2003, foi feito um retrospecto do processo de mudanças curriculares, tendo sido mostradas todas as modificações ocorridas. É importante comentar que vários docentes não tinham conhecimento do teor das diretrizes curriculares, embora as reuniões fossem realizadas de maneira democrática e com ampla discussão pelos presentes. Apesar dos esforços dos coordenadores, não se conhecia a legislação e não eram aprofundadas as discussões a respeito do embasamento teórico subjacente à elaboração das diretrizes curriculares.

Nas reuniões subseqüentes do Internato, continuavam a ser discutidos a conduta e os problemas de relacionamento de alguns alunos da IES. Os integrantes do GEDES continuavam no seu esforço de conscientização dos professores no sentido de que ocorressem as mudanças curriculares que contemplassem as diretrizes e o projeto enviado pela Instituição ao PROMED. Nessa época, ainda não havia a valorização de assuntos

relevantes à formação docente, e os componentes do núcleo pedagógico até sentiam má vontade por parte de alguns docentes presentes, que diziam que os membros do GEDES estavam “filosofando” (*sic*). Felizmente, ao longo do tempo houve grande avanço nesse aspecto.

4.3. O esforço rumo à formação do médico geral (2004-2006)

Em 19 de abril de 2004, nas discussões a respeito das disciplinas eletivas, o coordenador continuava a insistir no que chamava de interdisciplinaridade, para enriquecimento e ampliação da visão do futuro médico. Enfatizava também as dificuldades decorrentes da não disponibilidade de os docentes permanecerem mais tempo na escola para participar dessas atividades. Pela percepção da pesquisadora, havia dois aspectos a serem levados em conta: um deles seria o contrato de trabalho dos docentes; o outro, o não entendimento, por parte dos professores, da importância da integração entre diferentes áreas do saber no aperfeiçoamento da formação do médico.

O Relatório Geral da CINAEM⁶⁷ já chamava a atenção para a necessidade de “discussão da especificidade da docência médica em seus aspectos de formação, regime de trabalho e inserção nas atividades do curso de graduação” para se conseguir a transformação das práticas de ensino e avaliação na educação médica (MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 32).

Em 26 de abril de 2004, os docentes presentes à reunião curricular foram esclarecidos quanto à necessidade legal de todo curso superior ter um projeto pedagógico e quanto aos itens que o comporiam. Foi ressaltado que o perfil do profissional a ser formado, ou seja, a intencionalidade do currículo seria o ponto primordial, pois praticamente todos os outros seriam decorrência dele. Os professores, em sua maioria, não tinham conhecimento de que era imprescindível que se tivesse o projeto pedagógico do curso, como já enfatizado anteriormente; muitos consideravam que a grade horária seria suficiente. Como consequência da visão estreita de currículo, comum aos docentes de outras áreas, entre as quais a pesquisadora ~~autora~~ se inclui, percebia-se que os docentes não enxergavam motivos para comparecer às reuniões em que não fossem tratados assuntos relativos à série em que sua disciplina estava inserida. Do mesmo modo, não

⁶⁷ CINAEM – Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Relatório do Modelo pedagógico. 1997. Cópia xérox.

consideravam relevante a integração com disciplinas de anos anteriores e posteriores, o que acaba por prejudicar sensivelmente o aprendizado dos alunos, pois se contrapõe ao conceito da construção do conhecimento de Piaget (1979). A maioria dos docentes da área da saúde, não formada para a docência, desconhece as teorias de ensino/aprendizagem, e se limita à **transmissão** do conhecimento que seria **absorvido** pelos alunos (grifo nosso). Esse aspecto dificultaria o aprendizado, pois, como sempre diz Myrtes Alonso, professora da área de Educação da PUC⁶⁸: “[...] ninguém aprende o que não faz sentido”.

Por outro lado, Severino & Fazenda (2002, p. 95) comentam outro aspecto que, de certa forma, explicaria o comportamento dos professores. Diz respeito ao fato de o professor iniciante à docência adotar modelos presentes na sua formação e no seu ambiente de trabalho, com uma tendência a solucionar as situações problemáticas por meio da observação e imitação dos profissionais próximos a eles. Entende-se com isso que a atuação do professor, é determinada, em grande parte, por um hábito, uma forma de proceder pouco consciente, o que se torna motivo de preocupação. O hábito pode determinar, nos professores, atuações contrárias a seus reais e relevantes propósitos. Essa prática improvisada pode ser justificada, pelo professor, como "algo que deu certo" (aspas dos autores).

Em 3 de maio de 2004, Na reunião curricular do primeiro ano, houve um esforço do coordenador de ano no sentido de integrar as disciplinas, num período que denominou de “Semana de Integração do Primeiro Ano”. O professor responsável pela coordenação do primeiro ano do curso é extremamente ativo, porém encontra dificuldades para que os professores das disciplinas integrem conteúdos. Apesar disso, algumas conversas foram concretizadas nesse sentido.

As dificuldades de integração entre docentes do curso médico fazem a pesquisadora lembrar as palavras de Kolb (1984, p. 209), quando afirma que os desafios ao desenvolvimento integrativo são grandes e nem toda pessoa tem sucesso em encontrá-lo, não importando quão inteligente ou altamente especializada na sua profissão a pessoa seja. O autor comenta que Charles Darwin, em sua autobiografia, relata sua perda de gosto pela literatura, música e artes em geral, suspeitando que essa perda estivesse relacionada, de alguma maneira, à sua especialização. Os professores do curso tanto de disciplinas básicas como profissionalizantes são, geralmente, especialistas em alguma área do saber.

Por outro lado, vale a pena comentar neste ponto a rotina com a qual os docentes

⁶⁸ Comunicação verbal em sala de aula, durante o desenvolvimento do Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação (Currículo) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.

estão acostumados. O ser humano normalmente executa suas atividades diárias automaticamente, não buscando o diferente, o novo, o desconhecido, que não lhe daria garantias. O professor não reflete, a todo o momento, sobre suas ações, sobretudo o especialista, como já exaustivamente comentado.

A discussão sobre a inclusão no 4º ano do curso da disciplina de Medicina de Urgência (aprovada em reunião da Congregação em 2001) gerou uma discussão na reunião de maio de 2004. Os professores argumentavam que já havia 15 disciplinas e que estava difícil ceder espaço para mais uma. Foi sugerido que essa disciplina permeasse as clínicas, porém alguns docentes não conseguiam entender que seria uma integração e não redução de carga horária para ceder espaço. Apenas a Cardiologia permitiu a inserção da Medicina de Urgência, em 2005. Para o ano de 2006, já consta da grade horária a disciplina de Fundamentos de Emergência no terceiro ano, como uma disciplina, não integrada. No quarto ano, a Medicina de Urgência será ministrada também como uma disciplina, fazendo parte do bloco das disciplinas de Cardiologia, Cirurgia Torácica, Pneumologia e Cirurgia Vascular. Neste caso, perdeu-se a oportunidade de uma verdadeira integração.

Em todo caso, a simples inserção desses conteúdos no currículo, mesmo sob a forma de uma disciplina, pode ser considerada um avanço, embora a integração com a clínica fosse considerada melhor para o aprendizado dos alunos.

Poderiam ser consideradas como parte da formação do médico geral as competências e habilidades para atuar em Urgências, Emergências, Pronto Atendimento e Pronto-Socorro. Aqui se incluem Atendimento Pré-Hospitalar, Suporte Básico de Vida (*BLS – Basic Life Support* e *BTLS – Basic Trauma Life Support*, ou seja, suporte básico de vida ligado ou não ao trauma), bem como para procedimentos cirúrgicos simples, que não envolvam anestesia geral (quando haveria necessidade do Anestesista). Não se pode esquecer que, muitas vezes, o primeiro emprego do recém-formado é no Pronto-Socorro de algum hospital.

Nesse mesmo dia, ficou acertada a divisão de horário, no mesmo período, entre Moléstias Infecciosas e Pediatria, com possibilidade de uma integração efetiva, uma vez que uma das docentes da disciplina de Pediatria fez seu doutorado em Educação Médica (REATO, 1999).⁶⁹ Mais um pequeno avanço no processo.

⁶⁹ Lygia de Fátima Nóbrega Reato elaborou tese de doutoramento denominada **Avaliação do ensino de Medicina do Adolescente no Quinto Ano do Curso de Graduação**, defendida na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1999. A pesquisa, realizada junto aos alunos do quinto ano

O Internato foi avaliado pelos alunos, e os resultados relatados na reunião de 24 de maio de 2004. A pesquisadora considera esse dia memorável, uma vez que o coordenador do Internato, professor do Departamento de Clínica Cirúrgica, defendeu que fossem abordadas apenas as cirurgias mais freqüentes no Internato, ou seja, defendeu claramente a formação do médico Cirurgião Geral, argumentando muito bem e fazendo ver a necessidade de se dar uma guinada nessa direção. Todos os professores acataram esse ponto de vista. Após vários anos de discussão, estava se desenvolvendo nos docentes a conscientização da necessidade de formar o profissional com as características preconizadas pelas diretrizes curriculares. O fato de um de seus pares, conceituado por todos, cirurgião, defender enfaticamente a formação geral do médico, foi de fundamental importância para a reflexão, com a conseqüente conscientização da maioria dos professores presentes a essa reunião.

A partir desse dia o nível das discussões, conduzidas de maneira bastante democrática pelo coordenador do curso, aparentemente galgou um patamar, pois foi percebido um avanço maior na conscientização dos docentes para as mudanças.

Na reunião do 3º ano, de junho de 2004, surgiu uma discussão sobre a utilização de animais para fins didáticos. Alguns docentes alegaram que esse uso poderia ser prejudicial à humanização do estudante. Houve uma discussão acalorada e o apoio de alguns professores de disciplinas clínicas à não utilização de animais na graduação. Um deles chegou a dizer que, se quiséssemos humanizar o médico “[...] precisaríamos acabar com isso [...]”, pois seria, segundo ele, “[...] imoral e ilegal”. Outro professor alegou que, “[...] se para o aluno aprender precisasse ver tudo ao vivo, eu precisaria provocar uma queimadura ou parada cardíaca para demonstrar”.

A discussão sobre o mesmo assunto ocorreu alguns dias depois, em reunião da Congregação; alguns professores de disciplinas básicas tiveram forte reação a favor do uso de animais. O senso comum de uma parte desses docentes, excelentes pesquisadores, considera “natural” a utilização dos animais, não percebendo os fundamentos filosóficos embutidos nessa atitude e a possível influência na futura relação médico-paciente (aspas nossas). Enfatiza-se aqui que a pesquisadora não é contra o uso de animais em pesquisa, **desde que não haja métodos alternativos**; considera, porém, o uso para fins didáticos, injustificável (grifo nosso).

do Curso de Medicina (Internato) da mesma Instituição de Ensino Superior deste trabalho, apresenta, em seus comentários finais, resultados positivos em relação aos conceitos fundamentais dos alunos, necessários aos profissionais que militam na área de medicina do adolescente, o que é animador.

Na mesma reunião de currículo de junho de 2004, foi sugerido pelo professor de cirurgia o aumento da carga horária de cirurgia geral para formar o generalista (este ainda era o termo mais utilizado nas reuniões). A docente do núcleo pedagógico relatou os assuntos de cirurgia geral que poderiam ser abordados.

Na reunião seguinte, quando se discutiria o Internato, um docente de Clínica Médica, participante assíduo das reuniões, insistiu para que fosse feita a relação das patologias prevalentes para objetivar e dar um impulso maior às mudanças. Alguns professores de especialidades concordaram, mas disseram que essas disciplinas não poderiam ser retiradas do currículo de graduação. Houve uma longa discussão, alguns dizendo que já tratavam das doenças prevalentes nas suas aulas, embora a representante dos alunos citasse uma disciplina que abordava várias doenças raras. Acrescentou que os próprios alunos reclamavam, mas os professores de algumas especialidades médicas “[...] não conseguiam ter bom-senso”. Foi notado que os docentes das disciplinas citadas pelos alunos não costumavam comparecer às reuniões. Essa não participação de algumas disciplinas nas reuniões seria, na opinião da pesquisadora, determinante para dificultar o processo. Só há avanço com conscientização e reflexão propiciadas pelas discussões que ocorrem nas reuniões. Só estimulados por seus próprios pares, os professores passam a refletir sobre sua missão (MORIN, 2002a, p. 101).

O docente de Clínica Médica insistiu que os alunos da IES não sabiam os conteúdos da sua disciplina e se saíam pior nos Exames de Residência quando as provas apresentavam questões dessa área.

Ficou decidido que uma docente da Clínica Médica elaboraria uma proposta de Internato com a prevalência das doenças na comunidade, como base da carga horária dos diferentes ciclos. Explicou que o clínico geral deveria resolver cerca de 80% dos casos que chegam às suas mãos, pois geralmente são de doenças prevalentes.

Mostrando sintonia com o que estava acontecendo, um docente participante enfatizou que a primeira pergunta a ser feita era: “Que tipo de médico queremos formar?”. A integrante do GEDES aproveitou para explicar que, quando se faz um Projeto Pedagógico, deve-se, antes de tudo, definir o perfil de profissional que se quer formar e, a partir daí, definir quais os conteúdos mínimos de cada assunto a serem abordados para a formação do profissional com esse perfil. Essa reunião foi muito importante para ampliar os conhecimentos dos docentes no que se refere à intencionalidade de um currículo.

O coordenador considerou que cada faculdade deveria ter o seu modelo, de acordo com seus recursos e seus alunos, encerrando a reunião com a sugestão de que fosse feita a

Proposta de Internato, para ser levada à reunião da Congregação, a ser discutida e aprovada, se fosse o caso.

As reuniões subseqüentes apresentaram certo avanço como decorrência das discussões anteriores. Foram abordados vários temas: não repetição de conteúdos, integração de disciplinas e, até mesmo, sugestões de que essa integração ocorresse desde o primeiro ano, numa espécie de integração vertical de conteúdos, segundo Batista & Batista (2004, p. 145). O assunto Grandes Temas em Medicina, que já haviam sido sugeridos anteriormente com o nome de Semanas Temáticas, voltaram à baila, porém sem concretização.

Nessa altura, as reuniões para tratar do Internato ocorriam a cada 15 dias. Essa decisão foi tomada pelo Coordenador do Curso, por considerar de fundamental importância adequar o treinamento em serviço para melhorar a formação geral, uma vez que havia muitas reclamações sobre o internato, o que foi relatado anteriormente.

Em agosto de 2004, numa reunião em que se considerava que haveria um grande avanço na redistribuição da carga horária do Internato, muitos professores que não costumavam comparecer estavam presentes, e não houve avanços pela resistência que alguns demonstraram em diminuir carga horária de suas atividades no Internato para aumentar a Clínica Médica. Esses fatos fazem lembrar Morin (2002b, p. 25), quando diz que o paradigma inscrito culturalmente nos indivíduos “[...] faz a seleção e a determinação da conceptualização e das operações lógicas”. As pessoas conhecem, pensam e agem segundo esses paradigmas. Na medida em que o paradigma de formação do médico foi introjetado naqueles formados segundo seus preceitos, mudar exigiria uma superação difícil.

A redução da carga horária é lida, por alguns professores, como perda de poder e prestígio dentro da Instituição, embora muitas vezes não conscientemente, e constitui-se num dos fatores de oposição a mudanças mais importantes encontrados nas escolas médicas.

Nas reuniões seguintes, um professor de Cirurgia, bastante conceituado pelos seus pares, novamente reforçou a tese da necessidade de mudanças, ao defender que as disciplinas cirúrgicas se restringissem a focar aspectos da Cirurgia Geral, tanto na teoria como na prática, principalmente no Internato.

Até fins de 2004, nas reuniões subseqüentes, continuaram as discussões, com avanços e recuos constantes, embora o processo não ficasse paralisado como um todo. Alguns pontos interessantes foram nelas abordados: professores solicitando que se

convidassem Pedagogos para explicar os fundamentos epistemológicos da construção de currículos, sugerindo que a resistência a assuntos da Pedagogia havia diminuído; sugestão de uma disciplina de integração denominada de Atenção Básica, cujos conteúdos seriam ministrados ao longo do curso; insistência na construção da relação das doenças prevalentes e discussões acaloradas decorrentes da proposta de redução da carga horária das especialidades, que levaram um docente a perder a paciência e dizer que o problema era de poder, pois ninguém queria perder carga horária. O coordenador apaziguou os ânimos e explicou que o processo era lento, ressaltando que os coordenadores de ano estavam realizando um excelente trabalho, atitude essa que promoveu a continuidade do processo.

Esses acontecimentos lembram Sacristán & Gómez (1998, p. 19), quando afirma que na escola, como em qualquer instituição social marcada por contradições e interesses em confronto, existem espaços de relativa autonomia que podem ser utilizados para desequilibrar o *status quo*. Assim, os processos acontecem sempre por meio de um complicado e ativo movimento de negociação em que as reações e resistências de professores (e alunos) como indivíduos ou como grupos podem alterar as tendências reprodutoras da instituição escolar.

Apresentada na reunião de currículo, a lista com as doenças prevalentes foi elaborada por uma docente de Clínica Médica ainda em 2004, para servir como um guia aos professores das especialidades médicas, no sentido de privilegiar essas enfermidades.

Na última reunião de 2004, para tratar da Avaliação, um docente especialmente afeito a aspectos sociais da Medicina, por ser Sanitarista, logo no início desafiou os presentes sugerindo que o eixo da avaliação deveria ser a interdisciplinaridade e todos deveriam se perguntar: melhorou ou não a avaliação? O currículo prescrito, constante nos documentos da Faculdade enviados ao Conselho Estadual de Educação, cujo eixo é a interdisciplinaridade, estaria se implantando ou não?

Dessa reunião saiu uma missão para todos os professores no ano seguinte (2005): trabalhar a articulação entre as disciplinas e mesmo entre os diferentes cursos da Instituição.

Na primeira reunião de 2005 para discutir o segundo ano, em janeiro, vários professores estavam presentes. Percebia-se uma grande motivação para integrar disciplinas, tendo sido sugeridas: integração entre a Neurologia e a Propedêutica Clínica, Patologia com Fisiologia, Fisiologia com Farmacologia. Esse foi considerado pelos presentes um “exercício de integração”, e o coordenador aproveitou a oportunidade para

reafirmar os objetivos das reuniões, do currículo nuclear e também para solicitar que os professores comparecessem a todas as reuniões, não apenas aquela referente ao ano em que sua disciplina ocorria, pois a visão do currículo como um todo era muito importante para os professores entendessem o que se pretendia, no que foi apoiado pela docente de Propedêutica Clínica.

Em fevereiro, houve novamente uma situação propícia ao debate, pois compareceram à reunião do Internato docentes defensores das especialidades; houve uma discussão bastante interessante, tendo o Coordenador do Internato contra-argumentado de forma coerente, propiciando que a proposta de formação do médico geral ganhasse adeptos entre os presentes.

Foram apresentadas algumas deficiências no processo ensino-aprendizagem nos ambulatórios e nos pronto-socorros, mas não nas enfermarias, nas quais sempre havia preceptores ou professores para orientar os alunos. A síntese dessa reunião pode ser resumida em: ênfase no generalista; adequação dos ambulatórios e pronto-socorros. Um processo de aperfeiçoamento das condições de ensino do Internato estava sendo construído. A concretização desse processo, pelo empenho dos docentes envolvidos, apresentava grandes possibilidades de ser bem sucedida.

Houve a sugestão, por um membro do núcleo pedagógico (GEDES), de que o aluno acompanhasse o paciente desde sua entrada para o atendimento até quando fosse liberado; se fosse necessário o encaminhamento para as especialidades, o aluno teria, então, a oportunidade de observar como o especialista trabalha, tendo a visão do processo de assistência médica ampliada.

No início de 2005, professores que anteriormente se opunham a muitas das propostas de transformação curricular passaram a aderir a elas; mesmo quando ainda expressavam certa dúvida, afirmavam que caminhariam na direção escolhida pela maioria, demonstrando o que se poderia chamar de “espírito democrático” (aspas nossas). Não deixa de ser um fator importante para que o processo não fique estagnado.

Em março de 2005, o Coordenador de Internato fez uma exposição de como funcionava o Internato na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, afirmando que “saltava aos olhos” a distribuição da carga horária, que naquela instituição contemplava a Clínica Médica com uma maior carga horária bem maior se comparada à IES. Essa estratégia foi interessante, uma vez que a FMUSP é considerada modelo de excelência e motivaria os professores a refletir sobre a necessidade de aumentar o tempo do Internato em Clínica Médica, muito mais curto na IES. Um docente formado pela USP,

presente à reunião, enfatizou que naquela faculdade não há ciclos inferiores a quatro semanas, para favorecer o aprendizado e poder acompanhar o aluno. O comentário de uma docente, que já havia sido Coordenadora do Internato da IES, foi: “na nossa Instituição há ciclos de 14 dias!”, o que considerava ser insuficiente para o aprendizado.

O processo de conscientização da necessidade de mudanças parecia caminhar, nessa altura. Para todos os presentes, ficou clara a necessidade de a Clínica Médica ser a maior contemplada com aumento de carga horária para possibilitar a formação do Clínico Geral; além disso, deveriam ser criadas condições para que houvesse a concretização dessa mudança na prática, como a alocação de maior número de preceptores/professores para atender os alunos.

Outro episódio relevante aconteceu em abril de 2005, com o Coordenador de Internato afirmando a necessidade premente de se concretizar as já discutidas alterações no Internato e que isso só poderia ser feito de maneira radical. O Coordenador do Curso ponderou que qualquer processo de mudanças é lento e envolve a conscientização das pessoas. Acrescentou que a Clínica Médica, maior interessada nas mudanças, deveria apresentar uma proposta atraente para os alunos. Considerou, ainda, natural que os professores com carga horária diminuída lutassem para que isso não ocorresse.

Nessa mesma reunião, a docente de Pediatria sugeriu que houvesse um ciclo completo de Medicina de Urgência no Internato, passando pelas Urgências em Pediatria, Clínica Médica, etc. A maioria achou a proposta interessante, e o coordenador do Internato corroborou a opinião da professora, ressaltando que o Pronto-Socorro é, em geral, o primeiro emprego dos egressos, sendo necessário que ele esteja bem preparado. O representante dos alunos elogiou a passagem pelos pronto-socorros dos hospitais de São Caetano, considerados bons pelos alunos.

Uma professora ponderou que o foco deveria ser o Internato, uma vez que a Instituição deve formar médicos que saiam do 6º ano “profissionalizados” (termo por ela utilizado), com habilidades (saber-fazer) para exercer a profissão. Comentou o erro que se comete ao permitir que o aluno deixe suas atividades no Internato de lado para se preparar para o Exame de Residência.

Desse episódio, percebe-se que os docentes têm clareza de dois problemas que persistem quando o assunto é o curso médico: a não terminalidade do curso e a especialização precoce do aluno.

No mês de abril, o Coordenador de Internato expressou as enormes dificuldades que encontrava para aumentar a carga horária do Ciclo de Clínica Médica pela resistência dos

docentes das especialidades médicas a ceder carga horária. Na opinião dele, o processo ainda não estaria “maduro” (palavra utilizada por ele). Aproveitando a oportunidade, um professor de especialidade médica afirmou que os alunos deveriam aprender a tratar mesmo as doenças comuns com os especialistas, pois, na opinião dele, os alunos assim o desejavam. Discordando dessa opinião, outra docente, também especialista, disse que não era o aluno quem deveria decidir, pois o fazia emocionalmente, baseado no imediatismo e não nas prioridades de um currículo médico. Continuou afirmando que era necessário decidir as prioridades e fazer com que o Internato fosse bom nessas prioridades; que o hospital era um mal necessário e que o médico deveria, antes de tudo, prevenir as doenças. Sugeriu um aprofundamento no conceito de Saúde de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

Nesse ponto, a representante do GEDES aproveitou a oportunidade para lembrar a todos o que constava no projeto enviado ao PROMED, como a participação dos alunos no Programa de Saúde da Família. Muitos reclamaram no sentido de que se parasse de apenas discutir e se concretizasse esses projetos. A discussão foi bastante produtiva, pois vários docentes apoiaram montar o Internato baseado nas Diretrizes Curriculares, incluindo atividades no Centro de Saúde Escola, tendo sido solicitado à integrante do núcleo pedagógico (GEDES) que trouxesse o Projeto do PROMED e a Reestruturação Curricular da IES, que seria o documento oficial aprovado pelo Conselho Estadual de Educação, para serem objeto de discussão na reunião seguinte.

Em maio de 2005, foi feita a apresentação sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais e o PROMED. O Diretor da Faculdade também esteve na reunião de currículo, falando aos professores presentes da importância de se reativar a proposta constante do projeto enviado pela IES ao PROMED. O empenho da direção em apoiar as mudanças era evidente.

O Coordenador do Curso deu sua visão de que a concretização das mudanças poderia ser considerada a terceira fase de um processo de longo prazo; considerava as mudanças realizadas até aquele momento ainda pouco profundas, dando como um dos fatores que poderiam estar retardando o processo o fato de a maioria ser especialista e não ter habilidades em atenção primária. Fez até uma pergunta corajosa: “[...] se a Faculdade somos nós, como faremos algo para o que não temos competência?”. Contudo, apesar disso, acreditava que o processo poderia caminhar, respaldado no empenho de todos e de acordo com os recursos disponíveis, reafirmando que as diretrizes eram a meta.

Em junho de 2005, compareceram à reunião alguns docentes contrários à formação

do generalista, propondo a formação do Especialista/Generalista (*sic*), argumentando que o médico inserido no PSF poderia “perder muito” (palavras do docente).

Foi explicado que o problema não era o generalista **contra** o especialista (grifo nosso). O que se desejaria é formar um médico com boa formação geral, competências e habilidades para poder escolher a especialidade que desejar. Reafirmou-se que, como a maior parte dos professores é de especialistas, seria necessário se policiar para não cair na especialização na graduação. *O professor deveria ter isso bem claro em mente* (o grifo é por conta da ênfase dada a essa frase pelo professor que a proferiu).

Esses episódios estão descritos em detalhes para que se perceba como o processo não é linear, avançando e sofrendo recuos importantes, mas não suficientes para estagnar o processo, que avança apesar disso. Ao afastar o olhar para ter uma visão macroscópica do cenário, percebe-se que o número de adeptos das modificações está aumentando e que isso é necessário para o amadurecimento do processo.

Essas reuniões podem ser consideradas oportunidades de trocas constantes entre os professores, com eventuais participações dos alunos, num ambiente democrático, favorecendo a sensibilização e a conscientização para as mudanças.

Nas reuniões seguintes, outros professores de especialidades compareceram, participando ativamente das discussões. Raramente não concordavam com a argumentação dos professores que já estavam conscientes da necessidade de reformas.

Houve propostas para que a docente de Clínica Médica, que havia elaborado a lista de doenças prevalentes, implementasse um “Ambulatório Geral”, podendo então haver a inserção das especialidades, quando necessário.

No dia dessa proposta, o representante dos alunos defendeu o ensino de especialidades com um argumento no mínimo esdrúxulo: “[...] nas especialidades eu vejo coisas que nunca mais vou ver”. Na percepção da pesquisadora, há uma tendência à valorização das doenças raras do mesmo modo que são valorizadas obras de arte ou objetos raros pela sociedade. Apesar de não terem tanta relevância para a comunidade, em virtude da baixa prevalência, as doenças raras exercem também certo fascínio sobre os alunos. Num curso como o de Medicina, com grande quantidade de conteúdos a serem abordados e com tempo disponível limitado, ensinar doenças raras na graduação seria um contra-senso. O trabalho de conscientização do perfil do profissional desejado, então, deveria atingir não só os professores, mas também, com igual empenho, os alunos.

Por outro lado, nas reuniões e mesmo em conversas informais com professores que têm contato com os alunos do Internato (5º e 6º anos), a pesquisadora apreendeu que há

uma cultura predominante entre os alunos: realizar as atividades do Internato o mais rápido possível para ter tempo de estudar para o Exame de Residência. Essa atitude é consequência da especialização precoce do aluno, que já no curso de graduação não se interessa em se tornar um médico geral, pouco valorizado devido ao ideal de médico cultivado pelos alunos.

Gonçalves (in MARCONDES & GONÇALVES, 1998, p. 334), conjectura que o aluno de medicina, ao se graduar, parece não estar preparado para exercer satisfatoriamente a Medicina. O Internato, que se constitui no treinamento em serviço, no qual o aluno iria adquirir habilidades, não é aproveitado pelos estudantes que estão mais preocupados com os concursos de ingresso nos programas de Residência Médica, “[...] disputados por praticamente *todos* os egressos de escolas médicas brasileiras” (grifo do autor). Como decorrência, o curso médico acaba não formando nem o especialista, nem o generalista (ou geral), pois o aluno não se sente preparado para resolver os casos de doenças prevalentes ou das urgências e emergências médicas mais corriqueiras.

Em agosto de 2005, foi discutida a conduta dos alunos do Internato, sua relação com os pacientes e seu comportamento relativo a faltas, atrasos, etc. O Coordenador enfatizou que a humanização deveria começar desde o primeiro ano; não se poderia, de modo algum, deixar para o Internato. Comentou que os Fundamentos da Prática Médica precisaria ser aperfeiçoado para que tivesse como finalidade principal a humanização do aluno. A professora de Propedêutica insistiu que seria necessária a conscientização dos docentes, pois alguns não têm comportamento humanístico e serviriam de modelo para os alunos. O Coordenador concordou com essas ponderações.

Nessa reunião, alguns professores de especialidades se comprometeram a abrir mão de parte de sua carga horária no Internato para ampliar o ciclo de Clínica Médica, atitude que favoreceria as mudanças.

Nas reuniões de currículo referentes aos primeiros anos do curso, persistia-se na tese de que é preciso trabalhar para a humanização desde o primeiro ano; a disciplina de Fundamentos da Prática Médica teria que ter como um dos objetivos a humanização. Sugeriu-se que se insistisse com os professores responsáveis para que abordassem o assunto de maneira constante, pois a relação do aluno com os pacientes ficava complicada nos anos posteriores. A disciplina deveria ser formativa e não informativa.

A integração entre as disciplinas do primeiro ano do curso, do Departamento de Morfologia, prevista na Reestruturação Curricular da IES não foi até hoje implantada.

Na reunião de agosto de 2005, professores de Clínica Médica defenderam,

surpreendentemente, a passagem dos alunos do 6º ano (Internato) nas especialidades médicas, alegando que no 5º ano eles já teriam feito o Ciclo na Clínica Médica e seria repetitivo permanecer no 6º ano. Houve, inclusive, frases proferidas de forma enfática e carregadas de emoção nessa defesa, tais como: “O aluno não vai ver o especialista da escola dele? Ele tem direito de ter o privilégio (*sic*) de ver o especialista trabalhar!”.

Por se tratar de docentes bastante conceituados, percebeu-se que o aluno havia apoiado a fala dos docentes, gerando certo desânimo por parte do Coordenador do Internato, que disse que o dilema permanecia e não tinha prazo para acabar. Afirmou que não se estava avançando no processo. Ponderou que, se para fazer Residência Médica nas especialidades seriam necessários dois anos de Clínica Médica. Considerava-se que o aluno de graduação não estaria preparado para ter bom aproveitamento nas especialidades médicas antes de formado.

O Coordenador do Curso, mais uma vez, ponderou que o Internato precisaria mudar; porém, enquanto não houvesse consenso, não haveria mudanças e a discussão continuaria.

Em outubro de 2005, em reunião para tratar do 3º ano, houve uma profícua discussão sobre o humanismo e a pesquisa, com o Coordenador do Curso sugerindo que se fizesse uma seqüência de debates, do 1º ao 3º ano, para discutir a questão: como deve ser um currículo que tenha como objetivo formar médicos de bom nível técnico e humanístico?

Várias sugestões foram formuladas; a que se considera mais relevante foi a de que esses aspectos deveriam permear todas as disciplinas. Inicialmente, a discussão ocorreria entre os professores, para que não houvesse condutas conflitantes, e, como conseqüência da postura humanística dos docentes, os alunos tenderiam a tomá-los como modelos. Outras sugestões foram interessantes, como as disciplinas convidarem palestrantes para conversar com os alunos sobre a importância de exercer a medicina com características humanísticas.

Uma ex-aluna, agora docente, disse que não havia dúvidas de que os alunos aprendiam observando os docentes e que, quando estudava na IES, havia professores que tinham postura ética e outros não. Seu depoimento fez com que todos refletissem sobre a importância do assunto. As conseqüências desse modelo já se faziam visíveis entre alguns alunos que, segundo esse relato, já apresentavam comportamento pouco ético, desrespeitoso e desagregador com os próprios colegas, no curso de graduação.

Na reunião seguinte, em novembro de 2005, foi discutida a reprovação de alguns alunos do Internato, e novamente voltou à pauta a postura de alunos e professores,

mostrando a grande preocupação da comunidade em aperfeiçoar a formação.

Foram sugeridas mudanças nos Fundamentos de Prática Médica, do 1º ano; porém, a sugestão foi, novamente, de que os preceitos éticos e humanísticos não fossem pontuais, mas permeassem o curso todo, de forma transversal; e um trabalho já estava sendo feito no sentido de tornar concreta essa idéia. Além disso, a metodologia empregada nos Fundamentos de Prática Médica deveria ser diferenciada, envolvendo pequenos grupos para estimular a reflexão, funcionando como uma tutoria.

Em fins de 2005, como já relatado no capítulo anterior, foi enviado o projeto da IES para o Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE, tendo sido aprovado na comissão dos Ministérios da Educação e da Saúde. Como esse programa do Ministério da Saúde prevê financiamento para as mudanças curriculares necessárias à inserção dos alunos na Rede Básica de Saúde, acredita-se que haverá maior aproximação do perfil do egresso ao desejado.

No início de 2006, em reunião de Professores Titulares, foi apresentado um projeto de funcionamento do Internato que contemplasse a formação geral; como estavam presentes vários responsáveis por disciplinas clínicas e cirúrgicas, a discussão resultou em várias considerações importantes para o entendimento dos presentes sobre os objetivos da Instituição: o perfil desejado para o egresso do curso de graduação seria de um médico com sólida formação geral, com competências e habilidades para diagnosticar e tratar as doenças de alta prevalência na comunidade, incluindo os referentes às emergências médicas. Esse esclarecimento foi fundamental, uma vez que havia professores que não tinham claro que, quando se fala em médico geral, não se está referindo a um profissional que saiba tudo, mas que tenha competências e habilidades para resolver os casos de pacientes com as doenças de maior prevalência e encaminhar os de maior complexidade aos especialistas.

Tendo **uma sólida formação geral**, esse profissional poderia se aperfeiçoar na pós-graduação (residência médica), em qualquer área da Medicina.

Na primeira reunião da Congregação de 2006, foram apresentados, por um dos membros do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP, os resultados do exame elaborado pelo Conselho Federal de Medicina para a re-certificação dos egressos de escolas médicas. Os resultados indicavam que os alunos da IES haviam tido uma boa avaliação geral, o que pressupõe que os profissionais egressos da IES estão entre os melhores do país. Ressaltou-se, contudo, que o desempenho dos alunos indicava ligeira queda de rendimento em questões da área de Clínica Médica, de certa maneira

confirmando as preocupações dos professores, mencionadas nos episódios anteriores.

Todos esses acontecimentos demonstram amadurecimento no processo de mudanças.

4.4. Síntese provisória

Das observações do processo de mudanças curriculares na IES, podemos sugerir, até aqui, fatores que dificultariam o movimento de implementação dessas mudanças, alguns dos quais confirmam as hipóteses. O currículo fragmentado e a dificuldade de integração de disciplinas, que possibilitam a interdisciplinaridade, ficam evidentes nas discussões nas reuniões curriculares. Esse olhar fragmentado teria como consequência, inclusive, a visão estreita do ser humano, sem levar em conta aspectos emocionais, psicológicos, sociais, que permitiriam a contextualização, uma das necessidades para a prática da medicina humanística, que concebe o homem integral e contextualizado.

Muitos docentes, com formação deficiente na área da Educação e especialistas em alguma área médica, desconhecem a intencionalidade contida no Projeto Pedagógico: formação de um profissional com perfil coerente com o projeto. O currículo deveria ter como eixo norteador a ética e o humanismo, para que o médico geral formado ficasse impregnado dessas características, enfatizadas no perfil do profissional das diretrizes. Embora exista uma sincera intenção de aperfeiçoar o currículo, a visão de certa maneira limitada pela formação excessivamente tecnicista e dirigida à especialização de muitos docentes traz como decorrência um olhar de certo modo limitado pela fragmentação. Alguns professores não se apercebem parte de um processo com um objetivo comum e, sim, com ligações apenas com sua disciplina. Pelo mesmo motivo, não têm interesse em integrar conteúdos com outras disciplinas. Tudo isso dificulta sobremaneira a implementação de um currículo baseado na integração, cuja meta seja a interdisciplinaridade.

Mesmo com essas limitações, o processo avança. Percebe-se que os docentes estão firmemente empenhados em melhorar a formação, para melhor servir à população, exercendo uma medicina que contemple as necessidades das pessoas. Ou seja, há grande motivação, comprometimento e até envolvimento emocional, uma vez que muitos são formados na Instituição. Esse seria um importante fator facilitador das mudanças. Mudou a postura dos docentes diante de assuntos pertinentes à área de Educação, como, por exemplo, conhecer o currículo da IES. Já dedicam bastante tempo para achar

soluções para alguns impasses. Ainda são vistos nichos de resistência, mas o processo caminha, nitidamente.

No que se refere às alterações curriculares, também houve progressos, entre eles a criação do espaço de Integração Clínico-Morfo-Funcional, reunindo várias matérias dos dois primeiros anos do curso com a Propedêutica Clínica, do terceiro. A abordagem dos temas dessa integração, as doenças prevalentes, é sempre no sentido de conduzir o caso apresentado da maneira como seria por um clínico geral.

Outro avanço considerável foi a integração da Psicologia Médica, que funcionava como uma disciplina, à Clínica Médica e suas especialidades. O conteúdo de Psicologia Médica é abordado quando pertinente, e os professores de Psiquiatria se dispõem a comparecer nos horários estipulados pelos responsáveis pelas especialidades médicas. Essa inserção foi comunicada pessoalmente à pesquisadora por docente da disciplina de Psiquiatria.

O agrupamento das disciplinas com certa afinidade, no quarto ano, embora longe de uma verdadeira integração, também pode ser considerado um passo à frente.

Não se pode deixar de considerar como grande fator facilitador a conscientização de alguns docentes mais participativos, assíduos às reuniões, que há mais tempo debatem com seus pares, refletem sobre o assunto e chegam a um maior entendimento dos objetivos da formação do profissional pretendido pelas diretrizes e à reestruturação curricular do curso médico da Instituição. Nas intensas discussões lideradas pelo Coordenador do Curso e esses docentes, outros lentamente adquiriram uma maior compreensão das propostas constantes na reestruturação curricular direcionada à formação do médico geral, crítico e humanista. Ou seja, as palavras de Morin (2002a, p.101) estão evidentes nesses episódios: os próprios pares são os mais indicados para a sensibilização e conscientização dos docentes.

Ressalte-se que um dos problemas percebidos seria a flutuação de comparecimento às reuniões. Com os docentes mais assíduos, o processo avança. Quando algum professor não participou das discussões anteriores, parece haver uma volta a assuntos já debatidos e, por falta de entendimento do que está ocorrendo por parte desses docentes, ocorrem os retrocessos no processo. Então, comparecer às reuniões e participar das discussões seria um grande fator facilitador da concretização das mudanças; o processo de conscientização não é linear, mas cheio de avanços e recuos pontuais, embora insuficientes para impedir que o processo caminhe.

Outra consideração deve ser feita: existe a consciência de que a formação geral depende muito de um Internato bem conduzido. Assim, o aperfeiçoamento dessa parte do currículo, no qual os docentes estão fortemente empenhados, cuidando para que os alunos cumpram as atividades programadas, é essencial. Não poderia continuar o parcial abandono do estudante às atividades do Internato para se dedicar aos estudos para os exames de Residência Médica. É isso que a autora entende por especialização precoce do aluno; para amenizar esse problema a conscientização da comunidade acadêmica deve ser um dos focos do processo da implementação das mudanças.

Embora possa ser cansativa, a leitura dos episódios, dá a dimensão do esforço despendido por toda a comunidade, professores, alunos e mesmo funcionários, que muitas vezes compareciam às reuniões para explicar como era organizada a Grade Curricular e a distribuição das cargas horárias entre as disciplinas e ciclos do Internato.

Os docentes, em grande maioria formados segundo o paradigma dominante, tradicional, calcado no Relatório Flexner, a partir de intensas discussões superam seus próprios limites e suas próprias representações para aprimorar o processo de formação profissional em que estão inseridos.

As situações vividas nos episódios remetem a Gadotti (p. 53), quando discute o que considera a *pedagogia do conflito* (grifo do autor). Nessa concepção, o professor reassume seu papel de educador, eminentemente crítico, acrescentando a dúvida sobre o que se considera como tradição, ou, ainda mais que isso, hegemônico na sociedade.

No caso específico do médico, o senso-comum considera os especialistas melhores médicos que o clínico geral. O conceito de hegemonia aqui empregado é o de Gramsci (APPLE, 1979, p.14-15), no qual pressupõe a existência de algo que penetra tão profundamente na sociedade que constitui o limite do senso-comum para a maioria das pessoas.

Para mudança do *status quo* não seria suficiente, de acordo com Gadotti (p. 53), apenas a *pedagogia do diálogo*, que parte de teorias antropológicas, mas o aprofundamento das questões no que o autor chama de *pedagogia do conflito*, que envolveria contradições e partiria do homem real, concreto, e das relações deste homem em uma sociedade real, historicamente situada. Não uma pedagogia válida para todos os contextos. (grifos do autor).

Acredita-se que as intensas discussões em todo esse processo têm sido bastante construtivas. Contribuem para sensibilizar e conscientizar toda a comunidade acadêmica para a necessidade de formar um médico com sólida formação geral, que possa resolver os

casos das doenças prevalentes e se aprofundar numa determinada especialidade, e de não perpetuar o senso-comum que valoriza o médico especialista.

CAPÍTULO V

O QUESTIONÁRIO

Nesta pesquisa, o questionário é um dos instrumentos de coleta de dados, assim como os documentos consultados e os episódios descritos e analisados nos capítulos III e IV, respectivamente.

Neste capítulo, são descritos todos os passos realizados para a elaboração do questionário, desde a escolha dos sujeitos até o resultado obtido após a análise das respostas dos docentes.

Os resultados derivados das respostas ao questionário, além de esclarecer o pensamento dos docentes a respeito das mudanças curriculares visando formar o médico com o perfil das diretrizes curriculares, são utilizados para se fazer um contraponto com o que realmente ocorria no cotidiano da escola, de modo a desvelar os fatores que dificultam e os facilitadores do processo de transformação curricular em curso da IES, que se constitui no problema central da pesquisa.

5.1. A escolha dos sujeitos e a metodologia de análise

No início do ano de 2004, os contornos da pesquisa já estavam definidos e, como recomendam Alves-Mazzotti & Gewandsznajder (1999, p. 161), passou-se à fase de investigação focalizada e à coleta sistemática de dados. Nesta nova fase, lançou-se mão de um instrumento auxiliar, um **questionário** que foi distribuído para cerca de **100 professores** da instituição, dos quais **32 responderam**.

É importante ressaltar que os parâmetros que embasaram a escolha dos sujeitos já foram mencionados no Capítulo de Introdução deste trabalho. De acordo com orientações de Lefèvre & Lefèvre (2003, p. 38), o pesquisador com um conhecimento aprofundado de quase todo o universo a ser pesquisado, que é o caso da pesquisadora, professora da IES há 34 anos, pode proceder a uma escolha intencional dos sujeitos a serem pesquisados. Neste caso, para distribuição dos questionários foram escolhidos os professores com mais contato com os alunos, ou seja, que teoricamente tenham uma

participação mais ativa na formação do médico. Laville & Dionne (1999, p. 171) também sugerem amostras formadas em função de escolhas explícitas do pesquisador, denominando *amostra típica* aquela em que, a partir das necessidades de seu estudo, o pesquisador seleciona casos julgados exemplares ou típicos da população-alvo ou de uma parte desta. Neste caso, apesar de terem sido distribuídos 100 questionários, os 32 questionários devolvidos seriam representativos de toda a população-alvo, os docentes da IES.

A metodologia escolhida para analisar os dados obtidos a partir das respostas visou exatamente conhecer o estágio em que se encontra a comunidade de professores com relação ao processo de alterações curriculares do curso médico. Além disso, entender o pensamento da coletividade de professores sobre as questões propostas para a pesquisa pode facilitar a procura de estratégias para fazer avançar o processo de aperfeiçoamento curricular do curso médico da IES.

Reunidas na forma de tabelas, as respostas foram analisadas usando uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos emanados de indivíduos representativos de uma comunidade, o *Discurso do Sujeito Coletivo*, aqui abreviado como **DSC** (LEFÈVRE & LEVÈVRE, 2003, p.15).

Os autores citados argumentam (ibid., p. 9) que a *pesquisa quantitativa* é a maneira mais usual de se pesquisar o que pensa uma determinada coletividade sobre um determinado tema, decompondo o tema em uma série de questões fechadas, embora se torne inadequada quando o sujeito é o pensamento coletivo. Esse modo de pesquisar não se adapta porque não permite a apreensão correta do objeto da investigação, o *pensamento* dos componentes da comunidade (grifos dos autores).

Deve-se acrescentar que o modo tradicional desconsidera a característica especificamente qualitativa do pensamento coletivo porque parte do pressuposto que um determinado indivíduo *tem* um pensamento, do mesmo modo que tem um peso, uma altura, etc. Há uma série enorme de procedimentos metodológicos para estudar cientificamente atributos humanos objetivos, porém a simples utilização desses mesmos procedimentos para pensamentos, crenças, valores, etc., que são qualidades subjetivas, parece inadequada, segundo os autores citados, e também a pesquisadora.

O questionário elaborado para esse tipo de investigação deve constar de perguntas abertas, tais como: “O que o senhor acha de tal tema? O que o senhor tem a dizer sobre tal assunto? Qual sua opinião sobre tal tema?”. Foi exatamente o que foi feito, como se pode ver abaixo, onde estão transcritas as questões que compuseram o questionário

elaborado:

1) O que você acha das orientações constantes das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina quanto à formação do médico, que tem como objetivo um profissional:

- generalista, humanista, crítico e reflexivo, com ênfase nos atendimentos primários e secundários;
- que priorize o caráter preventivo e de promoção à saúde da medicina;
- com capacidade de diagnosticar e tratar as doenças de maior prevalência na população e encaminhar apenas os casos que fujam ao alcance de sua formação geral;
- que otimize o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico, considerando a relação custo-benefício e levando em conta as reais necessidades da população.

2) Em sua opinião, qual deve ser o perfil do egresso?

3) Você acha que o currículo da nossa Instituição e a forma como está sendo executado concorre para formar o profissional desejado pelas Diretrizes Curriculares?
SIM NÃO EM PARTE

FAVOR JUSTIFICAR A RESPOSTA:

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES:

Acrescentou-se uma questão fechada (número 3) com o objetivo de se determinar o grau de conhecimento do professor com relação ao currículo realizado na IES. A análise da justificativa e dos comentários e sugestões trouxe subsídios importantes no mesmo sentido.

O *Discurso do Sujeito Coletivo* (DSC) visa juntar os discursos individuais gerados pelas perguntas abertas de modo que expressem o pensamento da coletividade.

Segundo Lefèvre (1998), citado por Guazzelli et al. (in LEFÈVRE & LEVÈVRE, 2003, p.181), as *representações sociais*, termo proposto por Moscovici em 1981, podem ser vistas como discursos de uma coletividade sobre um conjunto de fenômenos a respeito dos quais é possível aos indivíduos pensarem (grifo do autor). Equivaleriam, assim, ao senso comum por meio do qual se procede à interpretação e construção da realidade social. Expressaria uma forma de pensamento socialmente construído.

O DSC como estratégia metodológica para descrever o sentido dos discursos presentes em pesquisas de representação social, utiliza-se das figuras metodológicas **expressões-chave** e **idéia central** (ibid., p. 17 e 25).

– **Expressões-chave (ECH):** são recortes ou trechos literais do discurso, que devem ser sublinhadas e que revelem a essência do depoimento. Busca-se aqui o resgate da literalidade do depoimento; seriam uma espécie de prova discursivo-empírica da verdade das idéias centrais e vice-versa.

– **Idéias centrais (IC):** descreve, de maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC.

Numa pesquisa empírica de representação social que envolve a coleta de depoimentos individuais, o que se procura obter, inicialmente, é uma descrição do sentido de cada um e do conjunto de depoimentos/discursos que se coletou sobre uma dada temática. Considerando cada discurso isoladamente (a resposta a cada pergunta do questionário), a idéia central é a descrição (a mais sucinta e objetiva possível) do sentido desse discurso. Pode haver mais do que uma idéia central.

– **Discurso do sujeito coletivo:** é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas Expressões-chave (ECH) que têm a mesma Idéia Central (IC).

Embora os autores cite também a figura metodológica da **Ancoragem**, que consideram um desdobramento da teoria do DSC, essa figura não será utilizada na análise das respostas ao questionário. A Ancoragem corresponderia a uma ideologia, teoria ou crença do autor do discurso e corresponderia à idéia central. A autora preferiu não incluir a figura da ancoragem por considerar que as simples respostas às perguntas ao questionário não seriam suficientes para a apreensão desses aspectos. Entrevistas seriam instrumentos de coleta de dados mais propícios à apreensão e inclusão da figura da ancoragem (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2003, p. 17).

A figura metodológica do DSC foi aprofundada pelos autores da proposta para sua melhor compreensão (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2003, p. 18-19). Segundo eles, a forma tradicional de tabulação dos dados provenientes de questões abertas de pesquisa consiste na leitura das respostas e na identificação de uma palavra, ou conceito, ou expressão que revele a essência do sentido da resposta. A partir daí, enquadram-se os vários depoimentos/discursos em uma das categorias. A categoria tornaria equivalentes os depoimentos e os discursos, porque expressam a mesma idéia, representada simbolicamente pela categoria.

A categoria seria, então, a condição para a “cientificidade” à medida que os discursos – e os indivíduos que os professam – são classificados, ou seja, equalizados nas classes em que são distribuídos (aspas dos autores).

A proposta do DSC seria uma estratégia metodológica que visa tornar mais clara uma dada representação social, reconstruindo tantos discursos-síntese quantos se julguem necessários para expressar um dado pensar ou representação social sobre o fenômeno.

A tarefa organizadora do pesquisador seria a de produzir o sujeito social ou coletivo do discurso e o discurso coletivo correspondente, fazendo o social falar como se fosse um indivíduo, utilizando, porém, procedimentos explícitos, transparentes e padronizados (passíveis de crítica e contestação), buscando-se, nas idéias centrais e nas expressões-chave, coincidências ou semelhanças de discursos existentes, um discurso compartilhado.

Os interpretantes dos DSCs podem ser os próprios sujeitos da pesquisa (como etapa devolutiva) ou o pesquisador (como é o caso neste trabalho) que, com base no referencial teórico adotado, teça comentários interpretativos sobre o pensamento descrito.

Considera-se o DSC uma técnica na qual o imaginário social sobre um dado tema, objetivo de uma pesquisa de representação social, adquire a forma de um painel de discursos que reflete o pensar de uma dada coletividade sobre um determinado assunto.

Os autores consultados (ibid., p. 34) classificam a pesquisa do resgate das representações sociais pela técnica do DSC como **qualitativa**, à medida que [...]

[...] seu objeto – o pensamento coletivo – é produzido *a posteriori* e composto de **qualidades** que os pesquisados manifestam, desdobram, constroem, que aparecem como resultado do processo de pesquisa.

Como já explanado, a elaboração do questionário teve como objetivo saber o que os professores acham sobre o perfil do profissional constante das diretrizes curriculares para os cursos de medicina e se esse perfil vem sendo conseguido pelo currículo realizado na IES. Acredita-se que a utilização da técnica do DSC pode auxiliar na análise das respostas ao questionário, construindo os DSCs dos professores da IES sobre o assunto.

5.2. Elaboração dos DSCs a partir das respostas dos professores

Inicia-se a análise pela técnica do DSC da primeira e da segunda questão do questionário distribuído, respondido por 32 professores:

1) O que você acha das orientações constantes das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina quanto à formação do médico que tem como objetivo um profissional:

– **generalista, humanista, crítico e reflexivo, com ênfase nos atendimentos**

primários e secundários;

- que priorize o caráter preventivo e de promoção à saúde da medicina;**
- com capacidade de diagnosticar e tratar as doenças de maior prevalência e encaminhar apenas os casos que fujam ao alcance de sua formação geral;**
- que otimize o uso de recursos propedêuticos, valorizando o método clínico, considerando a relação custo-benefício e levando em conta as reais necessidades da população.**

2) Em sua opinião, qual deve ser o perfil do egresso?

Como se pode notar, algumas características do perfil desejado pelas diretrizes curriculares foram incluídas no questionário tendo em vista o fato de que muitos dos docentes não as conhecem. Se não se procedesse dessa maneira, o número de questionários respondido tenderia a ser menor, o que prejudicaria a pesquisa.

Além disso, descrever no questionário o perfil do profissional preconizado pelas diretrizes curriculares teve um papel pedagógico, pois contribuiu para que os docentes conhecessem essa parte importante do conteúdo dessas diretrizes. Sabe-se que muitos professores de medicina geralmente têm múltiplas atividades profissionais, seja como médicos ou pesquisadores, não tendo tempo disponível nem o hábito de se interessar por assuntos fora dessas áreas de atuação.

5.2.1. Questões 1 e 2 – Resultados

Pelo teor das respostas, percebemos que as questões 1 e 2 deveriam ser analisadas em conjunto, uma vez que, quando diz que concorda com o teor das diretrizes curriculares para o perfil do profissional, o professor expressa ao mesmo tempo sua opinião. Quando não concorda, isso vem explícito nas respostas à segunda questão.

Assim, tendo como base as Expressões-Chave retiradas de cada uma das respostas às questões 1 e 2, pode-se extrair as seguintes Idéias Centrais:

- 1) O médico formado deve ter as características preconizadas pelas Diretrizes Curriculares.**
- 2) O médico formado deve ter algumas das características preconizadas**

pelas Diretrizes Curriculares.

- 3) O perfil preconizado pelas Diretrizes Curriculares forma um profissional com conhecimentos insuficientes em relação aos necessários atualmente.**
- 4) O perfil preconizado pelas Diretrizes é correto, mas na prática esse perfil de profissional é impossível de conseguir;**
- 5) O perfil do profissional preconizado pelas Diretrizes Curriculares é inadequado para a realidade atual.**

A cada uma das idéias-centrais correspondeu um Discurso do Sujeito Coletivo, ou seja, foram elaborados cinco DSCs a partir das respostas dos docentes às questões 1 e 2.

Para melhor visualização, seguem abaixo todas as respostas dos docentes às questões 1 e 2, já classificadas dentro das respectivas idéias centrais, seguidas dos DSCs correspondentes.

IDÉIA CENTRAL 1: O médico formado deve ter as características preconizadas pelas Diretrizes Curriculares.

Nº	Respostas-Questão 1	Respostas-Questão 2	Expressões-chave
01	<p>Médico especialista. O médico que a sociedade precisa está descrito nesse perfil e a aproximação dos formandos das escolas médicas a essa meta é o que as mudanças de currículo – que acontecem atualmente na grande maioria delas – devem contemplar. Chamo ainda a atenção à postura ética, ou melhor, ao fazer ético que deve compor esse perfil.</p>	<p>Já explicitiei na resposta anterior, esse perfil descrito que constitui o médico, um ser humano, capaz tecnicamente para atender a demanda como generalista, mas sem esquecer a dimensão humana, ética e cidadã, isso implica em reflexão das atitudes e responsabilidade não apenas com o seu paciente, mas com essa coletividade em que se insere e mais ainda, como cidadão do mundo, com o planeta em que vive.</p>	<p>Diretrizes estão corretas. Currículos devem mudar para isso. Postura ética, humana e cidadã deve compor perfil. Médico deve se preocupar com a coletividade.</p>
03	<p>Médico especialista. Acho as orientações absolutamente corretas.</p>	<p>O egresso deve ter um perfil que satisfaça plenamente as orientações das Diretrizes Curriculares. A especialização deve ser de iniciativa de cada um, e só deve iniciar após o curso de graduação.</p>	<p>Diretrizes estão corretas.</p>
06	<p>Acho que as Orientações são corretas a finalidade básica da Faculdade de Medicina é formar um médico generalista com capacidade de diagnosticar e conduzir as doenças de maior prevalência na nossa população e encaminhar as de maior complexidade diagnóstica e terapêutica.</p>	<p>O egresso deve ter o perfil generalista do médico de família.</p>	<p>Diretrizes estão corretas.</p>
08	<p>Médico. Clínica Médica. Acho que o âmago da medicina está nessas diretrizes. A prática da medicina atual volta-se para o mercantilismo, o impessoal, o formal, a coisificação dos seres vivos. Tem-se que mudar o padrão do médico, se as nossas metas são pessoas solidárias, compromissadas, querendo agir para o bem e querendo contribuir para um mundo melhor.</p>		<p>Diretrizes estão corretas. A prática atual está voltada ao mercantilismo, o impessoal, a coisificação dos seres vivos. É necessário mudar a atitude do médico, tornando-os pessoas solidárias, compromissadas, para contribuir para um mundo melhor.</p>

12	<p>Médico especialista.</p> <p>Vejo com bons olhos estas mudanças, pois com o avanço tecnológico da medicina, percebemos que os médicos mais novos deixaram de valorizar a anamnese, exame físico, atenção ao paciente e prevenção primária das maiores das doenças. Sabemos que em 70% das doenças tem seu diagnóstico feito pelo bom atendimento do paciente, antes dos exames complementares, por este motivo deveremos incentivar tanto na esfera pública quanto privada a consulta médica.</p> <p>Quanto ao encaminhamento de pacientes para especialistas estes deverão ser em escala reduzida, pois todo médico deverá ter uma formação generalista sendo, portanto, capaz de solucionar a maioria dos problemas. Devemos ressaltar que como a medicina é muito dinâmica a atualização médica deverá ser constante com programas de educação médica continuada.</p>	<p>Vejo o egresso da Faculdade de medicina do ABC com grande capacidade, boa formação generalista, mas ainda com muitas deficiências em algumas áreas como emergências médicas e visão preventiva das patologias médicas. Temos poucas relações entre as áreas de saúde tais como: enfermagem, nutrição, farmácia, serviço social e psicologia.</p>	<p>Mudanças seriam bem-vindas. Os médicos mais novos não valorizam a anamnese, exame físico, atenção primária e prevenção das doenças. 70% das doenças poderiam ser diagnosticadas pelo bom atendimento ao paciente. Deve-se incentivar a boa consulta médica tanto na esfera pública como privada.</p> <p>O encaminhamento aos especialistas deveria ser em escala reduzida, pois o médico deveria ter formação generalista.</p> <p>Deve haver programas de educação continuada para atualização dos médicos.</p>
13	<p>Não médico.</p> <p>Acho que as faculdades de Medicina não estão cumprindo integralmente estas diretrizes, já que o médico está saindo cada vez mais um especialista que um generalista, com pouca preocupação com o ser humano, preocupado em curar uma doença em vez de evitá-la, mantendo o indivíduo saudável. Da prioridade aos exames complementares, em vez (<i>sic</i>) de analisar e chegar a um diagnóstico por seus conhecimentos básicos e clínicos.</p>	<p>O egresso deve ser um médico que saiba cuidar de um conjunto de pessoas de forma geral. Como era antigamente o médico da família. Em casos extremos encaminhava ou consultava um colega</p>	<p>As faculdades não estão cumprindo o que determinam as diretrizes curriculares. Não há preocupação com o ser humano, com a prevenção das doenças. Há a prioridade aos exames complementares ao invés do exame clínico para se fazer o diagnóstico. Deve ser o médico de família e só encaminhar casos extremos ao especialista.</p>

18	<p>Não médico</p> <p>Entendo que tais orientações procuram responder a importantes desafios postos à prática médica contemporânea, tais como: fragmentação do “saber” e do “fazer” estruturados na formação e exercício profissional (especialização precoce e demasiada); desarticulação interprofissional no trabalho em saúde (dificuldades na concretização do trabalho multiprofissional); perpetuação do paradigma mecanicista nas práticas profissionais (visão biologicista da saúde); problemas no estabelecimento de vínculo na relação médico-paciente (autoritarismo, desrespeito, problemas de comunicação, etc.); e dificuldade na concretização da atenção integral à saúde, dentre outros. Nesse sentido, acredito ser acertada a referida diretriz, ainda que precisamos encontrar na “bandeira” do médico generalista não um caminho para a simplificação do ensino, mas sim para o enfrentamento dos principais problemas de saúde pública do Brasil, tomados em sua complexidade.</p>	<p>Como pode ser visto na resposta anterior, acredito que o perfil desejável a ser apresentado pelos egressos dos cursos médicos é aquele descrito nas diretrizes curriculares.</p>	<p>Diretrizes estão corretas e procuram responder aos desafios da prática médica atual como: a fragmentação do saber, a especialização precoce, a desarticulação interprofissional, perpetuação do caráter mecanicista na prática profissional, relação médico-paciente precária, dificuldade na atenção integral à saúde. Caminho para o enfrentamento dos principais problemas de saúde pública do Brasil.</p>
27	<p>Médico Sanitarista</p> <p>Estou de acordo, por que reflete o resultado de um longo processo de análise dos profissionais que estão sendo formados pela maioria das IES e que não atendem aos requisitos contemporâneos de humanização e resolutividade do cuidado.</p>	<p>Um profissional que desenvolva uma escuta qualificada, que seja acolhedor e entenda que a resolução dos problemas de saúde e doença depende de um conjunto de ações interdisciplinares e intersetoriais, na maioria das vezes, transcendendo o papel individual do médico. Com isso, facilitar junto aos seus pacientes a construção da autonomia dos sujeitos que buscam cuidado.</p>	<p>Diretrizes estão corretas e são reflexo da constatação de que a maioria dos formados não atende aos requisitos da humanização e resolutividade dos problemas de saúde. Deve escutar e ser acolhedor.</p>
30	<p>Médico especialista</p> <p>É correta a ênfase na formação generalista, principalmente desenvolver um profissional de perfil humanista, crítico e reflexivo. A inserção crítica do médico na comunidade é fundamental para o êxito das ações da saúde, transformadora da coletividade com reflexos diretos na saúde individual.</p>	<p>O egresso do curso médico deve ter uma visão generalista. Mesmo com a especialização, um profissional sem visão global, tem grandes chances de cometer mais erros de avaliação e juízo na condução de pacientes.</p>	<p>Diretrizes estão corretas. A inserção crítica do médico na comunidade é fundamental para transformar a coletividade com reflexos na saúde individual.</p>

39	Médico especialista Não respondeu	O médico deve ter visão generalista, atender todas as necessidades do paciente, desde a prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento da maior parte das doenças, principalmente as mais prevalentes, encaminhar quando necessário e utilizar recursos propedêuticos e complementares quando assim necessitar. Todos os itens acima são pertinentes e de grande importância. Hoje, falta bom senso por parte de alguns profissionais que acabam encaminhando tudo para outras especialidades e não tendo a visão do paciente como um todo e o que é pior, de forma impessoal, desatenciosamente visando muitas vezes o lado.	O médico deve ter visão generalista, atendendo desde a prevenção até o diagnóstico e tratamento das doenças prevalentes, usando todos os recursos propedêuticos e Uso adequado dos exames complementares. Falta bem-senso aos profissionais Atualmente, que encaminham para outras especialidades. São desatenciosos com os pacientes.
46	Médico especialista Acho que as diretrizes estão corretas ao estimular a formação do generalista, com as características acima, embora eu também ache a figura do especialista absolutamente necessária. É necessário ter alguém ultra-especialista em um determinado procedimento complexo, transplantes etc., mas acho que essa especialização deve ser adquirida não na faculdade, mas após a formação geral, que deve ser bem feita.	Em minha opinião, o egresso deve ter exatamente o perfil delineado pelas diretrizes: generalista, humanista, crítico, reflexivo, etc. Acho este perfil muito bom para um médico sair da Faculdade. Depois quem quiser vai se especializa.	Diretrizes estão corretas. Devem existir os especialistas, mas a formação geral deve ser muito bem feita no curso de graduação e a especialização após essa formação geral.
48	Não médico Adequadas e realistas.	Generalista, com formação em todas as áreas da medicina geral, ou seja, médico geral.	Diretrizes são adequadas e realistas.
49	Médico Pediatra Concordo plenamente.	Medico Generalista, com sólida base em semiologia, com sólida base preventivista, treinado a participar em grupos de orientação, que tenha participado de atividades em diferentes comunidades para que amplie seu conhecimento humanitário.	Concordância total com as diretrizes.
50	Médico especialista Tais orientações parecem valorizar a formação ampla e sem vínculo de especialização precoce do estudante de medicina e, portanto, parecem-me adequadas para sua formação.	O perfil do egresso, na minha opinião, está delineado nas diretrizes acima expostas pelo questionário.	Diretrizes são adequadas. Não há a especialização precoce do estudante de medicina.
58	Médico Pediatra Este deve ser o perfil do médico.	O que recomenda a LDB.	Concordância com as diretrizes.

60	Não médico Eu acho que as orientações das Diretrizes Curriculares são apropriadas e que de fato os profissionais médicos deveriam sair com um perfil mais generalista e humanista, o que não ocorre em muitos casos. O atendimento a doentes ocorre essencialmente no internato, que é um período curto e no qual os alunos não são acompanhados de forma ideal. Após o término do curso os alunos fazem residência e dependendo da área de residência optada o enfoque é muito específico, prejudicando uma visão mais generalista.	Eu acredito que o egresso deve sair com o perfil proposto pelas Diretrizes Curriculares.	Diretrizes são apropriadas. Período de Internato curto, com alunos não acompanhados adequadamente; os alunos vão para a residência e ficam sem visão generalista.
90	Médico especialista Acho-as ótimas, concordo plenamente.	Concordo plenamente com as Diretrizes Curriculares, mas elas são boas na teoria, porém, não se observam na prática. O perfil do egresso deve ser aquele que se desenvolve com maior dedicação, interesse e abnegação por parte do aluno.	Concordância total com as diretrizes. Esse perfil não é observado na prática.
96	Médico especialista.	O perfil do médico deverá ser de um médico humanista principalmente com boa formação geral.	Médico humanista com boa formação geral.
98	Médico especialista.	Generalista.	Generalista.

TOTAL: 19 PROFESSORES

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 1): O profissional formado deve ser generalista, diagnosticando e tratando as doenças prevalentes e encaminhando as de maior complexidade ao especialista. É o médico que a sociedade precisa e que não está sendo formado. As escolas estão mudando para isso. A ética, humanismo e cidadania devem compor esse perfil. A prática atual está voltada ao mercantilismo, à coisificação do ser humano, sendo necessário mudar a atitude do médico de modo a fazer com que seja compromissada e solidária. A inserção crítica do médico na sociedade contribuiria para tornar o mundo melhor. Há a especialização precoce dos estudantes. Os médicos mais novos não valorizam a anamnese, o exame físico, a atenção primária e a prevenção das doenças; há excesso de encaminhamento para os especialistas. As faculdades não estão cumprindo o que determinam as diretrizes que, se cumpridas, concorreriam para minimizar a fragmentação do saber, a perpetuação do caráter mecanicista da profissão, a relação médico-paciente precária, a falta de resolutividade. O médico passaria a ter uma visão holística do ser humano, dando atenção integral à saúde.

IDÉIA CENTRAL 2: O médico formado deve ter algumas das características preconizadas pelas Diretrizes curriculares.

Nº	Respostas-Questão 1	Respostas-Questão 2	Expressões-chave
02	Médico especialista Deve objetivar a formação de um profissional que priorize o caráter preventivo e de promoção à saúde da medicina e que otimize o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico, considerando a relação custo-benefício e levando em conta as reais necessidades da população.	Não respondeu.	Diretrizes estão adequadas em parte. O profissional formado deve priorizar a prevenção e promoção à saúde e otimizar o uso de recursos, valorizando o método clínico.
95	Médico especialista Concorda com o segundo item das diretrizes, objetivando um profissional: – com capacidade de diagnosticar e tratar as doenças de maior prevalência na população e encaminhar apenas os casos que fujam ao alcance de sua formação geral.	Concorda com o segundo item das diretrizes, objetivando um profissional: – com capacidade de diagnosticar e tratar as doenças de maior prevalência na população e encaminhar apenas os casos que fujam ao alcance de sua formação geral.	Diretrizes são adequadas em parte, principalmente o item de tratar as doenças prevalentes e encaminhar apenas os casos que fujam ao alcance da formação geral.
97	Médico especialista Concorda com o terceiro item das diretrizes, objetivando um profissional: – que otimize o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico, considerando a relação custo-benefício e levando em conta as reais necessidades da população.	Generalista, humanista com prioridade também na prevenção.	Diretrizes adequadas, principalmente no item de otimização dos recursos, valorização da clínica e a relação custo-benefício de modo a atender as necessidades da população. Prioridade na prevenção.

TOTAL: 3 PROFESSORES

Discurso do Sujeito Coletivo 2: O profissional formado deve priorizar a prevenção e a promoção à saúde e otimizar o uso de recursos, valorizando o método clínico. Deve tratar as doenças prevalentes e encaminhar apenas os casos que fujam ao alcance da formação geral.

IDÉIA CENTRAL 3: O perfil preconizado pelas Diretrizes Curriculares forma um profissional com conhecimentos insuficientes em relação aos necessários atualmente.

Nº	Respostas-Questão 1	Respostas-Questão 2	Expressões-chave
15	<p>Médico especialista</p> <p>As orientações das Diretrizes são bem genéricas e abrangentes visando à formação de um profissional que possa atuar nas diversas regiões do Brasil. No meu ponto de vista, é uma diretriz muito simplista com alguns pontos positivos, como a formação generalista e o ensino do Ser Humano como um todo, por outro lado, estabelece um limiar bem baixo a ser atingido, de uma maneira muito superficial e evitando, nas entrelinhas, os avanços tecnológicos.</p>	<p>Infelizmente, o curso médico não consegue realmente formar o profissional necessário, por vários motivos, entre eles, o vasto conhecimento e o pouco tempo disponível. O perfil que eu acho que o formando deveria ter é o de um especialista em Clínica Geral com maior aprofundamento das diversas especialidades e o de um profissional capacitado a ESTUDAR/PESQUISAR MEDICINA. Creio que deve se pensar mais no PROFISSIONAL a ser formado que nas horas de lazer que o ESTUDANTE deve ter no seu ano letivo.</p>	<p>A diretriz é muito simplista, mas tem pontos positivos, como a visão holística do ser humano. Por outro lado, o limiar a ser atingido é baixo e evita os avanços tecnológicos.</p>

<p>32 Médico especialista</p> <p>Generalista – importante, com a ressalva de que hoje com o avanço da ciência é quase impossível o médico receber o acúmulo de informações diárias.</p> <p>O Generalista deve saber, inclusive, saber encaminhar o paciente para especialista adequado.</p> <p>Humanista – Fundamental, mas creio que depende de cada um, inclusive da formação e educação que recebeu da família.</p> <p>Crítico – Sempre, mas construtiva. A crítica deve ser aproveitada para melhorar.</p> <p>Reflexivo – Difícil!</p> <p>Medicina Preventiva – sempre, é a mais importante.</p> <p>O médico deve ser competente para o diagnóstico, e quando não é possível, pelo menos saber as hipóteses diagnósticas para encaminhar o paciente para exames ou mesmo para o especialista.</p> <p>Sempre entendi que a clínica é soberana! A relação médico-paciente, com uma anamnese bem feita e o exame físico completo são fundamentais para o exercício pleno da medicina.</p> <p>Quanto a relação custo-benefício, só entendo a prática da medicina como valor, e não entendo se o custo é relacionado ao preço, pois o valor não tem preço.</p>	<p>O perfil do egresso é a união de todos os fatores já discutidos, nunca se esquecendo que o caráter do indivíduo é fundamental, mas infelizmente isto não se aprende na escola!</p>	<p>Concorda com a formação generalista, mas acha impossível o médico ter todas as informações.</p> <p>Em relação ao humanismo, depende de cada um e da formação e educação que recebeu da família.</p> <p>Crítico sempre, mas crítica construtiva, para melhorar.</p> <p>Difícil ser reflexivo.</p> <p>Medicina preventiva é a mais importante.</p> <p>Deve saber hipóteses diagnósticas para encaminhar o paciente para exames ou para o especialista.</p> <p>A anamnese bem feita e o exame físico completo são fundamentais para o exercício da medicina.</p> <p>Entende que a medicina tem um valor que não tem preço.</p>
---	---	--

63	<p>Médico. Cirurgia Geral.</p> <p>Boas, embora modestas. Não acho que se deve priorizar, pois isto contribui para fazer com que o resto seja esquecido. Devemos formar médicos completos</p>	<p>A – Ser um médico capaz de resolver a totalidade de casos que não impliquem no uso de aparelhos complexos no procedimento.</p> <p>B – Não ser dependente do auxílio de especialistas e principalmente de exames subsidiários.</p> <p>C – Saiba estudar medicina e não apenas reserva acumulada de conhecimentos, os quais não saiba usar. Com livros, computadores, não deverá “decorar” nada, a não ser aquilo que por excesso de uso fique gravado naturalmente.</p> <p>D – Saiba acompanhar e ter o espírito crítico ao analisar exames subsidiários ou acompanhando seus pacientes junto aos especialistas.</p> <p>E – Tenha conhecimentos da Ética.</p> <p>F – Sinta prazer no exercício profissional e em transmitir sua vivência para os que o seguem.</p> <p>G – Enfim, seja MÉDICO.</p>	<p>Diretrizes modestas, não se deve priorizá-las. Deve-se formar o médico completo,</p> <p>Com capacidade para não ser dependente de exames subsidiários e de especialistas.</p> <p>Tenha conhecimento da Ética. Sinta prazer com o exercício da profissão.</p> <p>Tem que estudar constantemente.</p>
----	--	---	--

<p>67 Médico especialista</p> <p>Acredito que a formação do médico generalista seja idéia válida, porém, não simplesmente com os seis anos curriculares. O número de informações que o médico deve receber hoje é bem maior do que de anos passados e os seis anos se tornaram insuficientes para o exercício da profissão.</p> <p>Humanista, crítico e reflexivo, com ênfase nos atendimentos primários e secundários? Atendimentos primários sim, secundários questionáveis; humanista crítico e reflexivo somente com o passar do tempo. Aí, nem a residência sozinha é suficiente.</p> <p>Em relação ao caráter preventivo e promover a saúde da medicina, isto sim são prioridades na escala de valores de prevenção e tratamento.</p> <p>A capacidade de diagnosticar e tratar doenças de maior prevalência o nosso formando consegue regularmente, porém, com a bagagem de uma residência de dois ou três anos, o valor dessa capacidade melhora muito.</p> <p>Otimizar os recursos propedêuticos, valorizando o método clínico evitando exames muitas vezes desnecessários acredito que viabilizaria muito o atendimento à população de massa, porém, também é necessário o esclarecimento da própria população a esse respeito.</p>	<p>2) Qual deve ser o perfil do egresso?</p> <p>Médico que tenha a conscientização daquilo que aprendeu. Se tiver que trabalhar sem a complementação de uma residência ou (similar) que conheça as suas limitações e as use com sabedoria, com reflexão, crítica e humanidade.</p>	<p>Diretrizes válidas, porém os seis anos de curso não seriam suficientes devido ao acúmulo de informações.</p> <p>Atendimento primário é necessário, porém um médico crítico, reflexivo e humanista só seria possível com o passar do tempo.</p> <p>Caráter preventivo e de promoção à saúde são prioridade na escala de valores da medicina.</p> <p>Otimizar recursos propedêuticos evitando exames desnecessários ampliaria o atendimento em massa da população, porém é necessário que a população também seja esclarecida a respeito.</p>
--	--	--

TOTAL: 4 PROFESSORES

***Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 3):* A diretriz é muito simplista, não devendo ser priorizada, embora tenha pontos positivos como a visão holística do ser humano. Mas o limiar a ser atingido é baixo, evitando os avanços tecnológicos. É impossível ao médico ter toda a informação que necessita e os seis anos de curso não seriam suficientes. Deve ter capacidade de estudar constantemente. Em relação ao humanismo, dependeria de cada um e da formação e educação que recebeu em casa. Otimizar recursos propedêuticos, evitando exames desnecessários, ampliaria o atendimento em massa, mas é necessário que a população também seja esclarecida a respeito.**

IDÉIA CENTRAL 4: O perfil preconizado pelas Diretrizes é correto, mas na prática esse perfil de profissional é impossível de conseguir.

Nº	Respostas-Questão 1	Respostas-Questão 2	Expressões-chave
07	<p>Médico especialista</p> <p>Acho isso muito importante para a saúde em geral da população brasileira. Mas na prática, o que vemos em grandes centros como o ABC é que os pacientes procuram o médico especialista diretamente e não o clínico geral. Existe uma oferta grande de profissionais especializados que constam de “livrinhos” de convênios, e o paciente faz por conta própria seu diagnóstico inicial. A população em geral não tem o hábito de fazer prevenção em saúde, que seria o primeiro passo para o sistema funcionar. No sistema público de saúde principalmente onde não existe ensino concomitante ao atendimento, vemos um descaso em relação ao doente com consultas de pouca duração, sendo que os colegas clínicos fazem uma “triagem” para encaminhamento a especialistas, raramente tratando o doente. Mesmos os especialistas na minha área, encaminham com frequência ao HEMC (hospital terciário) doentes com patologias simples que deveriam ser tratados no posto de saúde. O médico tem tido uma atitude de se livrar do doente, encaminhando ou tratando.</p>	<p>Não respondeu.</p>	<p>As diretrizes estão corretas na teoria, porém na prática os pacientes procuram o médico especialista diretamente e não o clínico geral, fazendo por conta própria seu diagnóstico inicial. Existe grande oferta de especialistas.</p> <p>Há um descaso com relação ao paciente no sistema público e os colegas clínicos apenas fazem uma triagem e encaminham aos especialistas, mesmo quando poderiam tratá-lo no posto de saúde; Têm uma atitude de “se livrar” do paciente.</p> <p>A população não tem o hábito da prevenção em saúde.</p>
37	<p>Médico especialista</p> <p>As orientações são perfeitas, mas para serem levadas a cabo necessitam, além de uma Estrutura de Ensino complexa e de corpo docente engajado com as idéias que contemple essas mesmas diretrizes como transmissora de conhecimento, habilidades e características específicas pessoais de cada aluno, que podem ser lapidadas, mas não transmitidas, como o espírito crítico e reflexivo, a capacidade de comunicação, o comprometimento social etc.</p>	<p>O ideal seria que o egresso contempla-se todas as orientações das diretrizes.</p>	<p>Diretrizes estão corretas, mas para serem concretizadas necessitam de estrutura de ensino complexa, corpo docente engajado e características específicas individuais de cada aluno, pois algumas podem ser lapidadas, mas não transmitidas, tais como espírito crítico e reflexivo, capacidade de comunicação, comprometimento social.</p>

64	<p>Médico especialista</p> <p>Estas orientações são óbvias, sábias, corretas. Plenamente coerentes com a realidade brasileira.</p> <p>Contudo, dentro do momento da medicina e do econômico atual, fogem dos objetivos primários dos alunos: trabalhar em grandes centros, atuar com procedimentos (imagem, laboratório, etc.) e atender o paciente em tempo mais curto possível (devido aos miseráveis pagamentos dos planos de saúde). Os alunos não estão preocupados com a população, já que nem o presidente, nem os ministros, nem os deputados, nem os vereadores estão.</p>	<p>Na sua opinião, qual deve ser o perfil do egresso?</p> <p>O perfil do egresso, feliz ou infelizmente, será aquele (com algumas modificações) que o egresso tinha ao ingressar na Faculdade. Quem entra em uma Faculdade pagando R\$3.000,00 por mês evidentemente tem que ter um "belo" perfil econômico e social. Tem uma formação quase que certamente elitista e dificilmente conseguirá mudar para outro perfil, o daquele que conscientiza as diferenças sociais, econômicas e outras da população, uma das maiores desigualdades do mundo.</p>	<p>Diretrizes estão corretas. No entanto, fogem aos objetivos dos alunos que querem trabalhar em grandes centros e atuar com procedimentos e atender o paciente no tempo mais curto possível em virtude de serem mal pagos pelos planos de saúde. Têm uma formação elitista.</p> <p>Os alunos não estão preocupados com a população, pois têm como modelos os políticos, que também não estão.</p>
----	---	---	--

TOTAL: 3 PROFESSORES

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 4): Embora as diretrizes sejam corretas na teoria, na prática os pacientes procuram diretamente o especialista e os colegas clínicos, no sistema público, fazem apenas uma triagem e encaminham ao especialista, mesmo quando poderiam tratá-los no posto de saúde, tendo uma atitude de “se livrar” do paciente. Para que as diretrizes sejam concretizadas há a necessidade de uma estrutura de ensino complexa e corpo docente engajado e características dos alunos que não podem ser transmitidas, como espírito crítico e reflexivo, comprometimento social. Os alunos não estão preocupados com a população, tendo como modelo os políticos. Têm uma formação elitista. Além disso, querem trabalhar em grandes centros urbanos e atuar com procedimentos e atender o paciente no mais curto espaço de tempo possível, pois os planos de saúde pagam mal.

IDÉIA CENTRAL 5: O perfil preconizado pelas Diretrizes Curriculares é inadequado para a realidade atual.

Nº	Respostas-Questão 1	Respostas-Questão 2	Expressões-chave
10	<p>Médico especialista</p> <p>Eu não conheço as diretrizes nacionais do curso de graduação em medicina, mas:</p> <p>Não sei como seria formar um médico não generalista, não humanista, não crítico e não reflexivo. Todos esses comportamentos fazem parte da formação natural de um médico;</p> <p>Acho romântico querer que os médicos tratem as doenças mais prevalentes na população. Do que estamos falando? Quais são essas doenças? Penso que são parasitoses (os médicos dos postos de saúde deveriam saber tratar, mas e os outros?), os traumas, câncer, depressão, acidentes cardiovasculares.</p>	<p>Depende da região de onde ele se formou e o que ele vai estar fazendo. Talvez, para muitos deles, como os da nossa faculdade, o perfil deva ser de alguém preparado para continuar sua formação no modelo de uma residência.</p>	<p>Desconhecimento das diretrizes. A formação generalista, humanista, crítica e reflexiva faria parte da formação “natural” de um médico. É uma idéia romântica querer que o médico trate as doenças prevalentes, como as parasitoses. Os médicos dos centros de saúde deveriam saber tratá-las, porém os outros médicos deveriam saber tratar traumas, câncer, depressão, acidentes cardiovasculares. A formação dependeria da região onde se formou.</p>

82	<p>Médico especialista</p> <p>Acho que estes objetivos não são passíveis de serem atingidos, devidos a dois fatores principais e preponderantes:</p> <p>1º) a grande extensão territorial de nosso país, o que acarreta variações significativas de doenças endêmicas regionais, p.ex. qual interesse teria um médico da região sudeste saber sobre malária? Nenhuma, pois jamais vai deparar c/ tal patologia. Acho que o ensino médico deva ser regionalizado e setorizado, através das faculdades locais.</p> <p>2º) a medicina hoje é bastante complexa e necessita de tratamentos multidisciplinares para conseguirmos êxito, não tendo espaço mais para o “supermédico”, pois a dinâmica da semiologia, exames diagnósticos e tratamento são ágeis e velozes, não dando tempo de dominar-se tudo sobre o assunto. Por exemplo, o câncer para ser bem tratado necessita de: radioterapia, quimioterapia, cirurgia, nutrição, imunologia e genética etc. Só com trabalho multidisciplinar. Para podermos tratar corretamente uma doença os custos não podem ser um fator limitante. Não dois tipos de medicina (estatal e particular), mas sim uma só – a medicina bem feita e atualizada.</p>	<p>Não respondeu.</p>	<p>Os objetivos das diretrizes não podem ser atingidos, pois as regiões brasileiras são muito diferentes em relação às doenças prevalentes. O ensino médico deveria ser regionalizado.</p> <p>A medicina é muito complexa hoje e não há espaço para um médico que entenda de tudo, só com o trabalho multidisciplinar seria possível tratar corretamente as doenças.</p> <p>Os custos não podem ser um fator limitante.</p> <p>Não se pode ter dois tipos diferentes de medicina, a pública e a privada, mas uma só, bem feita e atualizada.</p>
----	--	-----------------------	--

TOTAL: 2 PROFESSORES

***Discurso do Sujeito Coletivo (DSC 5):* Considera que a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva seriam características “naturais” do médico. A idéia de formar um médico que trate as doenças prevalentes, como as parasitoses, se aplica aos médicos de postos de saúde; os outros médicos deveriam saber tratar traumas, câncer, depressão, acidentes cardiovasculares. Os objetivos das diretrizes não poderiam ser atingidos, pois as doenças são muito diferentes; o ensino médico deveria ser regionalizado. Os custos não se constituir em fator limitante. Não poderia haver dois tipos de medicina, a pública e a privada, mas só a medicina bem feita e atualizada.**

5.2.2. Considerações sobre os DSCs elaborados das questões 1 e 2

Considera-se animador para o sucesso de um processo de modificações curriculares, o fato de a maioria dos professores que responderam às questões 1 e 2 concordar com as proposições das diretrizes. De fato, 19 dos 32 docentes (59,4%) consideram adequado o perfil de médico proposto.

Pode-se ainda perceber que são poucos os professores que consideram as proposições inadequadas (DSC 5), apenas dois docentes (6,2%). Mesmo assim, acabaram concordando, em tese, no seu discurso, com um ou outro ponto enfatizado pelas diretrizes para o perfil do médico.

A porcentagem de docentes que concordam com alguns aspectos dessas proposições (DSC 2) foi de 9,4% (três professores) e os que as acham insuficientes (DSC 3) foram quatro deles (12,5%). Ainda há três professores que acham as propostas inexecutáveis na prática (DSC 4), perfazendo 9,4% do total.

Do ponto de vista de elucidação das questões propostas por este trabalho, pode-se inferir que, em tese, a aceitação pela maioria dos professores do perfil proposto nas diretrizes, que no fundo é o mesmo do Projeto de Reestruturação Curricular da IES aprovado pelo Conselho Estadual de Educação, deveria facilitar sua implementação na prática.

Praticamente todos os pontos cruciais que afastam o profissional do perfil desejado pelas Diretrizes Curriculares são apontados de maneira clara no DSC1: mercantilismo, coisificação do ser humano, especialização precoce do aluno, excesso de encaminhamento aos especialistas, não valorização da anamnese, exame físico, atenção primária e prevenção das doenças. O DSC2 enfatiza alguns desses pontos, incluindo a otimização dos recursos.

Com esses dados, poder-se-ia inferir que o processo poderia ser mais rápido, porém uma possibilidade que poderia estar retardando a realização das mudanças é o fato de que alguns dos docentes que responderam ao questionário, embora tenham clareza da necessidade de formar um médico que dê à população como um todo um atendimento melhor, não têm subsídios teóricos da área de Educação para proceder às mudanças curriculares necessárias e, principalmente, não se dão conta de como o currículo oculto influencia a formação do aluno. É preciso sempre lembrar que a maioria deles foi formada de acordo com o modelo flexneriano/cartesiano, que geralmente leva à

especialização.

Por outro lado, o fato de que muitos professores não estão participando mais ativamente das reuniões curriculares das quais emanam as decisões que promovem as principais mudanças curriculares, eventualmente por não valorizarem assuntos fora da área de sua atividade profissional como médico, também pode concorrer para a manutenção do *status quo*.

Todavia, com todas essas dificuldades, alguns aspectos do DSC1 e mesmo do DSC2 podem trazer alento e otimismo, pois existe a percepção por parte dos professores que se enquadraram nesses discursos, que são a maioria, a relevância da formação do médico geral.

Cabe nesse momento comentar que as questões 1 e 2 se referem propriamente às opiniões dos professores, o que se constituiria em pensamentos não necessariamente vinculados à sua prática cotidiana. A questão seguinte, de número 3, teria ligação direta com a sua prática como docentes; assim, prefere-se deixar para fazer mais considerações entre o que foi respondido nos **questionários** de o que ocorreu nos **episódios**, quando se for analisar os Discursos do Sujeito Coletivo emanados da questão 3, com relação direta com a prática dos professores na Instituição de Ensino onde se realizou a pesquisa.

5.2.3. Questão 3, justificativa, comentários e sugestões – Resultados

As respostas à questão 3, serão analisadas conjuntamente com a justificativa e os comentários e sugestões apresentados pelos professores. Será utilizada novamente a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) nessa análise.

A questão 3 é a seguinte:

3) Você acha que o currículo da nossa Instituição e a forma como está sendo executado concorre para formar o profissional desejado pelas Diretrizes Curriculares?

FAVOR JUSTIFICAR AS RESPOSTAS.

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES.

Baseando-se nas Expressões-Chave retiradas das respostas dadas a essas questões,

foram elaboradas três Idéias Centrais:

1) O currículo da IES concorre **em parte** para formar o profissional desejado pelas Diretrizes Curriculares.

2) O currículo da IES **não** concorre para formar o profissional desejado pelas Diretrizes Curriculares.

3) O currículo da IES concorre **positivamente** para formar o profissional desejado pelas Diretrizes Curriculares.

IDÉIA CENTRAL 1: O currículo da IES concorre em parte para formar o profissional desejado pelas Diretrizes Curriculares.

Nº	Questão 3 e justificativa	Comentários e sugestões	Expressões-chave
01	Em parte Eu diria que em parte. Se não acreditasse que, embora parcialmente e consciente de que falta muito para chegar ao perfil recomendado, a ação de cada docente pode acrescentar pontos nessa formação, não teria sentido estar, por tantos anos, sendo docente neste curso. Pontualmente temos professores que acreditam nesse perfil. Embora muitos não conheçam as diretrizes, o se “ser médico” influencia de modo positivo a formação dos nossos alunos. Não podemos esquecer o currículo oculto. As discussões que são feitas desde 2000/2001 são importantes não tanto para modificar o currículo (melhor dizendo: grade horária) de modo lento vai levando professores e alunos à reflexão: Quem somos hoje? Quem/ o que queremos ser? Qual a nossa inserção na comunidade, academia, no mundo?	Não fez.	Embora parcialmente, faltando muito para chegar ao perfil recomendado, a ação de cada docente pode acrescentar pontos nessa formação, pois temos alguns professores que acreditam nesse perfil, mesmo sem conhecer as diretrizes. Desde 2000/2001 se discute o assunto na IES; essas discussões levam os professores a refletir sobre o que queremos ser? Não se deve esquecer o currículo oculto.
02	Em parte Tendo em vista que o nosso currículo modular acha-se ainda em construção, não conseguimos atingir a meta desejada.	Não fez.	O currículo está em construção; ainda não se conseguiu alcançar a meta desejada.

03	Em parte Ainda existe carga horária dedicada a áreas que considero especialização precoce.	Acredito que deva haver um trabalho de divulgação, entre os professores, das Diretrizes Curriculares, e tentar sensibilizá-los da propriedade destas Diretrizes. A seguir, tentar adequar o currículo desejado à nossa infra-estrutura. Não creio ser uma tarefa fácil, mas o simples fato de estarmos discutindo o assunto demonstra que o fruto está amadurecendo.	Ainda há carga horária destinada à especialização precoce.
07	Em parte	Em parte nosso currículo já forma este tipo de profissional. Acho que para formarmos um médico completo ele deve ter acesso a conhecimentos em todas as áreas. O “mestre” é uma pessoa que sabe muito mais que o aluno, porque o aluno então deveria aprender, por exemplo, amigdalite aguda com o otorrino em vez de aprender com o clínico geral? Cabe ao “mestre” ensinar o mais prevalente da patologia. O bom generalista deve reconhecer as patologias raras e saber tratar as comuns, mas se ele nunca teve contato com as raras como reconhecê-las. Deve também saber das tecnologias de ponta de cada especialidade, pois um dia pode ser questionado sobre elas. O internato é onde o aluno vai ver e fixar as patologias mais prevalentes, não sei se muda muito o aluno ver o tratamento de cinco ou 50 pacientes com hiperlipidemia. Não seria melhor ver cinco doentes com hiperlipidemia e um que teve de ser submetido a cirurgia cardíaca por hiperlipidemia não tratada?	O currículo forma em parte esse tipo de profissional. O professor, sabendo mais que o aluno, deve ensinar o que é prevalente. O bom generalista deve saber tratar as doenças comuns, mas deve saber reconhecer as raras. Deve saber também tecnologia de ponta de cada especialidade. No internato, tem dúvidas se é melhor ver 50 pacientes com hiperlipidemia ou cinco com hiperlipidemia e um que teve que se submeter à cirurgia cardíaca decorrente de uma hiperlipidemia não tratada.
13	Em parte Pelo que sei do currículo ele está muito fracionado nas clínicas, deveria existir uma disciplina de clínica médica, que abrangeria as clínicas respectivas. Deve dar mais atenção às cadeiras básicas, que eram a diferença na MED ABC no passado.	Não fez.	O currículo está muito fracionado; deveria existir uma disciplina de clínica médica, que abrangeria as especialidades e dar mais atenção às cadeiras básicas.

30	Em parte Existe ainda grande ênfase na Especialização, problema este que não é exclusivo da nossa instituição. Há necessidade de transformar esta visão atual, deformada, que já se encontra implantada na perspectiva dos alunos assim que entra na Faculdade de Medicina.	Não fez.	Existe ainda grande ênfase na especialização, problema que não é exclusivo da IES. Deve-se transformar a visão deformada que os alunos já têm implantada assim que entra numa faculdade de Medicina.
32	Em parte	Não existe um currículo ideal, perfeito. Acredito que o currículo atual sempre pode ser melhorado mesmo porque faltam os ensinamentos teológicos, porque sem a religião não existe medicina!	Não existe currículo ideal, perfeito. Sempre pode ser melhorado.
37	Em parte, pois não é praticado o caráter preventivo como apregoado. A quase totalidade da carga horária, principalmente no internato, onde o aluno começa a praticar a medicina, o enfoque é o diagnóstico e o tratamento das doenças. Outro aspecto, que no meu entendimento é falho é a subdivisão do internato em quatro blocos baseados nas especialidades em detrimento a Clínica Médica, que em última análise formaria o generalista.	Não fez.	Não é praticado o caráter preventivo, como apregoado pelas diretrizes. O enfoque é o diagnóstico e tratamento das doenças. O internato é muito subdividido nas especialidades em detrimento da Clínica Médica.
39	Em parte Acho que nossa Instituição está passando por momentos de reformulação de algumas áreas do ensino. Devemos reforçar todos os itens colocados na 1ª questão e enfatizar o atendimento humanizado, atendimento primário e secundário e principalmente o preventivo. Acho importante também que o aluno entenda e participe de política de saúde, a posição das entidades médicas, CRM, sociedades, convênios, etc.	Deveríamos periodicamente fazer Fóruns para professores e alunos sugerirem mudanças. Otimizar o que existe de favorável e reavaliar o que for necessário para melhorias. Temos reuniões curriculares onde já temos essas intenções, mas acho que toda a faculdade deveria participar, além do entrosamento de todas as áreas.	Está havendo uma reformulação de algumas áreas do ensino. Devemos reforçar o perfil das diretrizes, humanizando e enfatizando o atendimento primário e secundário e, principalmente o preventivo. O aluno deveria participar de políticas de saúde.

46	<p>Em parte</p> <p>Acho necessária a coexistência da especialização com a generalidade. Em minha própria disciplina, ministramos um conteúdo geral e básico ao terceiro ano, mas, por exemplo, temos um ambulatório super especializado, que é o de doenças inflamatórias intestinais, freqüentado pelos alunos do quarto ano (disciplina eletiva) e do sexto ano (ciclo de ambulatórios). Por outro lado, a existência de ambulatórios especializados é necessária para justificar a própria existência da especialidade, e para efeito de pesquisa e produção científica de seus professores. A meu ver, um dos problemas é que muitos alunos já entram na faculdade querendo fazer uma especialidade, muitos já querem ser oftalmos, radiologistas etc., disciplinas que são especializantes por excelência e têm pouco a ver com a formação generalista. Estes alunos tendem a não valorizar adequadamente as disciplinas que lhes ministram uma formação generalista, tais como Clínica Médica, Saúde Coletiva, etc. às vezes nem aparecem para assistir as aulas destas disciplinas. Então, embora a faculdade muitas vezes imprima uma formação generalista, sempre há aquele aluno que fará questão de ser especialista, quer ser endoscopista, ultrassonografista etc. Por mais que a faculdade se esforce em formar generalistas, este indivíduo provavelmente não sairá com boa formação geral, já que tende a estudar mais sua futura especialidade e abandonar mais as genéricas.</p>	Não fez.	<p>Acha necessária a coexistência da especialização com a generalidade. A especialidade é necessária para efeito de pesquisa e produção científica dos professores. O problema é que muitos alunos entram na faculdade já querendo fazer uma especialidade. Estes não valorizam as disciplinas como Clínica Médica, Saúde Coletiva, etc. às vezes nem freqüentam as aulas dessas disciplinas. Por mais que a faculdade se esforce, esses alunos estudarão mais sua futura especialidade, abandonando as genéricas.</p>
50	<p>Em parte.</p> <p>Não tenho conhecimento completo e abrangente das diretrizes curriculares da FMABC para dar coerência a minha resposta.</p>	<p>Pessoalmente, acho que o sistema de ensino tutorial, padrão PBL, parece-me mais adequado para a formação do aluno de medicina. Não acho eficiente o ensino passivo, em turmas grandes. Não acredito em desenvolvimento cognitivo forçado com provas e testes.</p>	<p>Não tenho conhecimento abrangente das diretrizes. Acho que o PBL seria mais apropriado para formar o aluno de medicina.</p>

58	<p>Em parte</p> <p>Muitas disciplinas tentam seguir este objetivo, porém, ainda há quem acredite na necessidade da sub-especialidade, muitas vezes, fragmentando os ciclos de internato em estágios de pouquíssimos dias, apenas para contemplar tais opiniões que fazem da presença do aluno uma forma de mostrar sua importância na instituição. Devendo, no entanto, pensar na pós-graduação e na assistência de forma mais cuidadosa, valorizando cada vez mais sua própria disciplina.</p>	<p>Toda esta justificativa tem sido debatida nas reuniões da comissão de internato e na comissão de ensino.</p>	<p>Muitas disciplinas tentam seguir esse objetivo, mas há os que acreditam na necessidade da sub-especialidade, muitas vezes fragmentando os ciclos de internato, apenas para mostrar a importância delas na instituição.</p>
60	<p>Em parte</p> <p>Eu acredito que o currículo médico vem sofrendo modificações de forma a atender melhor as diretrizes. Acho, entretanto que as disciplinas básicas não são valorizadas o suficiente, fator indispensável para obtenção de um perfil mais generalista. Tenho também a impressão que há falhas na formação humanista e no atendimento a doentes, bem como na ênfase da instituição em estimular a integração dos graduandos médicos com profissionais e estudantes de outros cursos. Este tipo de integração poderia formar um profissional mais preocupado com o melhor atendimento de pacientes, inclusive facilitando o seu aprendizado como, por exemplo, solicitação de exames e interpretação de exames, evitando desta forma desperdícios e erros na solicitação, execução e interpretação de exames que implicam em custos elevados no setor público e privado, sem falar no prejuízo para o paciente.</p>	<p>Não fez.</p>	<p>O currículo vem sofrendo modificações para atender melhor as diretrizes. As disciplinas básicas não são valorizadas, o que seria fundamental para formar o generalista. Há falhas na formação humanista. Deveria haver integração dos estudantes com profissionais e estudantes de outras instituições, facilitando o aprendizado, por exemplo, em pedir exames de forma adequada, evitando desperdício para o setor público e privado, sem falar no prejuízo para o paciente.</p>
67	<p>Em parte</p> <p>A nossa faculdade forma bem o médico dentro da nossa realidade. Temos o curso de graduação e o internato que preenchem finalidades de formação médica, porém não acredito que qualquer curso médico neste país esteja em condições de preparar o seu formando sem a complementação da residência ou estágios pós-graduação.</p>	<p>Não fez.</p>	<p>Dentro da realidade atual, a IES forma bem o médico. Nenhum curso médico está em condições de preparar o formando sem a complementação da residência.</p>
95	<p>Em parte</p> <p>Direcionar para os profissionais compatíveis.</p>	<p>Não fez.</p>	

96	Em parte Há pouquíssima formação do médico humanista voltado para a medicina como doutrina.	Obs.: Concordo plenamente com todas as diretrizes, entretanto no que diz respeito a encaminhar o paciente que fuja do conhecimento geral do médico se trata no fundo de um grande problema, pois normalmente casos simples são encaminhados para os especialistas causando atraso no tratamento do paciente, aumento dos custos para os doentes porque mesmo encaminhados eles recebem uma prescrição (nem sempre correta). No fundo a maioria dos médicos generalistas de doenças e casos muito simples, encaminhando grande parte dos pacientes.	Há pouquíssima formação humanista. Hoje em dia há um grande problema, pois o encaminhamento para os especialistas causa atraso no tratamento dos pacientes. A maioria dos médicos generalistas encaminha grande parte dos pacientes.
97	Em parte Falta um pouco de formação humanista.	Maior atendimento dos preceptores com ênfase no aspecto humano e social.	Falta formação humanista. Deve-se enfatizar o aspecto humano e social.

TOTAL: 17 PROFESSORES.

***Discurso do Sujeito Coletivo 1 (DSC 1):* O currículo está em construção, faltando ainda um longo caminho para se chegar ao perfil recomendado. Há muitos docentes que acreditam nesse perfil e têm sido feitos esforços para atingi-lo. O bom generalista deve saber tratar as doenças comuns e reconhecer as raras; ainda há muita carga horária que leva à especialização precoce e o aluno já vem com visão deformada, almejando ser um especialista, não valorizando disciplinas importantes para a formação do profissional com o perfil das diretrizes e isso deve ser mudado. Há ainda muita ênfase no diagnóstico e no tratamento das doenças, quando deveria ser na prevenção e no atendimento primário e secundário. Há grandes falhas na formação humanística; os aspectos humanos e sociais são pouco abordados no curso. O currículo é fragmentado e há falhas na orientação do aluno quanto ao pedido racional de exames subsidiários, levando ao desperdício. Há excesso de encaminhamento aos especialistas, mesmo em casos que o clínico geral poderia resolver, com prejuízo aos pacientes. É necessário que o egresso faça residência ou estágios de pós-graduação.**

IDÉIA CENTRAL 2: O currículo da IES não concorre para formar o profissional desejado pelas Diretrizes Curriculares.

Nº	Questão 3 e justificativa	Comentários e sugestões	Expressões-chave
06	<p>Não</p> <p>Falta integração entre as várias especialidades para enxugar o currículo, deixando apenas aquilo que diz respeito à formação condizente com as atividades primárias de saúde, postergando o resto a pós-graduação.</p>	<p>Não fez.</p>	<p>Falta integração entre as especialidades para enxugar o currículo e propiciar a formação voltada às atividades primárias, deixando a especialização para a pós-graduação.</p>
08	<p>Não (inferido)</p> <p>A nossa instituição tem como meta passar conhecimento, ter trabalhos publicados, possuir docentes que se destacam na mídia da saúde e não ter notas na imprensa de agravos. Não há preocupação de se balizar os docentes do ponto de vista ético, humanista, comprometidos para formar pessoas mentalmente saudáveis, honestas, de caráter, reflexivas, autônomas. Existe um viés no emponderamento: alunos corretos são ignorados e alunos que mais estão em evidência (presencial), são os que recebem reforço positivo.</p>	<p>Precisávamos ter reuniões entre os docentes ou até um curso à distância obrigatório para que esse assunto fosse discutido mais amplamente. Esse local de reflexão, de discussão colaboraria para o crescimento interno de cada um que certamente seria passado para os alunos. Só conseguimos dar aquilo temos.</p>	<p>A instituição tem como meta apenas passar conhecimentos e ter docentes que se destaquem na mídia; não há preocupação com os docentes no sentido ético e humanístico para garantir uma formação de profissionais honestos, reflexivos e autônomos. É necessário discutir o assunto amplamente entre os docentes, para que cresçam e passem o exemplo aos alunos.</p>
12	<p>Não (inferido)</p> <p>As diretrizes curriculares voltam para uma atuação generalista, dando ênfase à prevalência das doenças e ainda temos na instituição uma discrepância quanto à carga horária das disciplinas curriculares e internato.</p>	<p>Na minha modesta opinião e como ex-aluno da décima turma desta faculdade, ex-residente de clínica médica e professor há 17 anos e atual chefe do departamento de clínica médica, devemos nos voltar a melhor formação de nossos alunos, respeitando as diretrizes curriculares e a tendência nacional do ensino médico. Temos muitas resistências às mudanças, pois as pessoas e disciplinas ficam com a sensação de domínio sobre os alunos e são muito resistentes a mudanças. Temos as disciplinas eletivas que a meu ver existem grandes equívocos, pois são ministrados os cursos com temas que não completam as diretrizes e também um desças o por parte de todos, desde a diretoria até os alunos. O internato também é dividido de forma igualitária entre as grandes áreas, que também são desfavoráveis às diretrizes e que as grandes escolas médicas do país são feitos de forma diferente. Por fim se almejamos uma grande escola devemos realizar profundas mudanças.</p>	<p>Há muita resistência a mudanças pela sensação de poder sobre os alunos. As disciplinas eletivas oferecidas e o internato não contemplam as diretrizes. Devemos realizar grandes mudanças.</p>

18	<p>Não</p> <p>Há uma extrema falta de integração entre as atividades realizadas pelos diversos departamentos da FMABC, o que concorre para uma formação fragmentada. Além disso, as diretrizes curriculares atuais não são objeto de reflexão coletiva e, menos ainda, referência para a estruturação das disciplinas curriculares.</p>	<p>Sobre o problema de pesquisa: É extremamente relevante o tema enfrentado, além do que provavelmente estimulará a concretização de um debate interno na FMABC.</p> <p>Sobre o questionário: Talvez seja mais interessante aplicar o questionário através de entrevistadores. Isso possibilitará, por exemplo, iniciar com a segunda questão ora apresentada, buscando uma resposta espontânea sobre o tema. A seguir seriam apresentadas as diretrizes, de forma a buscar um posicionamento frente ao assunto. Embora o questionário tenha a vantagem de trabalhar com questões abertas, tomando-se o cuidado de não apresentá-las em grande número, acredito que vale a pena pensar na conjugação destas com algumas questões fechadas, para o enriquecimento do material empírico. Estas últimas poderiam abordar, por exemplo, alguns problemas já classicamente identificados na literatura científica em relação à formação médica, tais como: a falta de integração entre o “ciclo básico” e o “ciclo clínico”, entre a “prática” e a “teoria”, entre as diferentes disciplinas curriculares; a incorporação marginal das ciências humanas no currículo médico e, conseqüente adoção do paradigma mecanicista em saúde; a especialização precoce; a “não terminalidade” do curso de graduação, dentre outras.</p>	<p>Extrema falta de integração entre os departamentos levando à formação fragmentada. As diretrizes ainda não são objeto de reflexão coletiva, não servindo de referência para a estruturação das disciplinas curriculares. O tema é extremamente relevante.</p>
27	<p>Não (inferido)</p> <p>Falta mais prática em atenção primária e a definição institucional de um conjunto de agravos mais prevalentes e que sejam abordados de forma integrada entre todas as disciplinas. A faculdade sofre ainda a influência da prática liberal tradicional e um maior estímulo às especialidades com ênfase propedêutica. Isso é uma mal de todas as IES no Brasil. Uma nova geração de professores para a Escola Médica precisa ser criada.</p>	<p>Obrigado pela oportunidade.</p>	<p>Falta mais prática em atenção primária e definição institucional do conjunto de agravos prevalentes. Há ainda grande influência da prática liberal tradicional, com maior estímulo às especialidades. Precisa ser criada uma nova geração de docentes para a escola médica.</p>

49	<p>Não Conteúdo teórico excessivo prejudicando o conteúdo prático. Conteúdo teórico especializado aprofundado e não valorização dos eventos e patologias comuns e freqüentes, acarretando falta de aprendizado em diagnosticar e tratar o comum e freqüente. Ainda com muito treinamento prático hospitalar. Informações diferentes e conflitantes por especialidades diferentes. O Departamento de clínica médica não tem médico generalista ele é todo dividido em especialidades/especialistas. Visão segmentar do ser humano. Apesar do grande trabalho de reformulação do currículo e das tentativas de mudanças, muitos professores estão alheios às mudanças. O professor da FMABC com perfil generalista não está sendo valorizado e estimulado.</p>	<p>É necessário investir nos professores: Divulgar Boletins sobre as diretrizes curriculares governamentais, sobre a situação da Faculdade perante as exigências necessárias, sobre os resultados obtidos nas avaliações. Consolidar uma “filosofia pedagógica”. Traçar objetivos e metas amplamente discutidos e DIVULGADOS a TODOS. Promover mais reuniões clínicas com participação de diferentes especialidades. Promover padronizações de condutas com discussão entre diferentes disciplinas e que tenha ampla divulgação para todos os professores, principalmente para eventos comuns e freqüentes. Identificar e valorizar o professor com perfil generalista, proporcionar-lhe condições de organizar e participar de eventos com equipe multidisciplinar.</p>	<p>Conteúdo teórico e especializado é excessivo e não há a valorização das patologias comuns. Treinamento hospitalocêntrico. Departamento de Clínica Médica dividido em especialidades, sem médico generalista, com visão segmentada do ser humano. Muitos professores estão alheios, apesar de todo trabalho de reformulação curricular. Os professores com perfil generalista não estão sendo valorizados e estimulados.</p>
63	<p>Não A Escola se diz generalista e pratica a hipertrofia da especialização quando os alunos mal conhecem as matérias básicas e genéricas. Estas são relegadas a um segundo plano e tem sua carga horária reduzida para abrigar as especialidades, que os alunos, em sua maioria, no futuro não irão usá-las.</p>	<p>Corrigir as distorções priorizando as matérias generalistas, acabar com o “horário verde” e cursos eletivos, deixar o internato só para o sexto ano e com curso auxiliar para pré-residência durante o mesmo.</p>	
64	<p>Não, porque nosso curso de graduação prioriza uma oferta de todas as disciplinas possíveis na área da medicina e, por conseguinte, cabe aos alunos uma fração apenas do ideal de cada uma. Em outras palavras, os alunos têm uma "noção geral" de conhecimento de cada uma das disciplinas, sem inclusive valorizar aquelas que estão diretamente envolvidas com os cuidados primários e secundários.</p>	<p>Minha sugestão é priorizar o curso prático (internato) e com destaque para o mesmo objetivo das Diretrizes, isto é, enfatizar o conhecimento da medicina usando (simbolicamente, é claro) apenas termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro e, principalmente, discernimento (o antigo "olho clínico") para conduta, diagnóstico e tratamento das rotineiras doenças nacionais atendidas no dia-a-dia dos ambulatórios de saúde.</p>	<p>O curso prioriza as especialidades e não as que estão envolvidas com os cuidados primários e secundários. Deveria ser enfatizado o antigo “olho clínico”, utilizando-se a anamnese, exame físico para o diagnóstico e o tratamento das doenças rotineiras.</p>
82	<p>Não Porque o ensino aqui é muito fragmentado, com cargas horárias muito reduzidas em matérias de grande interesse; além de carência constante de material humano qualificado, material didático, pesquisa e abrangência social para a comunidade.</p>	<p>O problema levantado é difícil de ser respondido, pois abrange aspectos políticos, econômicos, sociais, morais, éticos, educacionais básicos e uma mudança de mentalidade do povo. Necessário seria um fórum amplo, irrestrito e com poder decisório para podermos alterar o estado atual das coisas.</p>	<p>Ensino fragmentado, cargas horárias reduzidas em matérias de grande interesse. As mudanças envolveriam aspectos políticos, sociais, éticos, econômicos, educacionais. Seria necessário um fórum amplo e com poder decisório para alterar o estado atual das coisas.</p>

90	Não Trabalho junto aos internos de sexto ano e residentes de clínica médica e o que observo é uma quase total falta de conhecimentos básicos, tanto clínicos como de fisiologia, fisiopatologia e terapêutica, sem contar com uma ignorância enorme quanto aos aspectos propedêuticos e à “preguiça” de examinarem pacientes e extrair o seu histórico e apenas preocupar-se com a solicitação excessiva e desnecessária de exames complementares.	Os alunos devem ser estimulados a participar ativamente no ambiente hospitalar, ambulatorial e experimental desde anos precoces, para despertar o interesse pela profissão, tornar-se mais comprometido consigo mesmo e criar chances de desenvolvimento maior. Para isto acredito seja necessário haver espaço para este tipo de atividade e não apenas sentar-se numa sala de aula para ouvir o professor e cumprir a carga horária.	Desconhecimento por parte dos alunos do internato de conhecimentos básicos, ignorância dos aspectos propedêuticos, preguiça de examinar os pacientes, extrairando seu histórico; apenas preocupação com a solicitação excessiva e desnecessária de exames complementares.
98	Não Acho que os alunos priorizam apenas a especialidade que trazem um retorno financeiro muito rápido, sem refletir sobre o caráter humano e assistencial do médico.	Não fez.	Os alunos priorizam especialidades que trazem retorno financeiro rápido sem refletir sobre o caráter humano do médico.

TOTAL: 11 PROFESSORES.

***Discurso do Sujeito Coletivo 2 (DSC 2):* A instituição tem como meta apenas passar conhecimentos e ter docentes que se destaquem na mídia, faltando integração entre as especialidades para enxugar o currículo e propiciar a formação dirigida ao atendimento primário. Não há preocupação dos docentes para formar profissionais éticos, reflexivos e autônomos. Temos muitas resistências às mudanças devido à sensação de poder sobre os alunos, e as diretrizes ainda não são objetos de reflexão por parte dos docentes; deveria haver uma discussão ampla sobre o assunto. O internato e as disciplinas eletivas não contribuem para formar o generalista, e falta uma definição institucional sobre quais seriam os agravos prevalentes. O conteúdo teórico especializado é aprofundado e não há valorização dos eventos e patologias comuns, mais freqüentes. Há falta de humanismo, visão fragmentada do ser humano e baixa carga horária nas disciplinas de maior interesse para a formação geral. Excesso de pedidos de exame até por “preguiça” de fazer uma anamnese e exame físico bem feito. Os próprios alunos priorizam as especialidades com retorno financeiro rápido sem refletir sobre o caráter humano do médico. A maioria dos docentes está alheia às tentativas de mudanças.**

IDÉIA CENTRAL 3: O currículo da IES concorre positivamente para formar o profissional desejado pelas Diretrizes Curriculares.

Nº	Questão 3 e justificativa	Comentários e sugestões	Expressões-chave
10	Sim A faculdade passa por um momento de adequação do <i>currículum</i> frente às necessidades da profissão. A interdisciplinariedade tem sido a base desse novo <i>currículum</i> .	Divulgar, para quem respondeu essas questões, os resultados.	A faculdade está adequando o currículo frente às necessidades da profissão e a interdisciplinaridade tem sido a base desse novo currículo.
15	Sim Dentro de objetivos superficiais, creio que estamos atingindo nossos objetivos.	Não fez.	Dentro de objetivos superficiais, a IES está atingindo seus objetivos.
48	Sim O currículo é dividido em três partes, sendo uma de formação em ciências básicas, nos dois primeiros anos, um segundo com formação em ciências clínicas, no terceiro e quarto ano, e uma terceira com formação em prática clínica. Logo, uma formação adequada.	Estímulo ao aluno de graduação a participar de pesquisas e extensão nas diversas áreas do conhecimento.	O currículo tem dois anos de ciências básicas, dois de ciências clínicas e dois anos de prática clínica, logo, uma formação adequada.
99	Sim Na opinião geral que abranja cada um dos itens anteriores.	Não fez.	

TOTAL: 4 PROFESSORES.

Discurso do Sujeito Coletivo 3 (DSC 3): A faculdade está adequando o currículo e a interdisciplinaridade tem sido a base desse novo currículo. Dentro de objetivos superficiais, a IES está atingindo seus objetivos. O currículo, com dois anos de ciências básicas e dois de prática clínica, está formando adequadamente o médico.

Para analisar a influência dos DSCs obtidos da questão 3 e como poderiam auxiliar na elucidação do problema desta pesquisa, a pesquisadora preferiu passar a um novo capítulo, no qual será feito um contraponto entre os Discursos do Sujeito Coletivo e o que foi relatado nos episódios. Esse procedimento teve como meta o desvelamento dos fatores facilitadores e os que funcionariam como entraves a um processo de reestruturação curricular para a formação do profissional com as características constantes das Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL/MEC, 2001), tema principal deste trabalho.

CAPÍTULO VI

DESVELANDO O PROBLEMA

Neste capítulo, procurou-se reunir os fatores que dificultariam o processo de mudanças curriculares, retirados dos Discursos do Sujeito Coletivo, contrapondo-os às ações observadas nos episódios e analisando as concepções subjacentes a essas ações, que poderiam explicar as dificuldades dos docentes de concretizar as mudanças.

Por outro lado, as condições que favorecem o processo, quando detectadas, também são analisadas da mesma maneira.

Sempre que possível, procura-se mostrar, à luz dos autores pesquisados, quais os fundamentos teóricos da oposição ou da facilitação ao processo de transformação curricular.

6.1. Analisando os Discursos do Sujeito Coletivo obtidos da questão 3

Na elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo – DSCs, procurou-se apreender e incluir todos os pontos considerados relevantes, o que resultou em DSCs relativamente longos. A intenção da pesquisadora foi a de não reduzir demasiadamente esses discursos, de modo que fossem revelados pensamentos dos docentes considerados importantes para este trabalho.

Os DSCs obtidos a partir das respostas à questão 3, bem como as justificativas e as sugestões, foram, de certo modo, surpreendentes. A maioria dos docentes expressa de maneira clara sua opinião, mesmo quando esta se mostrou de certo modo desfavorável à formação oferecida pela instituição na qual é professor.

Pode-se ver que a grande maioria, 28 professores (87,5%), tem a percepção de que a IES não está formando o profissional adequado, de acordo as diretrizes curriculares (DSC2), ou o faz apenas em parte (DSC1). Na verdade, percebe-se que a diferença entre os DSC1 e DSC2 é mais quantitativa que qualitativa, significando que ambos consideram a formação do egresso inadequada.

Encontra-se presente grande parte dos fatores que dificultam o processo rumo à formação do médico generalista (citados nas hipóteses elaboradas no capítulo anterior),

tendo sido observados outros nos DSC feitos a partir das respostas dos docentes: fragmentação curricular; especialização precoce, pouca ênfase na formação humanística e ética dos alunos; o curso não é terminal; desinteresse dos alunos por disciplinas que levam à formação geral, privilegiando especialidades com retorno financeiro, sem visão do caráter humano (e social?) do médico; pouca relevância à prevenção e ao atendimento primário; excesso de encaminhamento para as especialidades; pouca disposição a uma anamnese e ao exame físico criterioso e não orientação para um pedido de exames racionais; resistência a mudanças por parte das disciplinas pela sensação de poder sobre os alunos; não conhecimento ou falta de reflexão sobre as diretrizes; muitos docentes alheios às tentativas de mudanças.

Na opinião da autora, os poucos professores (quatro em 32, ou seja, 12,5%) que opinaram no sentido de que o currículo estaria formando o profissional desejado pelas diretrizes na verdade estão apenas sendo otimistas, ou seja, expressam mais uma esperança de que a implementação das mudanças, que ainda estão sendo discutidas, realmente ocorra na prática. Além disso, os comentários quanto à formação não parecem ter uma base consolidada na prática e, de certa maneira, podem ser considerados superficiais.

6.2. As dificuldades para a concretização das mudanças

Os DSCs extraídos das respostas ao questionário deixam transparecer novamente que, apesar de os professores terem clareza da formação inadequada e dos principais fatores que fazem com que essa formação seja inadequada, esta clareza nem sempre se traduz no sentido da implementação das mudanças curriculares necessárias a mudar essa situação, como foi visto nos **episódios**.

A respeito dessa dificuldade, uma consideração a ser levada em conta foi feita por Alves-Mazzotti (1999, p. 19) no que concerne à existência de duas lógicas distintas – uma cognitiva e uma social – que permitiriam compreender por que as representações integram, em seu conteúdo, o racional (neste trabalho representado pelas respostas ao questionário) e o irracional (o comportamento relatado nos episódios) e por que toleram aparentes contradições. Na verdade, a referida autora comenta que essas contradições são apenas aparentes e que, ao contrário, as representações sociais são sistemas organizados e coerentes. Talvez essas considerações em parte expliquem as dificuldades dos professores

em transformar o currículo, na prática. Na verdade, os docentes que participam mais ativamente no sentido da implantação das modificações provavelmente têm feito um esforço muito grande no sentido da superação de suas próprias representações da profissão, decorrentes de sua formação e do ambiente onde militam.

Outro aspecto relevante seria a falta de noções de Pedagogia, aqui tomada como um conjunto de conhecimentos que investiga a natureza das finalidades da educação na sociedade, por parte dos professores. Esse parece ser um entrave importante para melhorar a formação profissional do médico. A realização das mudanças curriculares necessárias, mesmo entre os que têm a clara intenção de fazê-lo, fica bastante dificultada quando não há a sustentação teórica suficiente e o domínio dos meios apropriados para isso, como demonstrado nos episódios. A grande maioria dos docentes quer aperfeiçoar o processo de formação do médico, porém não teve na sua própria formação subsídios que os capacitassem; nem mesmo têm, na maior parte das vezes, embasamento suficiente para se tornarem professores (LANE, 2000, p. 65). São médicos/professores provenientes do modelo de ensino médico flexneriano/cartesiano, com experiência clínica e cirúrgica, na maioria especialistas.

Dessa forma, a finalidade da Educação como formadora, para além das técnicas pedagógicas (didática), é desconhecida pela maior parte dos docentes. Conhecer outros campos do saber, como a linguagem, a filosofia, a sociologia, capacitaria o professor a levar o aluno a ter uma visão integral do ser humano, o que iria ao encontro do perfil desejado para o médico formado.

As características próprias da sua formação tendem a fazer com que o professor do curso médico tenha dificuldades para se adaptar aos novos requisitos necessários à sua prática. Nem mesmo a inserção de disciplinas na pós-graduação *stricto sensu*, como seria o caso das disciplinas de Pedagogia Médica e Didática Especial citadas por Silva (1997, p. 189-190), seriam suficientes para “[...] dar conta do processo de formação que se deseja”. Essa autora considera que o projeto de formação deve ser institucional, continuado, implicando espaços de trocas. Enfatiza, todavia, que esses espaços devem se constituir em interlocuções privilegiadas e considera relevante a participação do psicólogo da educação.

Para alterar esse cenário, a capacitação docente na escola de modo continuado seria de suma importância para preparar melhor o professor de Medicina.

As diretrizes curriculares são referências obrigatórias para a elaboração do modelo

pedagógico/perfil do profissional. O processo educacional é uma combinação entre o ensino e o aprendizado. O ensino tradicional está centrado na figura do professor, sendo ele o responsável de maneira completa pelo processo de aprendizado do aluno. O mestre, desse modo, decide sempre o que é importante para os alunos conhecerem; naturalmente aquilo que mais interessa a ele como especialista em alguma área particular da Medicina. Mesmo quando pretende fazer alterações nessa conduta, é difícil que o consiga, no cotidiano.

Outro aspecto a considerar é que a prática do ensino médico na IES (Internato) ainda está centrada em pacientes internados, embora já exista bastante treinamento nos ambulatorios e parte do Internato seja realizada no Centro de Saúde-Escola. Contudo, o atendimento nos ambulatorios ainda leva a um encaminhamento exagerado às especialidades, como foi relatado no DSC1, fazendo com que o aluno continue a supervalorizar o médico especialista.

Antes de se fazer novas considerações, devem ser lembrados aspectos importantes das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, enfatizados para facilitar a leitura e o entendimento das considerações que serão feitas.

As Diretrizes Curriculares foram elaboradas como estratégia para promover a mudança no eixo paradigmático da assistência à saúde. O Perfil do Profissional contempla a “[...] formação generalista, humanista, crítica e reflexiva [...]”. Nas Competências e Habilidades Específicas encontramos: “[...] atuar em diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário”, o que levaria à maior promoção à saúde e prevenção de doenças, diminuindo os custos com o atendimento terciário.

Nos conteúdos curriculares, são citados como essenciais os ~~que estão~~ “[...] relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade”; a “[...] compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença”.

Como se pode ver no DSC1, os aspectos humanos e sociais são pouco abordados no curso, na opinião dos professores.

É evidente a necessidade de inserção de ciências do comportamento e sociais no currículo como instrumento para concretizar os objetivos da formação do médico interessado na pessoa do paciente. Morinaga et al. (2002, p. 79) comenta que, de acordo com pesquisa realizada, médicos, pacientes e estudantes de Medicina interpretaram com

bastante proximidade os atributos que podem definir a relação médico-paciente: empatia, comunicação, integração da atenção médica, conforto médico, suporte emocional, envolvimento com a família e amigos.

O humanismo de que deve se revestir a prática médica não é conquista de um dia, nem se reveste de caráter definitivo; trata-se, pelo contrário, de verdadeira postura profissional a ser cultivada e estimulada a todo o momento, diante de circunstâncias diferentes e de numerosos obstáculos. Ratificamos os dois aspectos da visão de homem contrapostos ao humanismo desejado para o médico e que merecem atenção especial: a concepção mecanicista cartesiana, de que o funcionamento dos seres vivos é equiparado ao de uma máquina. Nessa visão, o doente é reduzido a uma soma de genes e moléculas. O outro desafio ao humanismo médico é considerar o paciente como simples objeto de pesquisa.

Esse fato é agravado quando se trata de professores-pesquisadores de disciplinas básicas, cuja formação geralmente não envolveu contato com pacientes. Em vários momentos do cotidiano da escola, percebe-se que esses docentes, cujo local de trabalho é o laboratório, muitas vezes utilizam animais em suas atividades de pesquisa e até mesmo para fins didáticos, numa clara relação **sujeito-objeto** (grifo nosso).

Esses professores que, de um modo geral, são bastante respeitados pelos alunos pelo seu conhecimento e por suas atividades de pesquisa, serviriam de modelo. Uma hipótese a ser levada em conta seria a de que a formação humanística dos alunos poderia ficar comprometida uma vez que alguns, devido à sua imaturidade, poderiam extrapolar o comportamento sujeito-objeto para a relação com seus futuros pacientes. Assim, os docentes de disciplinas básicas se constituem num importante foco para um trabalho de sensibilização e conscientização do tipo de profissional que se quer formar, pois ensinam matérias dos primeiros anos de curso e são muito importantes na formação do futuro médico.

Com grande sensibilidade, em várias ocasiões o Coordenador do Curso mostrou sua preocupação com relação aos docentes que não tinham contato com pacientes. Segundo ele, esse tipo de professor teria dificuldade para contribuir de modo mais fundamentado para as mudanças curriculares. Evidentemente, não foi possível apreender a partir de sua fala o motivo pelo qual fazia essa afirmação, porém deve estar relacionada à falta de vivência da relação médico-paciente.

É opinião da pesquisadora, que não é médica, que os docentes de disciplinas básicas, principalmente quando não formados em Medicina, necessitariam de um esforço

maior de conscientização da necessidade premente de humanizarem suas práticas, para que se possa construir um currículo para a humanização dos médicos formados.

Não se quer dizer, evidentemente, que professores-pesquisadores de áreas básicas sejam os responsáveis pela desumanização do estudante. Lampert (2001, p. 37) relata que vários estudos mostraram que o processo de “coisificação” do ser humano, no caso os pacientes, ocorreria durante todo o processo de formação.

Lima-Gonçalves (2002, p. 66) vai ainda além quando diz que a prática médica atual se desenvolve por meio de uma relação *sujeito-objeto*, na qual o paciente (objeto) não teria opinião nem vontade. Segundo esse autor, se não houver mudanças significativas na formação do médico na maioria das escolas, corre-se o risco de a relação piorar ainda mais e se transformar em *objeto-objeto*, na qual o médico tende a desvalorizar sua participação e discernimento, submetendo-se à tecnologia na elaboração de diagnósticos (grifos do autor). Estaria, portanto, alienado de sua função de médico.

Em decorrência dessa percepção marcadamente cartesiana, aos estudantes são oferecidos cada vez mais conhecimentos técnicos oriundos das inúmeras disciplinas acadêmicas, e as informações são apresentadas sem qualquer preocupação de síntese integradora que respeite a dimensão antropológica do paciente.

Outro aspecto marcante nos DSC1 e DSC2 é o direcionamento do currículo da IES à especialização precoce do aluno. Como resultado, no término do curso formam-se especialistas em doenças, embora despreparados para cuidar de pessoas enfermas.

Muitos autores evidenciam as conseqüências danosas da especialização que transformaria a relação médico-paciente. O aparato tecnológico utilizado no setor acaba por intermediar a relação especialista-paciente: o médico serviria apenas como um “meio”, um recurso para a relação dos pacientes com a tecnologia da medicina, não sendo mais o médico que se relaciona com o paciente, trazendo para esta relação os conhecimentos e técnicas que permitam a sua ação (ARRUDA, 2001).

A formação no sentido da especialização, percebida e relatada pela maioria dos professores da IES nos DSC1 e 2, em contraposição à formação no médico geral, remete ao conceito de alienação.

Quando o médico especialista não consegue enxergar o ser humano como um todo e não foi devidamente preparado para fazer um diagnóstico utilizando toda a propedêutica para esse fim, nos casos em que isso seria suficiente, tendo que recorrer à alta tecnologia para realizar seu trabalho, está alienado de seu próprio trabalho: ser médico. Os proprietários dos meios de produção utilizados pelos médicos em seus diagnósticos

(indústrias de equipamentos para diagnóstico, laboratórios de reagentes para diagnóstico laboratorial) detêm o controle da atividade do profissional. Todas as formas de alienação encerram a idéia comum de que o homem falhou com alguém ou em alguma coisa que é essencial à sua natureza. Em todas essas diferentes formas, alguma outra entidade obtém o que deve caber ao homem, ou seja, o direito do controle de suas próprias atividades.

O excessivo uso de tecnologias também é enfatizado nos DSC1 e DSC2. A tecnologia exerce um grande fascínio sobre os alunos, e muitos professores expressam essa percepção, o que torna pertinentes alguns comentários sobre os conceitos de Ideologia e Fetichismo e como eles estão relacionados ao excesso de especialização ou à especialização precoce presente na formação do médico.

A Ideologia é definida por Marx e Engels como refletindo a vida social, política e econômica de tal modo que se produzam distorções, ilusões e uma "falsa consciência" ou, como queria Paulo Freire (1979, p. 38-39), uma "consciência ingênua" do mundo social (grifo nosso).

Konder (2002, p. 49) se reporta às palavras de Engels:

A ideologia é um processo que o chamado pensador executa certamente com consciência, mas com uma *falsa consciência*. As verdadeiras forças motrizes que o motivam permanecem ignoradas; de outra forma, não se trataria de um processo ideológico.

No caso da medicina, existem muitos interesses econômicos envolvidos na atividade dos médicos, como as indústrias de equipamentos médicos, farmacêutica e de reagentes para exames laboratoriais, com preferência pela formação de especialistas, considerados maiores consumidores desses produtos e serviços que os médicos gerais. Sem refletir criticamente sobre as verdadeiras forças motrizes que estimulam a formação, ou seja, a ideologia que poderia estar presente no processo de formação de médicos, as possibilidades de transformá-lo diminuem consideravelmente.

A ideologia seria uma característica tão importante nas relações sociais que forma com estas um conjunto praticamente inseparável.

Konder (2002, p. 70-71) esclarece, contudo, que a posição ideológica não deriva das más intenções das pessoas nem resulta de mentiras calculadas, tratando-se de uma tendência que emerge das condições de vida das pessoas e se liga às circunstâncias e à situação concreta dos indivíduos. Acrescenta que o inconsciente coletivo de certos grupos pode, em certas situações, obscurecer a condição real da sociedade, não só para os outros como para si mesmo. Aí talvez resida a dificuldade de realizar mudanças no ensino médico da IES estudada, apesar da vontade demonstrada pelos professores de transformar

o ensino, verificada pelos DSC1 e 2.

A maioria dos docentes dos cursos de medicina, médicos ou não médicos, foi formada e pesquisa dentro do paradigma positivista e poderia acreditar que suas atividades devessem ser neutras do ponto de vista ideológico.

Contrapondo-se a essa idéia, afirma Bittar (2004, p. 75):

[...] não há educação eticamente isenta, assim como não há educação ideologicamente neutra. As tomadas de decisão quanto a conteúdos programáticos, métodos de ensino e de aprendizagem, dinâmicas pedagógicas, políticas públicas educacionais, sistemáticas de avaliação, critérios de elevação da qualidade de ensino, diretrizes curriculares nacionais, exigências mínimas de habilidades e competências por área de conhecimento, etc., sempre passam por fortes juízos de valor, e sempre fazem visando a algum ganho ou perda para a construção do conhecimento.

As Diretrizes Curriculares deixam clara a necessidade de engajamento social do médico quando enfatizam a necessidade do “[...] senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania”, no item Perfil do Profissional. Nas Competências e Habilidades encontra-se que o médico deve ser “[...] capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos”.

Tendo em mente essas palavras, o ensino de medicina deveria conter elementos que permitissem ao egresso ter maior conscientização de aspectos políticos e sociais, ~~que~~ normalmente deixados de lado pela visão de neutralidade que se quer dar aos conteúdos disciplinares.

Como decorrência da pretensa neutralidade no ensino médico, poderia ocorrer o chamado apoliticismo, resultando no fetichismo de especialidades, privilegiando-se as atividades profissionais especializadas (médicos especialistas, por exemplo) em detrimento de profissionais generalistas, com visão mais ampla (WEYNE, 2006, p. 55).

No caso do médico, além do fetichismo de especialidades, soma-se o que a pesquisadora chama de “fetichismo da tecnologia”, pois o aparato tecnológico utilizado para diagnóstico das enfermidades, em detrimento da propedêutica clínica, exerce verdadeiro fascínio sobre os alunos, como já comentado. Tudo isso leva à alienação e à falta de reflexão sobre a prática profissional e suas conseqüências, tanto para o próprio profissional como para a sociedade.

O uso excessivo de tecnologias para auxiliar o diagnóstico das doenças acaba, muitas vezes, por prejudicar o próprio médico, uma vez que, como já referido na Introdução, o exercício de uma medicina de alto custo faz com que as empresas que administram planos de saúde despendam recursos com demandas às vezes desnecessárias

na investigação do paciente, ficando sem condições financeiras (ou usando este argumento como pretexto) para remunerar adequadamente o profissional.

O aprofundamento dessas questões seria fator preponderante para a concretização das mudanças. Haveria necessidade de se discutir sobre a formação e as atividades do médico e sua ligação com um contexto mais amplo, especialmente interesses econômicos que seriam beneficiados com a formação de médicos especialistas, em geral maiores consumidores de serviços e aparatos tecnológicos.

Ou seja, a quem interessa a formação de médicos especialistas?

Esse aspecto tem sido pouco abordado nas discussões entre os professores. Apple (1996, p. 162) enfatiza que o sucesso das tentativas de criar currículos e ensino para a formação de profissionais com responsabilidade social, contribuindo para tornar a sociedade mais justa, dependeria de uma avaliação realista e crítica das forças em conflito que operam não só dentro das escolas, mas principalmente na sociedade. O autor deixa claro que não está pedindo um fatalismo que sustente a impossibilidade de mudar as escolas se as relações sociais e econômicas da sociedade mais ampla não forem transformadas antes. Quer exatamente o contrário: acredita que transformar o ensino é transformar a realidade (grifo do autor).

Os fatores aqui discutidos dificultam de maneira nada desprezível a mudança.

A conscientização dos professores no que se refere à valorização do médico generalista, ou geral, cuja formação bem encaminhada levaria à visão do ser humano integral, biológico, psicológico, emocional, histórico, cultural, socialmente contextualizado, tenderia a reduzir o fetichismo da especialização e da tecnologia, bem como a alienação, constituindo-se em fatores favorecedores do processo.

A necessidade de se fazer transformações curriculares no sentido de aprimorar a formação nos aspectos éticos, humanísticos e de contextualização social dos pacientes aparece de maneira transparente nos DSC1 e 2. Contudo, devido a sua origem socioeconômica média ou alta, aliada à formação acadêmica, os docentes podem transmitir aos alunos, principalmente na forma de *currículo oculto*, a valorização da especialização e do uso de tecnologia, inerentes ao ideal de médico cultivado por professores e alunos, conforme relatado por Feuerwerker (2002, p. 17).

É necessário enfatizar que não se trata de negar o valor das novas tecnologias, do hospital e da especialização, mas situá-los numa dimensão apropriada, valorizando a atenção primária à saúde, qualidade de vida da população, com equidade e justiça social (FERREIRA, in LAMPERT, 2002, contracapa).

Considera-se fundamental que o professor de medicina tenha, em relação à tecnologia, uma postura crítica a ser transmitida a seus alunos. Segundo Paulo Freire (1996, p. 32), “[...] não se trata da negação da tecnologia e da ciência[...]”, o que não se pode é divinizá-la e nem diabolizá-la (*sic*), porém olhá-la “[...] de forma criticamente curiosa”. O autor enfatiza que, na formação de professores, é fundamental a reflexão crítica sobre prática para melhorar a próxima prática (ibid., 1996, p. 39). Porém, para que isso seja possível, a fundamentação teórica e a aproximação da teoria e prática têm que ser de tal magnitude a ponto de praticamente se confundirem.

Almeida (2000, p. 69, 70) faz uma observação interessante ao deixar claro que entende por tecnologia não somente aplicações da informática, da Física ou da Química, mas também uma concepção mais atual, de genuína inovação, em muitas das ações do Programa de Saúde da Família e da Pastoral da Criança, da organização dos serviços médico-sanitários e da participação comunitária em saúde. “É o que se chama de *tecnologias apropriadas*, no sentido de que são produzidas a um custo socialmente condizente com o grau de desenvolvimento do país ou região” (grifo do autor). Afirma, também, que é importante dar atenção às críticas ao uso indiscriminado da tecnologia biomédica, que teria como base, segundo ele, critérios puramente econômicos e/ou decorrentes da incompetência profissional. Essas situações têm se tornado tão frequentes que há uma tendência de identificá-las como "medicina tecnológica". Esse conceito de tecnologias apropriadas poderia ser mais bem aproveitado pelos docentes para favorecer a mudança do modo de enxergar dos alunos.

A análise feita por Siqueira (2000) no Simpósio *Tecnologia e Medicina entre encontros e desencontros* sugere que o inexorável avanço para as sub-especializações e o uso acrítico da tecnologia biomédica descaracterizou a medicina como arte, levando o médico a perder a dimensão complexa das pessoas. Argumenta ser necessário introduzir mudanças significativas na formação profissional que contemplem o modelo perceptivo de medicina e que, só assim, seria positiva a convivência entre médico e tecnologia, tendo em vista o benefício do paciente.

Na elaboração de um currículo para a formação de qualquer profissional, deve-se sempre ter em mente algumas questões importantes. Tomaz Tadeu da Silva (2000, p. 15) argumenta que as teorias do currículo tradicionais, ao aceitar mais facilmente os conhecimentos e saberes dominantes, preocupam-se mais com as questões técnicas, tomando, em geral, a questão sobre **o quê** ensinar como já respondida, óbvia, passando rapidamente a tratar do **como** ensinar, qual a melhor maneira de transmitir esse

conhecimento, considerado inquestionável (grifo do autor). Essas teorias estariam mais interessadas na organização do currículo.

Enfatizamos que não se deve limitar a responder **o quê**, mas também **o porquê** de esses conhecimentos fazerem parte do currículo, ou seja, que interesses existem para que esses conhecimentos e não outros sejam escolhidos? A quem interessaria a formação de determinado tipo de profissional? (grifo nosso)

Apple (1979, p. 115) já enfatizava que a pesquisa do currículo e a pesquisa educacional precisariam se originar de uma teoria de justiça econômica e social, numa teoria que tenha como seu principal enfoque aumentar o privilégio e o poder dos menos privilegiados. No caso do currículo de formação dos profissionais da área da Saúde, se quiserem se aproximar da Declaração de Alma Ata (WHO/UNICEF, 1978), Declaração de Edimburgo (WFME, 1988) e das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, MEC, 2001), ter esses aspectos em mente é essencial para quem elabora o currículo e para os que o colocam em prática, ou seja, os professores.

O professor que desenvolvesse uma compreensão de seu lugar no processo mais amplo poderia estar numa posição bem melhor para entender onde e como é possível alterar a situação no sentido de alcançar os objetivos desejados.

A fragmentação curricular, também citada com bastante ênfase nos Discursos do Sujeito Coletivo 1 e 2 como um dos principais empecilhos para formar o médico geral, tem suas raízes, do mesmo modo, no tipo de formação essencialmente tecnicista da maioria dos professores dos cursos de medicina. Esse tipo de formação ocorre principalmente entre os que lecionam disciplinas básicas, que geralmente não são médicos e sim pesquisadores, o que é exatamente o caso da pesquisadora.

Com autocrítica, a pesquisadora faz conjecturas sobre a dificuldade de reflexão demonstrada por muitos professores-pesquisadores da área médica, o que remete à Teoria do Desenvolvimento Experiencial apresentada por Kolb (1984).

É bastante ilustrativo o modelo de desenvolvimento da aprendizagem experiencial em forma de cone, cuja base é feita pelos quatro modos de aprendizagem adaptativa, Experiência Concreta, Conceituação Abstrata, Observação Reflexiva e Experimentação Ativa, que se integram cada vez mais quanto mais alto for o nível de desenvolvimento. Os estágios de desenvolvimento propostos por Kolb (1984, p. 42) **aquisição, especialização e integração**, fazem refletir sobre as principais dificuldades que os docentes de áreas tecnicistas, incluindo os das ciências biológicas em geral, encontram para alcançar o

estágio da Integração.

O estágio de **Aquisição** de Kolb (p. 142) se estende do nascimento à adolescência e se refere à aquisição de habilidades de aprendizagem e estruturas cognitivas. O estágio de **Especialização** perpassa a educação formal e/ou treinamento profissional e as primeiras experiências do adulto no trabalho e vida pessoal. Este estágio traria segurança e conquistas sociais, freqüentemente à custa da subjugação das necessidades de realização pessoal. O efeito restritivo à realização/completude pessoal imprimido pelas instituições da sociedade na fase de socialização do indivíduo (p. 144) tem sido um tema contínuo do pensamento Ocidental, principalmente a partir do Iluminismo. Haveria um conflito entre o indivíduo e a sociedade, a qual funcionaria como repressor da completa realização pessoal.

O estágio de **Integração** se refere ao direcionamento para a completude que, todavia, é impedido pela necessidade do desempenho de papéis especializados.

O pouco conhecimento de filosofia, sociologia e outros saberes da área de humanas dificulta sobremaneira a saída da especialização para a integração do conhecimento. Esses profissionais, por formação, não têm como hábito a reflexão de sua ação docente e sim apenas de sua atividade como pesquisador. Não há nos currículos, desde a formação básica até o curso superior, embasamento teórico que pavimente a evolução em direção à Integração. A maioria tem dificuldades rumo à Integração, ficando **adaptado**, a cada passo da subida, no estágio de Especialização, com grande resistência a sair dela. As recompensas sociais advindas de sua função especializada fazem com que o indivíduo não sinta a necessidade de avançar (grifo nosso).

Em conseqüência a essa adaptação, o professor dos cursos de medicina tem grande dificuldade de se interessar por outras áreas que não a sua, incluindo os conhecimentos necessários à sua função como professor.

A visão social do médico, por sua vez, é tratada por Paulo Freire (1979, p. 21), quando discute o compromisso do profissional com a sociedade. O autor destaca ser esse compromisso não um ato passivo, mas **práxis**, que entende como a reflexão crítica, fundamentada cientificamente, que permite transformar a realidade com sua atuação profissional (ibid., p. 18). Essa atuação só seria válida quando carregada de humanismo. Para que isso seja alcançado,

O profissional deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar sendo no mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade, deformada pelos especialismos estreitos. (Ibid., p. 21)

Ainda citando Paulo Freire (1979, p. 16):

A primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido (com a transformação da realidade) está em ser capaz de agir e refletir... Se a possibilidade de reflexão sobre si, sobre seu estar no mundo, associada indissolavelmente à sua ação sobre o mundo, não existe no ser, seu estar no mundo se reduz a um não poder transpor os limites que lhe são impostos pelo próprio mundo, do que resulta que este ser não é capaz de compromisso. É um ser imerso no mundo, no seu estar, **adaptado** a ele e sem ter dele consciência. (grifo nosso).

A partir das respostas ao questionário e do comportamento dos professores nos episódios, percebe-se que haveria necessidade de aumentar a percepção dos docentes em relação à sua *práxis*.⁷⁰ Para isso, não se poderia esquecer de alertá-los para a importância do currículo **oculto** na formação profissional dos futuros médicos.

Somente sensibilizando os atuais professores para as mudanças necessárias, poderia haver participação na conversão do currículo **prescrito** em currículo **em ação**. O primeiro seria a orientação do que deve ser seu conteúdo, atuando como referência na ordenação do sistema curricular, servindo como ponto de partida (SACRISTÁN, 2000, p. 104). O segundo se refere à prática real, guiada pelos esquemas teóricos e práticos do professor, que se concretiza nas tarefas acadêmicas (*ibid.*, p. 105).

O professor de medicina, atualmente um médico-especialista, deve transmitir não apenas conhecimento científico, mas ser também um orientador, um educador com habilidades e atitudes a ser incorporadas pelos alunos por meio da observação dessa atuação profissional, quando os aspectos não verbais são atuantes (TAMOSKAS, 2003, p. 5).

Como decorrência das falas dos professores, tanto em conversas informais como nas diversas reuniões que ocorrem na faculdade, a pesquisadora percebeu que eles aparentemente não se apercebem como agentes participantes da formação dos alunos. Ao contrário, referem-se ao comportamento apresentado pelos alunos no internato e na residência como de exclusiva responsabilidade dos próprios alunos ou de sua formação pregressa. Em reuniões da Congregação, por várias vezes a pesquisadora ouviu alguns docentes argumentando que a formação moral já estaria completa e deveria vir de casa.

⁷⁰ Apoiando-se no conceito de *práxis* em Marx, Vásquez (1977, p. 4) prefere a palavra *práxis* como forma de eliminar o conceito de prática, que estaria vinculado ao sentido estritamente utilitarista e pejorativo. “Assim entendida, a *práxis* é a categoria central da filosofia que se concebe, ela mesma, não só como interpretação do mundo, mas também como guia de sua transformação” (*Ibid.*, p. 5). A *práxis* seria, então, um procedimento capaz de relacionar a teoria e a prática, interpretar o mundo e transformá-lo.

No entanto, um estudo relatado por Siqueira (2003, p. 38) considerou que os estudantes de medicina estariam posicionados entre os níveis 4 e 5 de Kohlberg.

Segundo Siqueira (2003, p. 37):

L. Kohlberg propôs avaliar o comportamento humano tendo por base as três fases de desenvolvimento das atitudes morais: os níveis pré-convencional, convencional e pós-convencional. Esses, por sua vez, compreenderiam no total seis fases distintas do comportamento humano. As manifestações mais elementares de moralidade (níveis 1 e 2), restringir-se-iam apenas à obediência a ordens emanadas de autoridades superiores, e a evitar o castigo e buscar a realização de interesses próprios. Os níveis 5 e 6 da classificação, os mais elevados (pós-convencionais), seriam observados no comportamento de indivíduos que reconhecem os direitos e normas aceitas autonomamente por cada pessoa e acolhem princípios éticos universais e abstratos escolhidos sem qualquer coação – o que caracterizaria a mais incondicional expressão de respeito ao exercício da cidadania.

Apesar do caráter moral básico do estudante de medicina estar parcialmente estruturado antes de ingressar no curso, Siqueira (2003, p. 38) afirma que uma parcela significativa da formação moral do estudante de medicina será adquirida durante o período da graduação. Assim, seria imperioso que os professores tivessem conhecimento dos resultados dessa pesquisa, para que ficassem cientes de que podem fazer a diferença.

Batista et al. (2001) apresentaram trabalho, no Congresso Brasileiro de Educação Médica, relatando a experiência do CEDESS, órgão complementar da UNIFESP que atua de forma interdisciplinar realizando atividades de ensino, pesquisa e extensão em Educação em Saúde. Os autores concluem que:

[...] a análise dessa trajetória aponta algumas lições: a formação docente deve ser construída a partir de um processo que privilegie o fazer docente articulado com pressupostos teóricos que orientam e determinam seu trabalho teórico; o professor em seu processo de formação deve experimentar vivências coletivas e interdisciplinares, e aprendizagens diferenciadas[...]

6.3. Fatores que poderiam facilitar o processo

Um dos fatores preponderantes a ser considerado como facilitador do processo de transformação curricular é o total apoio da diretoria da Instituição ao processo de implantação das mudanças.

Segundo Feuerwerker (2002, p. 19), para ser efetiva, a decisão de mudar deve ser

institucional. Se a proposta partir de grupos não relacionados diretamente com o poder central da escola, as chances de sucesso são muito pequenas. No caso da IES na qual se realizou o estudo, a proposta de mudança tem todo o apoio do núcleo central de poder, ou seja, da Diretoria da escola.

Esse apoio se traduz não apenas por discursos proferidos em várias reuniões de Congregação (mensais), de Professores Titulares (bimestrais), de Currículo (semanais), mas principalmente por ações que promoveriam a participação docente em ações concretas no sentido das mudanças, tais como aumento da carga-horária/docente para permitir maior participação no planejamento e na execução do currículo, aqui no sentido amplo, voltado à formação geral do médico.

A necessidade de *profissionalização* do docente de medicina relatada no Relatório CINAEM (1998, p. 40) também poderia ser um fator facilitador, pois permitiria maior permanência do docente na Instituição. No episódio em que os próprios docentes de Clínica Médica faziam restrições à formação do médico geral por considerarem imprescindível que os alunos observassem como trabalha um especialista, percebe-se que o verdadeiro problema talvez estivesse no fato de que, se a Clínica Médica tivesse a responsabilidade de resolver cerca de 85% dos casos de pacientes com as denominadas doenças prevalentes, haveria uma sobrecarga de trabalho muito grande. Esse momento foi importante, uma vez que a afirmação vinda de um professor de clínica médica, defendendo uma formação com ênfase nas especialidades médicas, já na graduação, teve uma repercussão negativa não desprezível, principalmente entre os docentes que ainda não tinham opinião formada.

Do mesmo modo, de grande relevância para facilitar o processo de transformação curricular está o fato de a maior parte dos docentes, de acordo com o que foi extraído dos Discursos do Sujeito Coletivo elaborados, não só concordar com o perfil preconizado pelas Diretrizes Curriculares como também ter consciência de que a Faculdade de Medicina não está formando adequadamente o profissional ou o faz apenas em parte.

Somem-se a isso os diversos projetos elaborados visando todas as modificações necessárias, como a Reestruturação Curricular do Curso Médico da Faculdade, o PROMED e, mais recentemente, o PRÓ-SAÚDE. Quando já existe o **currículo prescrito** ou **formal**, apoiado pelos órgãos constituídos da Instituição, pode haver sua transformação em **currículo em ação** (SACRISTÁN & GÓMEZ, 2000, p. 139). O

processo de mudanças normalmente é longo, pois depende da conscientização dos principais atores responsáveis por sua implementação – os professores – e isso está se confirmando na prática. Contudo, por se tratar de uma IES com um ambiente democrático, onde não existe qualquer tipo de restrição às opiniões, as possibilidades de concretização são muito grandes.

Concluindo os fatores facilitadores da mudança, deve-se acrescentar um aspecto que a pesquisadora considera de fundamental importância: atualmente, grande parte dos docentes foi formada na Instituição, obteve títulos acadêmicos e está retornando à IES, fazendo concursos de ingresso e tornando-se professores de muitas disciplinas, às vezes como titular. Embora existam outros professores bastante dedicados, os “filhos da casa” demonstram ter, em geral, um comprometimento maior, tanto do ponto de vista racional como no aspecto emocional, que influenciaria de maneira relevante seu grande esforço para formar um egresso de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visão cartesiana do ser humano, que divide o organismo em partes estudadas separadamente, supervaloriza o médico especialista, com o declínio dos profissionais denominados generalistas. Como decorrência dessa especialização e dos avanços no arsenal diagnóstico, o paciente passou a não mais ser visto como integral, contextualizado, o que levou à substituição da relação antes intensa entre médico e paciente por exames subsidiários, que “falariam” pelo paciente. A realização do exame clínico criterioso e da anamnese cuidadosa, que contribuía para o diagnóstico da enfermidade e faziam com que houvesse grande interação entre o médico e o indivíduo, foram praticamente trocados por um aumento da quantidade de exames e da utilização de tecnologia para o diagnóstico das doenças. Como se não bastasse ter ocorrido a queda na qualidade da relação médico-paciente, o excesso de demanda de exames laboratoriais e tecnologia avançada estaria encarecendo sobremaneira a prática da medicina.

A insustentabilidade da manutenção da prática da chamada Medicina Tecnológica, de alto custo, principalmente num país pobre como o Brasil, é aventada neste trabalho, reforçando a necessidade de realizar as mudanças pretendidas pelas diretrizes no currículo de formação do médico.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, publicadas em 2001 (BRASIL, MEC, 2001), parecem ter como objetivo reverter o exercício da chamada “Medicina Tecnológica” para o que se costuma chamar de “Medicina Social”, uma vez que preconizam a formação do profissional que dê atendimento primário adequado para a maior parte da população, promovendo a saúde, prevenindo as enfermidades, diagnosticando e resolvendo as doenças prevalentes na comunidade.

A questão central deste trabalho – encontrar os entraves para a formação de um médico diferenciado, humanista, crítico e reflexivo – parece ter suas respostas bem caracterizadas, quando se considera apenas o âmbito das escolas médicas.

Os fatores que dificultam, e mesmo os que facilitam os processos de reestruturação curricular, parecem se repetir, como se nota em vários momentos desta pesquisa, com algumas variações que dependem, por um lado, das peculiaridades das Instituições de Ensino Superior investigadas e, por outro, da interpretação dada aos fatos observados e aos dados obtidos na investigação.

As dificuldades encontradas por muitas escolas médicas que estão procedendo às

modificações e que também foram encontradas neste trabalho se referem a: fragmentação do curso em disciplinas; desconhecimento, por parte da comunidade acadêmica, da intencionalidade do currículo visando à formação de um profissional com determinado perfil; formação docente deficiente, sem aportes epistemológicos da área de Educação; excessiva valorização da especialização e, como consequência, da pesquisa *stricto sensu*, levando ao desinteresse por outras áreas do saber; desumanização das práticas em razão da formação essencialmente tecnicista de docentes e, por decorrência, dos egressos dos cursos; a não “profissionalização” do professor de medicina, tanto no que se refere ao contrato de trabalho como à sua capacitação como formador e não simplesmente “informador”. A lista não se esgota por aí.

Neste trabalho, gostaria de enfatizar algumas conclusões da investigação não foram encontradas nas obras de outros autores. Uma delas se refere ao aspecto da humanização. Interpretando os episódios observados, é minha opinião que sensibilizar e conscientizar sobre a necessidade de formar o médico humanista se fazem mais importantes junto aos professores de disciplinas básicas, que em muitos casos não são médicos, não tendo, na maioria das vezes, contato com pacientes. A falta desse contato tende a fazer com que alguns desses docentes, cuja formação é geralmente voltada à pesquisa, estejam mais habituados a trabalhar em laboratórios, podendo perder a percepção de que, na medicina, trabalha-se com sujeitos. Em virtude de esses professores se constituírem em modelos, considero esse aspecto importante fator de desumanização do aluno ao longo do curso. Daí a necessidade de se propor um trabalho de reflexão por parte desses docentes. É evidente que o trato com os pacientes, por parte de alguns professores das disciplinas clínicas, também possa deixar a desejar no aspecto humanístico; contudo, a influência de professores de disciplinas básicas na formação do aluno, por se dar nos dois primeiros anos do curso, seria bastante relevante, no meu entender.

Ainda com respeito à humanização, acredito não ser eficiente inserir no currículo de graduação disciplinas que tratem do assunto, como tem sido feito em muitas escolas de medicina (Bases humanísticas da medicina, na USP; Fundamentos humanísticos do saber médico, na UNIFESP; Fundamentos da prática médica, na IES, onde foi realizada esta pesquisa). Considero ser mais importante o comportamento do professor, que funcionaria como modelo, sendo sua conduta apreendida pelos alunos. Assim, nada é mais importante, não só para a humanização, mas para a formação do egresso em todos

os aspectos, do que a sensibilização e conscientização dos professores do curso. Dessa maneira, os alunos poderiam captar a preocupação do professor com aspectos importantes da profissão, mesmo que na forma de **currículo oculto**, cuja importância na formação parece ser maior que o currículo prescrito ou formal.

Ao que parece, o curso de medicina tem que preparar os estudantes para que aprendam a aprender, uma vez que ficou claro que o curso não pode suprir todos os conhecimentos necessários a uma boa atuação. Pretende-se que o egresso tenha uma sólida formação geral, competência e habilidade para resolver as doenças prevalentes e os casos mais corriqueiros, mesmo que cirúrgicos ou urgentes. Porém, mesmo esse profissional, que poderia ser chamado de médico geral, teria que aperfeiçoar sua técnica e sua arte, em programas de educação continuada, tanto institucionais como de iniciativa própria.

Para que isso ocorra, a capacitação docente é uma necessidade. Sem que, no geral, conheça técnicas outras que a “aula magistral”, grande parte dos professores de medicina precisa adquirir estratégias didáticas diferentes.

De fundamental importância, inferida do processo por mim observado durante os anos de pesquisa, é a necessidade da construção coletiva do currículo. Se não houver ampla discussão das modificações a serem feitas, de modo que haja **apropriação** do currículo a ser seguido por parte de toda a comunidade acadêmica, principalmente dos professores que são os principais atores das ações na prática cotidiana, não há a **legitimidade** do processo e ele não avança. Percebemos ainda, nos episódios relatados, que um avanço maior é propiciado quando no processo de conscientização e sensibilização dos docentes para as mudanças há a participação de seus próprios pares. Essas considerações confirmam o pensamento de Morin (2002a, p. 101), para quem a transformação do pensamento dos professores pode ser promovida pela influência dos próprios educadores que têm clara sua missão.

É necessário ressaltar que a Instituição de Ensino Superior pesquisada, embora de caráter privado, não se constitui no protótipo das escolas particulares. Trata-se de uma fundação formada por três municípios, contando com hospitais e ampla rede de serviços à população, imbuída de um espírito democrático e com professores empenhados em construir um ensino de qualidade. Essas características, somadas ao fato de ter médicos por ela formados voltando para ensinar, com grande comprometimento com a Instituição,

fornecem motivação e esperança de que realmente se concretize o desejado aperfeiçoamento do egresso. O fato de ter sido selecionada pelo Programa Pró-Saúde, que deverá financiar parte das transformações curriculares, também se constitui num fator que pode facilitar o processo de mudanças.

O total apoio da direção da Instituição tem sido fundamental para que o processo tenha todas as condições de caminhar. A inserção do aluno precocemente na rede básica de saúde e a realização de um ciclo do Internato nas Unidades Básicas de Saúde ajudam na valorização da atenção básica, prevenção e promoção à saúde.

Não se pode deixar de comentar, todavia, que existe uma relação complexa entre medicina e sociedade e, em consequência, entre o modo de aprender e saber a medicina e a forma de praticá-la, que vai muito além dos muros escolares e que tem levado à revisão de modelos anteriormente adotados, sendo esse um fenômeno mundial.

A crescente importância dos aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos da medicina torna a inclusão destes novos conteúdos uma prioridade para os novos currículos, porém não se poderia esquecer dos interesses econômicos envolvidos na atividade médica.

A organização dos serviços médicos, no mundo contemporâneo, implicou na sua mercantilização institucionalizada. Este fato deve ser criteriosamente observado com uma visão crítica.

Pode-se conjecturar que, de maneira geral, não haveria a percepção por parte dos médicos/professores dos interesses econômicos envolvidos na atividade médica; a formação do especialista, que em geral é maior consumidor de produtos e serviços em virtude da quantidade de exames solicitados e o emprego da alta tecnologia, poderia ser conveniente a esses interesses. Seguindo essa linha de pensamento, formar clínicos gerais, que podem diagnosticar a doença pelo uso do exame físico, anamnese, com o auxílio de poucos exames complementares, poderia ser menos proveitoso. Pelo que temos observado, é possível que os professores de medicina, por terem formação tecnicista, não percebem a manipulação dos interesses econômicos. É importante ressaltar que os próprios profissionais acabam sendo vítimas da possível manipulação, pois acabam tendo seus ganhos reduzidos sob a alegação de exercerem um tipo de medicina “cara”. Aumentar a percepção dos professores sobre esses aspectos da atividade médica, com aportes filosóficos e político-sociais, poderia atenuar essas

influências na formação, retirando tanto os elementos alienantes da profissão como o fetichismo de tecnologia decorrentes do apoliticismo, assunto já comentado no capítulo anterior.

Ainda como conseqüência da redução dos ganhos dos profissionais sob a alegação do encarecimento da atividade médica, deve-se acrescentar que a humanização no atendimento também é afetada, fazendo desaparecer a “arte” de ser médico, uma vez que, para compensar, o profissional é obrigado a não “perder tempo” em ouvir o paciente, fazer uma boa anamnese, conhecer o histórico do paciente e realizar um bom exame clínico, estreitando a relação médico-paciente.

Considera-se essencial a reflexão por parte dos professores, para o aperfeiçoamento de sua *práxis*, porém, se não houver as bases epistemológicas necessárias, essa reflexão não faria o professor avançar e ter uma visão crítica de sua prática. Acredito que sem embasamento teórico a reflexão cairia no vazio.

Nesse aspecto, sabe-se que o professor de medicina, por sua formação tecnicista e pela valorização da especialização e pesquisa na sua área de conhecimento, tem forte resistência a se interessar por outras áreas do saber. Esse é um desafio que precisa ser vencido e só poderá sê-lo, em minha opinião, na inter-relação entre os próprios pares, que poderiam promover contextos de aprendizagem, facilitando o complexo desenvolvimento dos indivíduos.

Na verdade, se houver sensibilização e conscientização dos docentes, a humanização se fará pela mudança de comportamento do docente e será ao longo do curso, pois assim sensibilizados servirão de modelo para os alunos, cuja formação será impregnada não só pelo humanismo, mas também pela visão crítica. É um processo longo. Os alunos também ficam fascinados com a medicina tecnológica e, por falta de orientação, desconhecem a “Medicina Social”, cujos objetivos principais seriam a promoção da saúde, prevenção de doenças, melhoria da qualidade de vida e tratamento para as doenças mais frequentes da população.

Uma sugestão que poderia ser feita é a mudança dos critérios de avaliação dos alunos, o que poderia se constituir, segundo minha visão do problema, num recurso didático-pedagógico central para a transformação da educação médica. Assim, a avaliação deveria ser formativa, com aperfeiçoamento contínuo, visando a construção de uma nova teoria da medicina, preocupada não só com as tarefas preventivas,

curativas e reabilitadoras mas, também, com a melhoria das condições de vida da população, o bem-estar social.

Deve-se ter claro, porém, que para essa mudança não se pode contar com a pressão da sociedade como um todo: por um lado, a mídia valoriza os avanços tecnológicos da medicina; por outro, critica a falta de humanização dos médicos, que tem a ver com o excesso de especialização, como já foi demonstrado. Além disso, a população também já encara como "natural" que sempre se peça uma grande quantidade de exames e se receite medicamentos, que considera serem sempre necessários; quando isso não ocorre, o paciente se sente "desvalorizado" pelo médico, inferindo mau atendimento. Ademais, acha também "natural" que o médico a ser consultado deva ser um "especialista no assunto", na doença que o paciente "acha" que tem. Como decorrência, a necessidade da medicina especializada em todas as enfermidades é senso-comum ou hegemônico na sociedade.

Apesar dessas dificuldades, é necessário tentar influir no processo de formação em todos os momentos e em todas as instâncias possíveis. Devem ser aproveitadas todas as oportunidades de discussão, para, como diz Feuerwerker, “[...] criar uma massa crítica que possa atuar nos dois terrenos: o da educação e o da prática [...]” (1998),

Termino esse trabalho reafirmando a convicção de que somente através da Educação é realmente possível transformar a realidade para melhor. Apesar de todas as dificuldades inerentes à mudança de paradigma do ensino médico, que enfrenta grande resistência dentro e fora das escolas, procuro sempre me ater às palavras de Hargreaves (2001, p. 21), no capítulo "O paradoxo da esperança".

Embora o referido autor estivesse escrevendo sobre educação de adolescentes, acredito que suas considerações são pertinentes para qualquer nível de ensino:

[...] a mudança bem-sucedida na escola é necessariamente multidimensional e exige atenção para a estrutura e a cultura, a política e o objetivo, o aprendizado contínuo e o discernimento administrativo. Mesmo assim, mudar tudo de uma vez parece trazer apenas o caos e a exaustão. De modo oposto, fazer mudanças modestas ou adotar uma ênfase estreita pode significar que não há nenhuma mudança verdadeira, ou que a mudança está minimizada por todos os outros aspectos inalterados da escola que não foram abordados. Esse é um profundo paradoxo, o qual leva muitos líderes educacionais ao mais profundo desespero.

O autor acredita que o "chegar lá" tem maior chance de ser atingido ao embasar o pensamento multidimensional em uma ou mais iniciativas localizadas. O aprendizado

e a mudança dessas iniciativas levam a questionamentos e diálogos através de linhas abertas de comunicação com o restante dos profissionais da escola. Afirma, ainda, que a persistência e a paciência são essenciais. Assim,

[...] o paradoxo da mudança educacional precisando ser tanto rápida quanto lenta, estreita e abrangente, não precisa ser um paradoxo de desespero. Pode ser um paradoxo de esperança, a qual “chegar lá” através do acúmulo de **iniciativas pequenas, mas significativas**, informadas pelo pensamento multidimensional, levará os professores e os alunos não a nirvanas muito melhores de educação, mas a melhorias constantes em um mundo que entusiasma por ser imperfeito, onde até mesmo os maiores sucessos estão sempre ali adiante.

REFERÊNCIAS

ALIGIERI, P.; TANNUS, G.; LINS, E. Indústria farmacêutica: impacto na evolução da pesquisa clínica. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 50, n. 4, p. 352-352, out./dez. 2004.

ALMEIDA J. Simpósio. Tecnologia e Medicina: uma visão da Academia. **Bioética.** v. 8, n. 1, p. 69-78. 2000.

ALMEIDA, M.; FEREUERKER, L; LLANOS, M.C. **A Educação dos profissionais de saúde na América Latina. Teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo I: Um olhar analítico.** São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999a.

ALMEIDA, M.; FEREUERKER, L; LLANOS, M.C. **A Educação dos profissionais de saúde na América Latina. Teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo II: As vozes dos protagonistas.** São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999b.

ALMEIDA, M. J. A Educação Médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica.** V. 25, n. 2, p. 42-52, maio/ago. 2001.

ALMEIDA, M. J. Ensino Médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** V. 3, n. 4, p. 123-132, 1999.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. A abordagem estrutural das representações sociais. **Psicologia da Educação.** PUC. São Paulo. 14/15, 1º e 2º sem. 2002.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. & GEWANDSZNADER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning Ltda., 1999.

ALVES, R. **Filosofia da ciência: introdução ao jogo e a suas regras.** São Paulo: Loyola, 2002.

AMARAL, J. L. Avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência brasileira nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS. 113 p. **Dissertação de Mestrado.** Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

ANDRÉ, M. E. D. A. **Etnografia da prática escolar.** Campinas: Papyrus, 1995.

ANDRÉ, M. **Pedagogia das diferenças na sala de aula.** Campinas: Papyrus, 1999.

APPLE, M. W. **Educação e poder.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

- _____. **Ideologia e currículo.** São Paulo: Brasiliense, 1979.
- _____. **Política Cultural e Educação.** 2a. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- _____. **Repensando Ideologia e Currículo.** In Moreira, A. F. & Silva, T. T. **Currículo, Cultura e Sociedade.** São Paulo: Cortez, 2000.
- ARRUDA, B. K. G. **A educação profissional em saúde e a realidade social.** Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP). Ministério da Saúde, 2001.
- ASSOCIATION OF MEDICAL EDUCATION IN EUROPE. Annual Conference of the Association for Medical Education in Europe. *Horizon Scanning in Medical Education: 2020.* Ben Gurion University. Beer Sheva, Israel: 2000. Disponível em: <www.iime.org>. Acesso em 14 de julho de 2005.
- AVORN, J. **Powerful Medicines. The benefits, risks and costs of prescription drugs.** New York: Alfred A. Knopf. 2004.
- BARBIER, R. **Elaboração de projetos de ação e planificação.** Portugal: Porto Editora, 1996.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Portugal: Edições 70, 1977.
- BASILE, M. A. Uma experiência nacional - CINAEM in MARCONDES, E. & GONÇALVES, E. L. **Educação Médica.** São Paulo: Sarvier, 1998. p. 307-322.
- BATISTA, N. A. A Docência na Escola Médica. In XI Reunião Anual das Escolas Médicas do Estado de São Paulo, 2000. São Paulo. **Anais do II Congresso Paulista de Educação Médica.** 2000. p. 27-29.
- BATISTA, N. A. & BATISTA, S. H. (ORG.). **Docência em Saúde: temas e experiências.** São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004.
- BATISTA, N. A. & SILVA, S. H. S. **O professor de Medicina.** 2ª ed. São Paulo: Loyola, 2001.
- BATISTA, N.; SEIFFERT, O; SONZOGNO, C; BATISTA, S. H.; ABDALLA, I. G. CEDESS 5 anos: uma trajetória de formação e desenvolvimento docente em Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Anais dos trabalhos científicos.** Belém, Pará. Brasil, 2001. p. 61.
- BELTRAME, R. L. A indústria da doença *versus* a indústria da saúde. **Revista Acadêmica das Faculdades Oswaldo Cruz.** Ano I, n. 2, p. 28-29, março/abril/maio, 1997.

BITTAR, E. C. B. **Ética, Educação, Cidadania e Direitos Humanos**. São Paulo: Manole, 2004.

BOGDAN, R. C. & BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto Editora, 1982.

BOULOS, M. Relação médico-paciente: o ponto de vista do clínico. In: MARCONDES, E. & GONÇALVES, E.L. **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 50-57.

BRANDÃO, C. R. **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Superior. Departamento de Política do Ensino Superior. **Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Medicina**. 1999.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB**. 1996.

BRASIL/OPAS/OMS. Ministério da Saúde/Ministério da Educação e Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. **PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina**. Edital de Convocação 08/2002. Disponível em www.saude.gov.br/promed. Acesso em setembro de 2002.

BRASIL/OPAS/OMS. Ministério da Saúde/Ministério da Educação e Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. **PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde**. Edital de Convocação 01/2005. Diário Oficial da União, 17 de novembro de 2005, seção 3, p. 68. Disponível em <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em fevereiro de 2006.

BUCHALLA, A. P. Doutor, me ouça! **Revista Veja**. Ed. 1852, ano 37, n. 18. Editora Abril, 2004, p. 85.

BUENO, B.O.; CATANI, D. B.; SOUZA, C. P. **A vida e o ofício dos professores: formação contínua, autobiografia e pesquisa em colaboração**. São Paulo: Escrituras, 2003.

BUENO, R. R. L & PIERUCCINI, M. C. **Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: Relatório de um cenário sombrio**. 44 p. Associação Médica Brasileira. Janeiro-2004. Disponível em: <www.amb.org.br>. Acesso em: 12 de julho de 2005.

CAMARGO, M. C. Z. A. O ensino da Ética Médica e o Horizonte da Bioética. **Bioética**, v. 1, n° 4. Disponível em: <www.portalmedico.org.br>. Acesso em: 12 de julho de 2005.

CAMPOS, F. E. & BADUY, R. S. Programa de Saúde da Família: Oportunidade para a transformação da Educação dos Profissionais de Saúde. **Olho Mágico**. Ano 5. número especial, p. 39-40, novembro 1999.

CARSPECKEN, P. F. **Critical ethnography in educational research. A theoretical and practical guide**. New York: Routledge, 1996.

CASTANHO, S. & CASTANHO, M.E. **Temas e textos em metodologia do ensino superior**. Campinas: Papyrus, 2001.

CHAVES, I. In MORAES, I. N. **O Especialista e o Clínico Geral**. São Paulo: Roca, 1997.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evoluções e desafios**. Texto não publicado, 2003.

_____. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CINAEM. **Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras**. Relatório do Modelo Pedagógico. 1997. Cópia xérox.

CINAEM. **Projeto CINAEM - III Fase: Transformando a Educação Médica Brasileira**. 1998.

COELHO, L. Americanos tomam remédios demais, mas seguem doentes. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 3 de janeiro de 2005, p. A10.

COLUCCI, C. Médicos denunciam favores de laboratórios. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 29 de agosto de 2005, p. C1.

COSTA NETO, M.M. Enfoque familiar na formação do profissional de Saúde. **Olho Mágico** - Universidade Estadual de Londrina. Ano 6, n° 22, p. 5-9, agosto, 2000.

CONSTANTINO, L. Capitais concentram 62,1% dos médicos. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 31 de maio de 2003, p. C6.

CRUZ, E. M. T. N. O prefixo des, a Prática e o Ensino Médicos: Humanizar É Preciso. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 26, n° 2, p. 128-131, 2002.

CRUZ, K. T. **A formação médica no discurso da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico**. Dissertação de Mestrado. 322 p. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. 2004.

CUTOLO, L. R. A. & DELIZOICOV, D. Caracterizando a Escola Médica Brasileira. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. V. 32, n. 4, p. 24-34, 2003.

D'AVILA, R. L. O Conselho Federal de Medicina e o ensino da Ética e Bioética. **Bioética**. V. 11, n. 2. 2003.(51-56).

DEMO, P. **Desafios modernos da Educação**. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. **Pesquisa participante: saber pensar e intervir juntos**. Brasília: Líber Livro Editora, 2004.

DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. S. **Handbook of Qualitative Research**. 2nd. ed. Thousand Oaks: Sage Publ. Inc., 2000.

DOLCI, M. I. Saúde sem enganação. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 18 de janeiro de 2005, p. C2.

EGAN, K. **A mente educada**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC. **Reestruturação Curricular do Curso Médico da Faculdade de Medicina do ABC**. Santo André/SP: FMABC, 27 de setembro de 2002.

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC. **Proposta Técnica para participação do PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina**. Santo André/SP: FMABC, outubro de 2002.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: Um projeto em parceria**. São Paulo: Loyola, 2002a.

FAZENDA, I. **Dicionário em construção: interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Metodologia da pesquisa educacional**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2002b.

FERREIRA, J. P. A Saúde nos países centrais. Disponível em <www.servicosocialhoje.hpg.ig.com.br>. Acesso em 13 de julho de 2005.

FERREIRA, J. R. PROMED – Da utopia à realidade. **Boletim ABEM**. Vol. XXX. N.

6, p. 6-8, nov./dez. 2002.

_____. O médico do século XXI. In ARRUDA, B. K. G. **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP). Ministério da Saúde, 2001. p. 27-41.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

_____. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada**. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York City. 1910.

FORTES, P. A. C. Os direitos do médico. **Rev. Assoc. Med. Bras.** V. 48, n. 3, p. 192, jul./set. 2002.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 19^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Pedagogia da autonomia**. 28^a ed. São Paulo: Paz e Terra. 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GADOTTI, M. Prefácio. In: FREIRE, P. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GARCÍA, C. M. **Formação de Professores para uma mudança educativa**. Porto, Portugal: Porto Editora, 1999.

GARRIDO, E. **Pesquisa universidade-escola e desenvolvimento profissional do professor**. 108 p. Tese de Livre-Docência. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

GATTI, B. A. **A construção da pesquisa em educação no Brasil**. Brasília: Plano Editora, 2002.

GERALDI, C. M. G.; FIORENTINI, D; PEREIRA, E. M. A. **Cartografias do trabalho docente**. Campinas, SP: Mercado das Letras: Associação de Leituras do Brasil – ALB, 1998.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3^a ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GIROUX, H. **A escola crítica e a política cultural**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1988.

_____. **Teoria crítica e resistência em Educação**. Petrópolis: Vozes, 1986.

_____. **Os professores como intelectuais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GIROUX, H. & MCLAREN, P. Formação do professor como uma contra-esfera pública: a Pedagogia Radical como uma forma de Política Cultural. In: MOREIRA, A. F. & SILVA, T. T. **Currículo, Cultura e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2000.

GOCKEL, L. Especialistas criticam a desumanização da medicina. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 19 de outubro de 2003, p. A6.

GONÇALVES, E. L. Determinantes Curriculares. In: XI Reunião Anual das Escolas Médicas do Estado de São Paulo, 2000. São Paulo. **Anais do II Congresso Paulista de Educação Médica**. 2000. p. 5-12.

_____. **Médicos e Ensino da Medicina no Brasil**. São Paulo: EDUSP, 2002.

HARGREAVES, A.; EARL, L.; RYAN J. **Educação para mudança: recriando a escola para adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

HÜCK, H. **Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 1994.

IZIQUÉ, C. & MARCOLIM, N. Cientista bom de briga. Disponível em <<http://www.universiabrasil.net/materia>>. Acesso em 20 de janeiro de 2005.

KOLB, D. D. **Experiential learning. Experience as The Source of Learning and Development**. New Jersey: Prentice Hall P. T. R. 1984.

KOMATSU R. S. et al. Aprendizagem Baseada em Problemas. In MARCONDES, E. & GONÇALVES, E.L. **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

KONDER, L. **A questão da Ideologia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KRASILCHIK, M. Planejamento Educacional: estruturando o currículo. In MARCONDES, E. & GONÇALVES, E.L. **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 5-9.

LAMPERT, J. B. Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 25, n. 1, jan./abr., 2001. Disponível em <<http://www.aem-educmed.org.br>>. Acesso em 10 de maio de 2005.

_____. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas.** São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

LANE, J. C. **O Processo de Ensino e Aprendizagem em Medicina.** São Paulo: Fundo Editorial Byk, 2000.

LAVILLE, C. & DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Porto Alegre/Belo Horizonte: Editora Artes Médicas/Editora UFMG, 1999.

LEBRÃO, M. L. As finalidades do HU. 2001. Disponível em <<http://www.usp.br/jorusp/arquivo>> 2001. Acesso em 20 de janeiro de 2006.

LEFÈVRE, F. & LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos).** Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003.

LEITE, F. Conselho liga *boom* de cursos a erro médico. **Folha de S. Paulo.** São Paulo: 13 de novembro de 2005. Cotidiano, p. C1.

_____. Médico não dá importância a queixas, diz estudo. **Folha de S. Paulo,** São Paulo, 12 de maio de 2003.

LISBÔA, A. M. J. **O currículo arco-íris: reflexões sobre o ensino médico.** Brasília: Linha Gráfica Editora, 1999.

LOPES, R. J. Médico sugere moratória de publicações. **Folha de S. Paulo,** São Paulo, 12 de julho de 2005, Folha Ciência, p. A16.

LOWN, B. **A arte perdida de curar.** 2a. Edição. São Paulo: JSN Editora, 1997.

LÜCK, H. **Pedagogia Interdisciplinar: Fundamentos teórico-metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 2002.

LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, N. J. **Cidadania e Educação.** São Paulo: Escrituras, 1997.

_____. **Educação: projetos e valores.** São Paulo: Escrituras, 2002.

MARCONDES, E. Integração Horizontal e Vertical: Os Conjuntos de Disciplinas na Graduação Médica. In **Educação Médica.** São Paulo: Sarvier, 1998.

MARCONDES, E. & GONÇALVES, E.L. **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

MARIN, A. J. **Educação continuada**. Campinas: Papirus, 2000.

MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MASETTO, M. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

_____. **Docência na Universidade**. Campinas: Papirus, 1998.

_____. Discutindo o processo ensino/aprendizagem no ensino superior. In: MARCONDES, E. & GONÇALVES, E. L. **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

MINAYO, M. C. S. Médicos: esses deuses com pés de barro. In: LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002. Prefácio, p. 9-16.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4^a ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MIZUKAMI, M. G. N., REALI A. M. M. R.; REYES, C. R.; MARTUCCI, E. M.; LIMA, E. F.; TANCREDI, R. M. S. P.; MELLO, R. R. **Escola e aprendizagem da docência: processos de investigação e formação**. São Carlos: EdUFSCar, 2002.

MIZUKAMI, M. G. N & REALI, A. M. M. R. **Aprendizagem profissional da docência: Saberes, Contextos e Práticas**. São Carlos: EdUFSCar, 2002.

MORAES, I. N. **O Especialista e o Clínico Geral**. São Paulo: Roca, 1997.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002a.

_____. **Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro**. São Paulo/Brasília: Cortez/UNESCO, 2002b.

MORINAGA, C. V.; KONNO, S. N.; AISAWA, R. K.; VIEIRA, J. E.; MARTINS, M. A. Frases que Resumem os Atributos da Relação Médico-Paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 26, n^o 1, p. 21-26, jan./abr. 2002.

NEIVA, P. Entre a saúde e a doença. **Revista Veja**. São Paulo: Abril, ed. 1903, ano 38, n. 18, 4 de maio de 2003, p. 86.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 2º sem. 1996.

NOVAES, H. M. **Contribuição ao estudo de ações integradas em Serviços de Saúde**. Tese de Livre-Docência. Departamento de Prática de Saúde Pública. Disciplina de Assistência Médico-Hospitalar. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

OLIVEIRA, M. R. N. S. **Confluências e divergências entre didática e currículo**. Campinas: Papirus, 1998.

OMS/UNICEF. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, set/1978.

ONUR, O. *Future of Medical Education*. Conferência Mundial de Educação Médica. Dinamarca, Copenhague. 1993. Disponível em <<http://www.ifmsa.org>> Acesso em 19 de julho de 2005.

PADILHA, R. Q. & FEUERWERKER, L. C. M. As Políticas Públicas e a Formação de Médicos. Editorial. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 26, n. 1, p. 3-4, jan/abr. 2002.

PACKER, M. L. T. et al. Relato de uma experiência em sensibilização à capacitação docente. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Anais dos trabalhos científicos**. Belém, Pará. Brasil, 2001. p. 87.

PASSOS, L. F. **A colaboração professor-pesquisador no processo de formação em serviço dos professores da escola básica**. 158 p. Tese de doutoramento da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PEREIRA NETO, A. F. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PERRENOUD, P. **Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

QUELUZ, G. & ALONSO, M. **O trabalho Docente**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.

RAMIRES, J. A. F. **Folha de S. Paulo**. 27 de julho de 2004. p. A-2.

_____. **Folha de S. Paulo**. 26 de julho de 2004. p. A-7.

REALI, A. M. M. R. & MIZUKAMI, M. G. N. **Formação de professores: Tendências**

Atuais. São Carlos: EdUFSCar. 1996.

REATO, L. F. N. **Avaliação do ensino de Medicina do Adolescente no quinto ano do curso de graduação.** 225 p. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

REGO, S. Tempo de Ação para a Escola Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** V. 26, nº 2, p. 79-80, maio/set. 2002.

RIBEIRO, C. O. R. Ensino/Aprendizagem na Escola Médica. In MARCONDES, E. & GONÇALVES, E.L. **Educação Médica.** São Paulo: Sarvier, 1998.

RIOS, T. A. **Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade.** São Paulo: Cortez, 2002.

SACRISTÁN, J. C. **O currículo: uma reflexão sobre a prática.** 3ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

SACRISTÁN, J. C. & PÉREZ GÓMEZ, A. I. **Compreender e transformar o ensino.** Trad. Ernani F. da Fonseca Rosa. 4ª ed. Porto Alegre: ArtMed Editora. 1998.

SADI, A. Pela medicina de qualidade. **Folha de S. Paulo,** São Paulo, 12 de julho de 2004. Tendências/Debates, p. A3.

SANTOS FILHO, J. C. & GAMBOA, S. S. **Pesquisa educacional: quantidade-qualidade.** 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SAVIANI, D. **A nova lei da Educação: trajetória, limites e perspectivas.** Campinas: Editora Autores Associados, 1999.

SCHÄFER, K. H. & SCHALLER, K. **Ciência educadora crítica e didática comunicativa.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1982.

SCHÖN, D. **The reflexive practitioner. How professionals think in action.** New York: Basic Books, 1983.

SCHWARTSMANN, H. Diretor do INCOR quer exame para a prática da medicina. **Folha de S. Paulo,** São Paulo, 26 de julho de 2004, p. A7.

SEABRA, G. F. **Pesquisa científica: o método em questão.** Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2001.

SEVERINO, A. J. & FAZENDA, I. C. A. **Formação docente: rupturas e possibilidades.** Campinas: Papyrus Editora, 2002.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22^a ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. O projeto político pedagógico: a saída para a escola. **Revista de Educação AEC**, v. 27, n. 107, abril/junho, 1998.

SILVA, S. H. S. **Professor de Medicina: diálogos sobre sua formação docente**. 228 p. Tese de Doutorado em Psicologia da Educação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

SILVA, T. T. **Teorias do Currículo**. Porto, Portugal: Porto Editora Ltda., 2000.

SIQUEIRA, J. E. A arte perdida de cuidar. **Bioética**, v. 10, n. 2, p. 89-106, 2002.

_____. O ensino da Bioética no curso médico. **Bioética**, v. 11, n. 2, p. 33-42, 2003.

_____. Comunicamo-nos adequadamente com os nossos pacientes? **Rev. Assoc. Méd. Bras.** São Paulo, v. 50, n. 1, p. 7-7, 2004.

_____. Tecnologia e Medicina entre encontros e desencontros. **Bioética**. v.8, n^o 1, 2000. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/biol1v8/simp01>>. Acesso em 12 de julho de 2004.

SOARES, V. A. PBL: modismo ou revolução nos cursos de medicina? **Diálogo Médico**, mai/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.dialogomedico.com.br>>. Acesso em 15 de julho de 2004.

SROUGI, M. **Como fazer um bom médico**. São Paulo. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 25 de março de 2003.

STELLA, R. C. R. Estratégias de mudanças na formação de profissionais de saúde e mecanismos de sustentação: a formação médica. **Olho Mágico**. Londrina, v. 9, n. 1, p. 19-20, 2002.

SZYMANSKI, H.; ALMEIDA, L. R.; PRANDINI, R. C. A. **A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva**. Brasília: Plano Editora, 2002.

TAMOSKAS, M. R. G. **De médico especialista a professor de medicina: a construção dos saberes docentes**. Dissertação de Mestrado. 134 p. Programa de Pós-Graduação e Educação da Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo, 2003.

TAMOSKAS M. R. G. et al. Aspectos relevantes em curso de capacitação docente,

mapeados segundo ótica docente. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Anais dos trabalhos científicos**. Belém, Pará, Brasil, 2001. p. 87.

TAMOSASKAS M. R. G. Integração clínico-morfo-funcional: relato de uma experiência no terceiro ano do curso médico da Faculdade de Medicina do ABC. **Revista de Educação Permanente em Saúde**. Rio de Janeiro, vol. 1, n. 1, supl. 1, P. 204, 2004.

TEIXEIRA, M. A. R. M. **Prática docente e autonomia do aluno: uma relação a ser construída em cursos de graduação**. 207 p. Tese de doutoramento em Educação: Currículo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

TEODORO, A. & Vasconcelos, M. L. **Ensinar e aprender no ensino superior**. São Paulo: Editora Mackenzie/Cortez, 2003.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 12^a ed. São Paulo: Cortez, 2003.

TORRES, S. R. **A formação de docentes da engenharia e processos de mudanças: contribuições para a formação de professores**. Tese de doutoramento em Educação: Currículo da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

TRONCON, L. E. A., CIANFLONE, A. R. L.; MARTIN, C. C. S.; ALESSI, N. P.; BAVA, M. C. G. C.; MENEGHELLI, U. G. Conteúdos humanísticos na formação geral do médico. In MARCONDES, E. & GONÇALVES, E.L. **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 99-113.

TURÍBIO, I. Ditadura de exames. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 31 de julho de 2003. Caderno Folha-Equilíbrio. Disponível em <<http://www.glsex.com.br>>. Acesso em 1º de janeiro de 2006.

VALENTE, S. M. P. Do Currículo Mínimo às Diretrizes Curriculares. **Olho Mágico**, ano 5, número especial, novembro, 1999.

VASQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. 3^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VENTURELLI, J. **Educación Medica: Nuevos Enfoques, Metas y Métodos**. Washington: Organización Panamericana de la Salud – OPAS. 1997.

VENTURELLI, J. & FIORINI, V. M. L. Programas Educacionais Inovadores em Escolas Médicas: Capacitação Docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n° 3, p. 7-21, set./dez. 2001.

VIEIRA, J. E.; LOPES JR., A.; BASILE, M. A.; MARTINS, M. A. Identificação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina pelos Alunos da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro,

v. 27, n. 2, p. 96-103, maio/ago. 2003.

WALTON, H. Introduction to the Final Plenary Session. **World Conference on Medical Education**. Copenhagen, 2003.

WEYNE, G. R. S. **Igualdade e poder econômico**. São Paulo: Memória Jurídica Editora, 2005.

WEYNE, G. R. S. **Princípios filosóficos do direito inglês e concepções marxistas**. 2005. 261 p. Tese de Livre-Docência. (Área de Filosofia e Teoria Geral do Direito). Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

WFME – WORLD FEDERATION OF MEDICAL EDUCATION. Declaration of Edinburgh. 1988. Disponível em <www.opas.org.br>. Acesso em março de 2005.

WHO/UNICEF. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata: Cazaquistão, URSS. 1978. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva>>. Acesso em 25 de outubro de 2005.

YAZBECK, D. A.; AZEVEDO, L. L.; SIQUEIRA, M. R. L.; MENEZES, V. M.. Novos Rumos para a Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 24, n. 2, 2000.

ZABALZA, M. A. **Diários de aula**. Portugal: Porto Editora, 1994.

_____. **O ensino universitário, seu cenário e seus protagonistas**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZEICHNER, K. M. **A formação reflexiva de professores: idéias e práticas**. Lisboa: Educa, 1992.