

GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

**AS DETERMINAÇÕES DO CAPITAL SOBRE A FORMAÇÃO DO
TRABALHADOR EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE
REFORMULAÇÕES CURRICULARES EM DOIS CURSOS DE
MEDICINA DO PARANÁ**

CURITIBA
2009

GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

**AS DETERMINAÇÕES DO CAPITAL SOBRE A FORMAÇÃO DO
TRABALHADOR EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE
REFORMULAÇÕES CURRICULARES EM DOIS CURSOS DE
MEDICINA DO PARANÁ**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, para obtenção do grau de doutor em educação.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lígia Regina Klein

CURITIBA
2009

Albuquerque, Guilherme Souza Cavalcanti de.

A345d

As determinações do capital sobre a formação do trabalhador na saúde: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de medicina do Paraná / Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque - Curitiba, 2009.

240p.

Tese (Doutorado em Educação) Setor de Educação. Universidade Federal do Paraná.

1. Educação Médica. 2. Capitalismo. 3. Currículo.
4. Medicina. I. Título.

CDD 610.7

CDU 378.1

PROFESSORES COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Lígia Regina Klein

Programa de Pós-Graduação em Educação do Setor de Educação da UFPR

Profª Drª June Maria Passos Rezende

Ministério do Trabalho e do Emprego

Profª Drª Rose Mari Trojan

Programa de Pós-Graduação em Educação do Setor de Educação da UFPR

Profª Drª Izabel Cristina Meister Coelho

Faculdade Evangélica do Paraná

Prof. Dr. Milton de Arruda Martins

Universidade de São Paulo

Dedico este trabalho:

aos 950 milhões de famintos que existem hoje em todo o mundo;

aos 4.750 milhões de pobres que existem hoje em todo o mundo;

ao 1 bilhão de desempregados que existem hoje em todo o mundo;

aos mais de 50% da população mundial ativa que está hoje subempregada ou trabalha de forma precarizada;

aos 45% da população mundial que não têm acesso direto à água potável;

aos 3 bilhões de pessoas que carecem de acesso a serviços sanitários mínimos;

às 113 milhões de crianças que não têm acesso à educação;

aos 875 milhões de adultos analfabetos;

às 12 milhões de crianças que morrem todos os anos por causa de enfermidades curáveis;

a todos os grandes pensadores marxistas que têm procurado denunciar esta situação e demonstrar que a construção de uma sociedade voltada radicalmente para a produção do humano em todos e cada um de nós habitantes deste planeta é possível; e

*à minha esposa **Yumie** e à minha filha **Bárbara**, que suportaram silentes meu exílio auto-imposto, encontrando o que fazer em todos os fins de semanas, férias, feriados e todas as horas que poderiam ter sido de lazer ou simplesmente de compartilhar a atenção.*

Agradecimentos

*À minha orientadora, **Dr^a Lígia Regina Klein**, cuja competência, paciência, sabedoria e exemplo de determinação me fizeram avançar sempre.*

*Aos caríssimos **João Campos, Márcio Almeida, Evelin Muragushi** e todos os professores, alunos e funcionários da **UEL** com os quais fiz contato, que com sua atenção desmedida fizeram-me sentir sempre entre velhos amigos.*

*Aos professores alunos e funcionários da **UFPR** que não mediram esforços na contribuição para a realização da pesquisa.*

*À **Eloisa Maria Souza e Ana Isaura Nogiri** que fizeram milagres para encontrar documentos antigos na UFPR.*

*A **Faculdade Evangélica do Paraná** que me apoiou durante toda a caminhada*

*À **Ana Paula, Angélica, Ariane, Kelli e Diogo** que me ajudaram infinitamente, em especial na transcrição das entrevistas.*

*De cada um segundo as suas capacidades,
a cada um segundo as suas necessidades.*
(Karl Marx)

RESUMO

Utilizando o Materialismo Histórico Dialético, o autor realiza uma análise sobre as reformas curriculares efetuadas na década de 90 em cursos de medicina de duas escolas do Paraná. A análise é baseada no ideário da reforma, sintetizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que preconiza a formação de um médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, adequado às necessidades do Sistema Único de Saúde e à solução dos problemas mais comuns da comunidade. Analisa-se a coerência interna das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e a adequação das reformas instituídas ao seu ideário. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas com dirigentes, docentes e discentes que vivenciaram as reformas e de uma pesquisa documental incluindo relatórios de estudos, grades curriculares, planos de aula, ementas. Constata-se uma adesão parcial das reformas realizadas ao preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, com graus de avanço diferentes de uma escola para outra; uma inadequação na orientação pedagógica preconizada e adotada de forma intensa por uma das escolas; a retirada de fundamentação teórica na formação dos médicos de ambas as escolas, sendo, em uma delas, predominantemente nos conteúdos da base científica e, na outra, nos conteúdos profissionalizantes. A partir destas constatações defende-se que os cursos devem rever seu direcionamento no sentido de garantir a transmissão dos fundamentos científicos sobre os quais se assenta a prática médica, com o intuito de formar profissionais que, com maior autonomia intelectual, possam decidir os melhores rumos para a prática médica a serviço da vida humana em sua plenitude.

Palavras-chave: educação médica; capitalismo; currículo; medicina.

ABSTRACT

Taking the historical and dialectical materialism as reference, the author analyses the curriculum reform implemented back in the 1990s in graduate courses of two medical schools in Parana. This analysis is based on the concept of the reform, described in the National Guidelines for Graduate Medical School Curriculum (*Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*), that recommends the formation of a generalist, humanistic, analytical and reflexive physician in line with the needs of the Public Health Assistance (*Sistema Único de Saúde*), and committed to finding solution to the most common problems in the community. The internal consistency of the National Guidelines for Graduate Medical School Curriculum was analysed as well as the coherence between changes carried out and guidelines. Data were collected from interviews with directors, professors and students who have experienced the reform and from study reports, curricula, class plans, summaries. Changes carried out were partially concurrent with the recommendations of the National Guidelines for Graduate Medical School Curriculum, although they were adopted with different levels of efficiency in each school; a misunderstanding in the recommended pedagogical orientation was adopted intensively by one of the schools, the theoretical basis was dispised in both schools, the scientific based mostly on issues in one of them and the professionalizing issues in the other. From these evidences, the author states that the medical schools should review their conducts to grant the effective transmission of scientific knowledge, on which the medical practice lays, aiming at forming medical professionals that, with greater intelectual autonomy, could decide the best medical practice to amply serve the human life.

Key words: medical education, capitalism, curriculum, medicine.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
3	METODOLOGIA	14
3.1	O MATERIALISMO HISTÓRICO DIALÉTICO	14
3.2	PROCEDIMENTOS DA PESQUISA DE CAMPO.....	22
3.2.1	Coleta de dados sobre as reformas da educação médica em geral	22
3.2.2	Pesquisa nas escolas de medicina do Paraná em particular.....	22
3.2.3	Aspectos éticos.....	24
4	A MEDICINA CAPITALISTA	25
5	A EDUCAÇÃO CAPITALISTA	36
6	ORIGEM DA NECESSIDADE DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO EM GERAL E NA EDUCAÇÃO MÉDICA EM PARTICULAR	42
6.1	ORIGEM DA NECESSIDADE DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO EM GERAL	42
6.2	OS ORGANISMOS INTERNACIONAIS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CONFORMAÇÃO IDEOLÓGICA DA EDUCAÇÃO À NOVA ORDEM .	48
6.3	ORIGEM DA NECESSIDADE DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO MÉDICA.....	54
6.4	A CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA.....	68
7	REFLEXÕES GERAIS SOBRE AS MUDANÇAS EM ANDAMENTO NO ENSINO MÉDICO NO BRASIL	79
8	A UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR	88
8.1	ANTECEDENTES DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR	89
8.2	A REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR.....	93
8.2.1	Método Pedagógico.....	94
8.2.2	Integração e Interdisciplinaridade	96

8.2.3	O Ambulatório Geral como Espaço das Novas Atividades Práticas	98
8.2.4	Conteúdo	99
8.2.4.1	Mudanças nas Disciplinas do Ciclo Básico.....	100
8.2.4.2	Mudanças nas Disciplinas do Ciclo Profissionalizante	106
8.2.5	Compreensão do Processo Saúde Doença.....	113
8.2.6	Formação de um Profissional Crítico.....	115
8.2.7	Pesquisa Científica e Produção do Conhecimento de Acordo com as Necessidades do SUS.....	115
9	A UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UEL	117
9.1	ANTECEDENTES DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UEL	118
9.2	A REFORMA CURRICULAR DE 1997 DO CURSO DE MEDICINA DA UEL.....	119
9.2.1	Organização Curricular.....	121
9.2.2	Ementas	124
9.2.3	Método Pedagógico.....	138
9.2.4	Avaliação	141
9.2.5	Conteúdo	142
9.2.5.1	Conteúdo (das Disciplinas do Ciclo) Básico	144
9.2.5.2	Conteúdo (das Disciplinas do Ciclo) Profissionalizante	147
9.2.6	Integração e Interdisciplinaridade.....	147
9.2.7	Compreensão do Processo Saúde Doença.....	150
10	DISCUSSÃO	152
10.1	SOBRE A FORMAÇÃO GENERALISTA.....	154
10.2	SOBRE A FORMAÇÃO HUMANISTA	163
10.3	SOBRE A CONCEPÇÃO PEDAGÓGICA E A FORMAÇÃO ADEQUADA (ADAPTADA) ÀS NECESSIDADES SOCIAIS DA CONTEMPORANEIDADE	170
10.3.1	A Filiação às Pedagogias Psicológicas	172

10.3.2	Construtivismo: uma opção pedagógica reacionária	178
10.3.3	Adesão ao Construtivismo pela Sedução Alienada	180
10.3.4	O Pragmatismo Utilitário do Ensino por Competências	182
10.3.5	O Ensino por Competências e a Adaptação aos Interesses do Mercado	187
10.4	SOBRE OS CONTEÚDOS ESSENCIAIS PARA A FORMAÇÃO DO MÉDICO	193
10.5	SOBRE A FORMAÇÃO DE UM PROFISSIONAL ADEQUADO ÀS NECESSIDADES DA COMUNIDADE	195
10.6	SOBRE A FORMAÇÃO DE UM PROFISSIONAL CRÍTICO, AGENTE DA TRANSFORMAÇÃO SOCIAL.....	200
10.7	SOBRE A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL ATRAVÉS DA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS.....	203
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS	215
	REFERÊNCIAS	225
	APÊNDICES	236

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
ALAFEM – Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina
APS – Atenção Primária de Saúde
ATLS – Suporte Avançado de Vida no Trauma
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVCH – Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AVCI – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
BLS – Suporte Básico de Vida
BM – Banco Mundial
CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CES – Câmara de Educação Superior
CINAEM – Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas
CNE – Conselho Nacional de Educação
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECG – Eletrocardiograma
EPI – Equipamento De Proteção Individual
EUA – Estados Unidos da América
FEPAFEM – Federação de Associações de Escolas de Medicina
HC – Hospital de Clínicas
HMA – História Mórbida Atual
HT – Hospital do Trabalhador
HUMANIZASUS – Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde
IES – Instituições de Ensino Superior
IM – Intra Muscular
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC – Ministério da Educação e Cultura
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAG – Práticas de Ambulatório Geral
PALS – REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR BÁSICA E AVANÇADA PEDIÁTRICA
PBL – Problem Based Learning
PINS – Práticas de Interação Ensino Serviço e Comunidade
PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PROMEDLAC V – V Reunião do Comitê Regional Intergovernamental do Projeto Principal de Educação para a América Latina e Caribe
RN – Recém Nato
SC – Subcutânea
SESu – Secretaria de Educação Superior
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SPN – Programa de Saúde, Nutrição e População
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UEL – Universidade Estadual de Londrina

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USAID - Agência Estadunidense para o Desenvolvimento Internacional

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

1 INTRODUÇÃO

Meu interesse pela educação vem de pequeno, na escola, diante da minha dificuldade ao esquecer o que continha o início do parágrafo ao chegar, na leitura, ao seu final. Pensava que as idéias deveriam ser transmitidas de uma forma mais simples, numa linguagem mais simples. Pensava que muitos conteúdos eram desnecessários (e alguns realmente o eram), pois não via a utilidade de apreendê-los. Faltava-me, na verdade, exercitar mais a leitura. Faltava-me o domínio dos fundamentos da leitura, do estudo, das ciências.

O interesse pela formação médica vem, também, durante minha formação, agora no curso de medicina. Muitas das dificuldades de aprendizagem persistiam e muito da inutilidade dos ensinamentos pareciam se confirmar naquele curso. Mas um fato novo surgiu e reforçou minha insatisfação com o ensino médico. A falta de humanidade da medicina que eu aprendia. Indignava-me perceber o preconceito e a subordinação da atenção à vida e do alívio ao sofrimento aos interesses econômicos ou mesmo à vaidade pessoal de alguns.

Conheci então as idéias da reforma sanitária e me identifiquei, em especial e permanentemente, com a visão da saúde como direito de todos e dever do Estado. Havia uma medicina que priorizava a vida humana!

Já no interior da Saúde Pública, participei do curso “Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor Área da Saúde” e tomei conhecimento das pedagogias com inspiração em Bordenave, Paulo Freire e Piaget, que se apresentavam como revolucionárias. Por muito tempo tagarelei sobre o assunto e influenciei, tal meu entusiasmo, aliados e adversários da causa. Ali estava um conjunto de preceitos que, finalmente, demonstrava uma aprendizagem centrada no aluno, considerando seus esquemas de assimilação predominantes e seus interesses. Ali estava uma orientação pedagógica que subordinava a apropriação da teoria à sua utilidade prática, permitiria a produção do conhecimento na busca pelas soluções originais e criativas para os problemas de saúde da nossa nação.

O ideário das mudanças na formação médica, sintetizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina está fundado nessas mesmas bases e, por algum tempo entendi que minha tarefa seria contribuir para que a mudança, nesse sentido, ocorresse com a maior segurança possível. Hoje,

após conhecer um pouco mais sobre a educação e sobre seu papel na sociedade, concluiu que estava errado. Há contribuições inegáveis trazidas pelas reflexões de Bordenave, Freire, Piaget entre outros, mas há equívocos advindos da adesão a suas idéias e de outros construtivistas, que influenciam negativamente a educação brasileira e as reformas atuais da formação médica. É no intuito de contribuir para essa compreensão que o presente trabalho foi elaborado.

Com base no Materialismo Histórico Dialético iniciamos nossa pesquisa buscando compreender a gênese do movimento de mudança, ou seja, que motivações se forjaram no interior da sociedade capitalista de modo a levar importantes setores da mesma a empreender tal caminhada de mudança na formação médica.

Nesse percurso, buscamos desvelar como tais movimentos gerais repercutiram e, ao mesmo tempo, se retroalimentaram na esfera particular de dois cursos de medicina que empreenderam tal processo de mudança.

Buscamos apresentar as transformações realizadas na estruturação dos cursos, nos conteúdos abordados e na orientação pedagógica. Utilizamos para isso, documentos, relatórios, grades curriculares, ementas e, principalmente, o depoimento de dirigentes, docentes e discentes que estiveram envolvidos diretamente nas reformas das escolas estudadas.

Na seqüência, avaliamos o grau de aproximação de cada escola aos preceitos da reforma, sintetizados nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e a coerência das próprias recomendações das Diretrizes, diante do perfil do médico pretendido.

Concluimos o trabalho buscando demonstrar que, numa sociedade de classes, a educação em geral e a educação médica em particular poderá adequar-se mais aos interesses de uma ou de outra classe, nunca aos interesses de ambas, uma vez que, freqüentemente, são opostos.

2 OBJETIVOS

- Verificar a adequação das mudanças implementadas nos cursos de medicina da Universidade Federal do Paraná e da Universidade Estadual de Londrina ao ideário da reforma da formação médica sintetizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.
- Verificar a adequação do ideário das diretrizes curriculares para a formação do médico com o perfil nelas proposto.

3 METODOLOGIA

3.1 O MATERIALISMO HISTÓRICO DIALÉTICO

Compreendendo a educação médica como fenômeno social subordinado às condições históricas de produção econômica e, portanto, determinada pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas e pelas relações sociais de produção, o método de análise proposto para a realização desta pesquisa é o materialismo histórico dialético.

A essência do materialismo histórico dialético encontra-se no reconhecimento da luta dos contrários como fonte do conteúdo intrínseco do processo de desenvolvimento e da renovação da natureza e da sociedade. Situa a relação dinâmica sujeito-objeto como eixo do conhecimento, inserindo a práxis como condição desta relação.

O que caracteriza o humano é o salto ontológico que promove a ruptura com a subordinação à natureza. Ao mesmo tempo em que não perde a sua condição de ser biológico natural, o que difere o humano dos outros animais é o que produz a partir da natureza, mas superando seus limites, subordinando-a. É o que produz de não natural, de artificial (no sentido de ser produzido pela arte, pelo trabalho humano), a segunda natureza historicamente forjada através do trabalho intencional.

A condição de humanidade, portanto, é produzida, permanentemente, neste movimento de transformação da natureza, de apropriação da natureza em si e de significação de uma natureza para si. As coisas em si tornam-se objeto do conhecimento humano quando o homem opera sobre elas, modificando-as, dando-lhes um significado que até então não possuíam. Assim, o real é produzido historicamente pelo próprio homem, num movimento incessante de apropriação da natureza, mas em condições sempre renovadas. Cada geração parte daquele grau de apropriação da natureza que a geração anterior proporcionou, dando continuidade às conquistas do gênero humano sempre em novas condições, proporcionadas pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas. Este é o movimento de produção do real, ao qual deve corresponder um movimento de produção do conhecimento.

O conhecimento das coisas em si, ou seja, sua transformação em produtos humanos e objetos do conhecimento, realiza-se no mesmo movimento de intervenção do homem sobre a natureza modificando-a através de sua ação intencional, o trabalho, para a satisfação de suas necessidades. Neste movimento não só conhece as coisas, mas, cria significados, percebe e estabelece novos nexos entre os objetos da realidade, pois como afirmam Marx e Engels em sua obra intitulada “A Ideologia Alemã”, “os homens, ao desenvolverem sua produção material e relações materiais, transformam, a partir da sua realidade, também o seu pensar e os produtos de seu pensar”. (MARX e ENGELS, 2004, p.52)

A lógica formal mostra-se insuficiente para a compreensão da realidade como essencialmente contraditória e em permanente movimento de transformação, uma vez que considera os elementos em si, como elementos estáticos, prestando-se “somente” à identificação, caracterização e classificação dos mesmos em suas especificidades. (OLIVEIRA, 2005).

A lógica dialética, ao contrário, constitui uma possibilidade de compreensão da realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação. Supera a lógica formal – ao incorporá-la, como momento necessário para a definição dos “elementos” constituintes da realidade –, assumindo a unidade dos contrários como móvel do processo de produção da realidade. Permite, assim, a apreensão do real em seu movimento constante.

O método materialista histórico-dialético, como instrumento lógico de interpretação da realidade, caracteriza-se pelo movimento do pensamento através da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade, permitindo descobrir (pelo movimento do pensamento) as leis fundamentais que definem a forma organizativa do gênero humano através da história. (PIRES, 1997).

Pires (1997) apresenta uma excelente síntese do método ao explicar que o princípio da contradição, presente na dialética,

...indica que para pensar a realidade é possível aceitar a contradição, caminhar por ela e apreender o que dela é essencial. Neste caminho lógico, movimentar o pensamento significa refletir sobre a realidade partindo do empírico (a realidade dada, o real aparente, o objeto assim como ele se apresenta à primeira vista) e, por meio de abstrações (elaborações do pensamento, reflexões, teoria), chegar ao concreto: compreensão mais elaborada do que há de essencial no objeto, objeto síntese de múltiplas determinações, concreto

pensado. Assim, a diferença entre o empírico (real aparente) e o concreto (real pensado) são as abstrações (reflexões) do pensamento que tornam mais completa a realidade observada. (PIRES, 1997, p.87)

A produção do conhecimento humano se dá através da ação intencional do homem sobre a natureza, buscando dominá-la, para a satisfação de suas necessidades, a partir da apreensão dos conhecimentos anteriores que a sociedade construiu ao longo do tempo. O processo do conhecimento ocorre quando o homem transforma a natureza “em” si em natureza “para si”, conferindo significado às diversas coisas através de sua prática.

Este processo se inicia a partir de uma leitura sincrética da realidade, que, no entanto, deverá ser superada, pela compreensão das leis que regem a manifestação dos fenômenos. Uma vez compreendidas estas leis e elaboradas enquanto uma teoria que explica a manifestação dos fenômenos, o homem adquire a possibilidade de utilizar este novo conhecimento (leis) para modificar a natureza adequando-a a suas necessidades e desejos.

É na aproximação do homem ao concreto, que a produção do conhecimento é desencadeada. O concreto inicialmente percebido, concreto sensorial, é segundo Germer (2001) “uma abstração, uma representação mental de aspectos da realidade. Não há ainda a compreensão dos elementos que constituem e definem aquela realidade, nem das interconexões entre estes elementos”. É, portanto, uma representação caótica da realidade, já que fruto de uma visão superficial da mesma. Uma representação mental de elementos da realidade empírica, tal como esta se reflete de modo direto no pensamento.

A partir desta aproximação inicial, seguida por outras sucessivas aproximações, o sujeito cognoscente identificará os aspectos mais relevantes que compõem esta realidade, num movimento de análise, uma vez que extrai e isola do todo as partes sobre as quais “pensa”.

Estas partes serão então elaboradas pelo pensamento a partir do concreto sensorial, na forma de conceitos. Neste movimento do pensamento buscar-se-á identificar as vinculações lógicas entre os vários elementos mediadores de um determinado fenômeno a fim de representar, no pensamento, a dialética entre singularidade e universalidade.

Na compreensão dos conceitos, das inter-relações entre eles e as leis que regem o movimento dessas inter-relações, o processo do conhecimento passa a ser, predominantemente, um processo de síntese integradora. Ocorre então uma construção do real a partir das bases teóricas apreendidas. Uma construção do real como totalidade articulada segundo as leis que regem seu movimento. Assim, o movimento do conhecimento retorna ao concreto, não mais caótico, mas “concreto pensado”, a representação lógica do real.

Compreendidos e elaborados no pensamento os fundamentos teóricos, o homem supera sua subordinação em relação à natureza. Adquire as condições necessárias para subordinar a natureza e suas leis a seus desígnios. Adquire, portanto, condições de transformar a natureza ou reconstruí-la.

Desta forma, segundo Kosick (1976), o homem constrói o mundo da concreticidade sobre o qual poderá atuar, ao destruir a pseudoconcreticidade, esfera inatingível por sua ação concreta.

Analisemos com maior profundidade esta questão.

As manifestações fenomênicas, representações primárias decorrentes de suas projeções na consciência dos homens, desenvolvem-se à superfície da essência do próprio fenômeno. A produção do conhecimento requer, como dissemos, a apreensão do conteúdo do fenômeno e de suas mediações históricas concretas que só podem ser percebidas quando operadas mentalmente com apoio nas abstrações do pensamento. No materialismo histórico dialético a compreensão dos fenômenos, em sua processualidade e totalidade, encontra respaldo apenas na dialética entre singularidade, particularidade e universalidade. Em sua expressão singular o fenômeno revela o que é em sua imediaticidade, em sua expressão universal revela suas complexidades, suas conexões internas, as leis de seu movimento e evolução, enfim, a sua totalidade histórico-social. (MARTINS, 2006)

Segundo Lukács (1978), os nexos existentes entre singular, particular e universal albergam o fundamento que sustenta uma autêntica e verdadeira aproximação e compreensão da realidade. É fundamental, portanto, para a produção do conhecimento científico, analisar o fato imediato à luz da totalidade social. Isto implica em realizar a análise dialética da relação entre o singular e o universal, relação esta mediada pelo particular. Somente assim a ênfase no particular não se

converte em sua naturalização pelo abandono da construção de um saber na perspectiva da totalidade.

No entanto, como não se obtém o conhecimento científico da realidade a partir da realidade social como ela se nos apresenta de imediato, há que se percorrer o caminho que vai da delimitação das relações mais simples e determinantes até a totalidade social nas suas múltiplas relações, para depois retornar às determinações mais simples novamente.

O ponto de partida, portanto, deve ser uma categoria objetivamente central no plano ontológico, pois, embora, considerado isoladamente, qualquer fenômeno possa - uma vez transformado em "elemento" por meio da abstração - ser tomado como ponto de partida, tal caminho não levaria jamais à compreensão da totalidade. (LUKÁCS, 1979, p.46)

A análise do fenômeno em estudo pode ser empreendida quando conseguirmos descobrir sua mais simples manifestação (o empírico), para que, ao analisá-la elaborando abstrações, possamos compreender plenamente o fenômeno observado enquanto síntese de múltiplas determinações (concreto pensado). Identificada tal categoria, elaborar-se-á abstrações "livrando-se" das particularidades e singularidades, até obter, no pensamento, uma característica que se revele comum a um grande número, a uma totalidade de fenômenos. Então ela cessa de poder ser pensada apenas em uma forma particular, como afirma Lukács (1978), passando a ser universal.

No movimento do pensamento, buscando captar o movimento do real, a universalidade exprime, no entanto, sempre uma aproximação, o mais alto grau de generalização obtido em cada etapa da produção do conhecimento. Segundo Lukács (1978),

o processo do conhecimento transforma ininterruptamente leis que até aquele momento valiam como as mais altas universalidades em particulares modos de apresentação de uma universalidade superior, cuja concretização conduz muito freqüentemente, ao mesmo tempo, à descoberta de novas formas da particularidade, como mais próximas determinações, limitações e especificações da nova universalidade tornada mais concreta. (LUKÁCS, 1978, p.103)

É preciso destacar o papel fundamental da análise do particular nesta relação dialética. Nenhum fenômeno ocorre, se expressa e se dá a conhecer através

da ação humana, em sua singularidade ou generalidade isoladamente. É através da mediação do particular que o fenômeno “assume as especificidades pelas quais a singularidade se constitui em dada realidade de modo determinado”. (LUCÁKS, 1978).

O particular constitui, no pensamento, a mediação entre o específico (singular) e o geral (universal), que não podem ser compreendidos de modo isolado e por si mesmos. A consideração do particular é essencial para superar falsas dicotomias – com as quais nos vemos envolvidos, freqüentemente, nas diversas áreas do conhecimento –, entre as manifestações imediatamente perceptíveis do fenômeno e os processos que os explicam e determinam. Um bom exemplo são as falsas dicotomias do tipo indivíduo-sociedade, para cuja solução a análise da relação dialética singular-particular-universal é fundamental na compreensão da “complexidade da universalidade que se concretiza na singularidade, (...) através das mediações sociais – a particularidade”. (OLIVEIRA, 2005)

Todo o processo entre o indivíduo (singular) e o gênero humano (o universal) se concretiza nas condições determinadas e especificadas pela formação social (o particular) na qual o indivíduo se encontra inserido. Tomar esta formação social existente, em particular, como se fosse todo o conjunto da produção do gênero humano, em geral, acaba por naturalizar a formação social determinada, legitimando-a como expressão máxima possível do desenvolvimento humano, conformando os indivíduos ao subtrair a idéia da possibilidade de superação da mesma.

As mediações são produzidas historicamente, ou seja, no movimento do próprio real, sendo, portanto, “provisórias”, superáveis.

Enquanto relativas ao pensamento, permitem a não petrificação do mesmo, porque o pensar referido ao real se integra no movimento do próprio real. O pensar não referido ao real pretende-se a-histórico e neutro. Mas essa pseudoneutralidade não existe, porque a mediação não existe em si própria, senão em sua relação com a teoria e a prática. Por isso o pensar que se pretende a-histórico, no fundo faz o jogo da ideologia dominante ao universalizar uma mediação que é sempre contraditória, superável e relativa. Nessa ordem de coisas, pode-se afirmar que a ideologia dominante, na sociedade de classes, naturaliza o histórico pela conversão em permanente do que não é senão passageiro. (CURY, 1992, p.43)

Segundo Oliveira (2005), se os significados fossem os mesmos, as relações indivíduo-sociedade e indivíduo-genericidade seriam a mesma coisa, pois não teriam características específicas que as diferenciassem. Porém, uma determinada formação social não encarna, de forma unívoca, todo o desenvolvimento já existente do gênero humano e nem mesmo parte dele em determinada época. E embora a concretização das potencialidades alcançadas pelo gênero humano, na vida do indivíduo, só se efetive através do processo concreto de sua socialidade, “a apropriação de uma socialidade concreta do indivíduo não possibilita necessariamente a objetivação plena desse homem enquanto ser genérico, isto é, pertencente ao gênero humano”. (DUARTE citado por OLIVEIRA, 2005, p.30)

A história tem mostrado que essa “objetivação plena” do indivíduo só se dá para aquele que, por determinados motivos e circunstâncias, consegue superar os limites determinados pela estrutura social em que vive, concretizando em sua vida as possibilidades já existentes apresentadas pelo desenvolvimento do gênero humano, as quais lhe estão sendo cerceadas ou mesmo negadas pela estrutura social na qual está inserido. (OLIVEIRA, 2005)

Nas formações sociais capitalistas vivemos intensamente a contradição entre as possibilidades dadas pelo espantoso grau de desenvolvimento das potencialidades do gênero humano, ao lado da impossibilidade da objetivação deste potencial em cada indivíduo. Ao considerá-las como a generalidade (a forma genérica do desenvolvimento humano), surge a oposição indivíduo – sociedade, ocultando-se os nexos entre os interesses de classe e a forma específica de organização destas formações sociais.

Evidencia-se, assim, a fragilidade no conhecimento da realidade ao se desconsiderar a categoria particular como mediadora entre singular e universal. Isto, porém, é essencial para a manutenção dos interesses da classe dominante na sua pretensão de “vendê-los” como universais.

Como afirma Oliveira (2005), para conhecer a realidade de modo a poder modificá-la, no sentido da humanização, é preciso, compreender o processo ontológico da produção humana e como esse processo tem se efetivado, historicamente, dentro das relações sociais de produção. Em nossa sociedade trata-se das relações sociais que servem ao processo de subordinação e domínio, no qual os pólos indivíduo e sociedade aparecem como antagônicos.

Ao se sublimar o papel mediador da sociedade, tomando-a como universal em oposição ao indivíduo singular, ocultando-se então as relações de classe como parte do processo de mediação, indivíduo gênero humano, transfiguram-se as relações de classe em relações pessoais. Se oculta a determinação estrutural das relações pessoais ao tomar como absoluta, autônoma e independente, sua dimensão subjetiva.

Cabe ressaltar, por sua fundamental importância, um aspecto central na conformação dos indivíduos à ordem estabelecida com a sublimação da particularidade. Quanto a esta questão Oliveira (2005), observa que

Quando a relação singular-universal é considerada epistemologicamente somente do ponto de vista da relação entre o indivíduo e a sociedade, a emancipação do homem singular fica restrita somente ao que Marx chamou de mera 'emancipação política' que está inerente à concepção de cidadão, a relação do indivíduo com o Estado, somente, e não a relação do indivíduo com o gênero humano. Nesta visão o objetivo último da relação indivíduo-sociedade fica restrita ao processo de adaptação do indivíduo à sociedade, que, na concepção neoliberal de indivíduo e sociedade, se tornou hoje a palavra de ordem. Essa adaptação não visa a universalização do homem, mas a universalização do mercado. (OLIVEIRA, 2005 p.49)

Com o materialismo histórico dialético não é possível, portanto, elaborar construções absolutamente subjetivas nas instâncias particular ou individual, sem relacioná-las, num movimento de gênese dialética com os processos econômicos, políticos e ideológicos concatenados numa lógica social mais ampla. O pressuposto de que a realidade, por contradição está sempre em movimento de transformação, impõe o reconhecimento de que o produto desta pesquisa será uma síntese provisória, superável diante de suas contradições internas, uma fotografia do estado de coisas em determinado momento.

No presente estudo utilizou-se como categorias de método especialmente a totalidade, a reprodução e a contradição e, como categorias mais simples de análise (categorias de conteúdo), a abordagem pedagógica, o conteúdo dos cursos de medicina, na perspectiva da formação de um profissional médico adequado às necessidades atuais da sociedade capitalista.

3.2 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA DE CAMPO

3.2.1 Coleta de dados sobre as reformas da educação médica em geral

Com base na fundamentação metodológica apresentada iniciamos a presente pesquisa pelo levantamento e análise de documentos do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde, do Sistema Único de Saúde e das agências internacionais, que têm norteado as mudanças na formação médica, além de relatórios de conferências internacionais sobre educação, buscando verificar os nexos entre as idéias expressas em tais documentos e o contexto do capitalismo internacional. Esses documentos foram encontrados na Internet ou em artigos e livros publicados sobre a questão da educação médica.

Num segundo momento analisamos os aspectos particulares dos cursos de Medicina de duas escolas do Paraná, verificando como nelas se expressam as determinações mais gerais e, ao mesmo tempo, como essas escolas as retro-alimentam e contribuem para sua reprodução.

3.2.2 Pesquisa nas escolas de medicina do Paraná em particular

Para essa análise escolhemos os cursos de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e a da Universidade Estadual de Londrina (UEL), cujas experiências de reforma curricular, bastante influenciadas pelas instituições nacionais e internacionais com interesse na área, consideramos constituir uma profícua fonte para o desenvolvimento de nosso estudo.

Através da observação direta, realização de entrevistas com os coordenadores dos cursos na época das reformas, professores e estudantes de medicina envolvidos no processo, estudo de fontes secundárias (documentos oficiais, material bibliográfico e pedagógico utilizados, assim como registros de atividades pedagógicas) buscamos identificar as modificações induzidas pelas

reformas curriculares e suas repercussões sobre a transmissão dos fundamentos científicos aos futuros médicos.

Para a elaboração da entrevista buscou-se introduzir questionamentos que permitissem inquirir sobre as possíveis alterações de conteúdo conforme os direcionamentos da mudança cuja construção teve início na década de 1990 e que permanecem, com pequenas reformulações, nas diretrizes curriculares e nos programas nacionais de reorientação da formação médica, voltados para a formação geral do médico que contemple: a análise dos determinantes do processo saúde e doença, a produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS, análise crítica do processo assistencial, integração do conhecimento básico com o profissionalizante, através de uma aprendizagem ativa, em novos cenários de aprendizagem contemplando a integração docente-assistencial.

A seleção da amostra foi orientada de modo a garantir a entrevista de professores de todas as disciplinas básicas e de 20% das profissionalizantes.

Dentre as consideradas do ciclo profissionalizante, selecionamos aquelas, que no nosso entender, têm maior importância para a formação de um médico generalista, conforme o perfil preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. As disciplinas selecionadas foram: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria, Cardiologia, Pneumologia, Neurologia, Nefrologia, Psiquiatria, Dermatologia, Endocrinologia, Reumatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Para o curso que não se organiza mais em disciplinas, procuramos os professores envolvidos com os temas pertinentes a tais áreas do conhecimento e inquirimos sobre as atividades realizadas em torno dos mesmos.

Dentre os estudantes da UFPR foram ouvidos cerca de 30% daqueles que vivenciaram o processo e cursavam o último ano do curso no momento da pesquisa. Na UEL o percentual de estudantes foi pouco superior a 10%.

As entrevistas, semi-estruturadas, foram realizadas a partir de questões norteadoras, com liberdade para elaboração de outras indagações, intervenções, comentários e diálogos que permitissem melhor compreensão da questão em estudo. O roteiro de questões norteadoras não foi aplicado em sua totalidade sempre que a investigação de algum assunto estivesse esgotada. As entrevistas

foram gravadas e posteriormente transcritas para facilitar o acesso e manuseio dos dados.

Após a coleta dos dados estabelecemos alguns eixos de análise que nortearam a reflexão sobre as mudanças ocorridas no processo de formação dos estudantes de Medicina nas duas escolas, no que diz respeito à atenção às recomendações da formação médica estabelecidas no ideário das diretrizes curriculares. Nesse movimento analisamos, também, alguns aspectos das próprias diretrizes curriculares e sua coerência interna.

Os eixos que estabelecemos para realizar a análise citada foram: a formação generalista; o caráter humanista; a adaptação da formação às necessidades sociais; a formação de profissional adequado (adaptado) às necessidades de cada região; a formação de profissional crítico, agente de transformação social; a formação de profissional capacitado para agir sobre os determinantes do processo saúde-doença; a concepção pedagógica.

3.2.3 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa, incluindo o roteiro de entrevistas e o termo de consentimento livre e esclarecido, foi submetido ao comitê de ética da Faculdade Evangélica do Paraná e aprovado.

Todos os entrevistados foram informados sobre o teor da pesquisa e seus objetivos, a liberdade para participar ou retirar-se a qualquer momento, sem qualquer ônus ou benefício, além da produção do conhecimento. Foram informados também sobre a garantia da preservação do sigilo quanto a sua identidade na divulgação dos resultados da pesquisa. A entrevista foi sempre precedida da leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4 A MEDICINA CAPITALISTA

Toda formação social, para sobreviver, precisa garantir a reprodução de suas condições de produção, ou, em outras palavras, a reprodução de seu modo de produção, a maneira como organiza a produção de tudo o que é necessário para sua sobrevivência e desenvolvimento. Entendendo que o modo de produção é constituído pela unidade das forças produtivas e das relações de produção, podemos concluir que a sobrevivência e desenvolvimento de uma formação social depende da reprodução de suas forças produtivas - meios de produção e força de trabalho - e da reprodução de suas relações de produção. (ALTHUSSER, 1999a).

Nas formações sociais Capitalistas a reprodução dos meios de produção resulta do esforço para manter disponíveis as matérias-primas, as edificações nas quais a produção - ou parte dela - ocorrerá, manter ou repor as máquinas e ferramentas necessárias para operar sobre os objetos da produção, garantir o fornecimento de energia para mover as máquinas etc. Isso tudo se viabiliza nas relações intercapitalistas, nas quais os meios necessários para determinado setor da produção obtêm-se como mercadoria produzida por outro setor ou pelo próprio Estado.

Por sua vez, a reprodução da força de trabalho implica em manter uma quantidade de trabalhadores em condições de trabalhar, suficiente para ocupar os postos de trabalho e para compor uma reserva com vistas à reposição daqueles que se incapacitam, morrerem ou aposentarem. A força de trabalho é entendida como o conjunto das diferentes formas de dispêndio de energia dos indivíduos tecnicamente aptos a utilizarem os meios de produção existentes. (ALTHUSSER, 1999a)

Força de trabalho disponível para o Capital, ou seja, em condições de trabalhar, requer, além do funcionamento do corpo adequado para mover os meios de produção, a competência para desempenhar cada função exigida pelos diversos postos de trabalho existentes no processo produtivo em cada momento histórico.

Essa competência, essa qualificação para o desempenho de cada função, de acordo com a inserção no processo produtivo, deverá ser conferida pela educação, que, no sistema capitalista, para as funções ligadas à criação dos meios de produção, inovações tecnológicas etc, ocorrerá predominantemente na escola.

Para as funções de caráter predominantemente manual, o aprendizado ocorrerá na prática, pela imitação dos outros trabalhadores. Há, ainda, técnicas muito sofisticadas, cujo aprendizado requer treinamento sob supervisão qualificada, o que, em geral, ocorre, também, no âmbito da escola. (PONCE, 2000)

Finalmente, para a reprodução de determinado modo de produção resta a necessidade da reprodução das relações de produção, as relações que se estabelecem em torno da produção entre seus agentes ou entre estes e outros elementos que, em sociedades de classes, não são agentes da produção, mas nela intervêm. (ALTHUSSER, 1999a)

Nas formações sociais Capitalistas a reprodução das relações de produção ocorre na instância da superestrutura, em seus níveis jurídico-político e ideológico.

O nível jurídico materializa-se pelo direito, através do estabelecimento formal da propriedade privada e da correlata obrigação do contrato social, a ser respeitada pelos diversos sujeitos na perspectiva da sanção, caso a obrigação não seja respeitada, configurando, assim, um importante mecanismo de repressão e controle.

O nível político realiza-se através do Estado, em torno do qual dá-se a luta de classes, cujo objetivo é a conservação ou tomada do poder de Estado. Deter o poder de Estado significa colocar o Aparelho de Estado a serviço dos interesses da classe detentora deste poder.

O que, para Marx, compreende o Aparelho de Estado (o governo, a administração, as forças armadas, a polícia, os tribunais, as prisões), Althusser (1999a) denomina de Aparelho Repressor de Estado, para diferenciar dos Aparelhos Ideológicos de Estado, que cumpririam a mesma função do Aparelho Repressor, sem utilizar a violência física. Para Althusser, os principais exemplos de Aparelhos Ideológicos de Estado seriam os Aparelhos Escolar, Familiar, Religioso, Político, Sindical, da Informação, da Edição-Difusão e Cultural.

Obviamente todos os setores ou processos sociais orgânicos à determinada formação social deverão contribuir para sua reprodução, (re)produzindo em cada esfera, além de produtos ou serviços, a própria ordem, o próprio modo de produção.

Neste sentido, nas formações sociais Capitalistas, cabe à Medicina, em sua participação orgânica ao metabolismo geral deste modo de produção, participar diretamente da produção de Capital, da reprodução dos meios de produção e das relações de produção. Pode-se dizer que, no Capitalismo, a função precípua da

Medicina seja reproduzir força de trabalho, e secundariamente contribuir para a reprodução da ordem.

O modo pelo qual, através da Medicina, se opera a reprodução da força de trabalho organicamente ao Capital cumpre, ainda, a função de realizar a mais-valia¹ da indústria médico-farmacêutica, da produção direta de mais-valia através da exploração da força de trabalho médica nos serviços de saúde e de criar o espaço de mercado para os seguros e planos de saúde.

Quanto à última afirmação queremos fazer um breve esclarecimento. Nos momentos iniciais de estruturação de uma formação social capitalista, o Capital repassa ao Estado a responsabilidade por reproduzir a infra-estrutura necessária para a produção. Desde o provimento de energia, a instalação das redes viárias, dos meios de comunicação etc., até a reprodução da força de trabalho. Os recursos para esta tarefa que assume o Estado são originários todos da mais-valia extraída do trabalhador e são transferidos via impostos pagos, parte pelo empregador, parte pelo trabalhador. Uma vez estabilizada esta reprodução, passa a tornar-se interessante para o capital, que, então, busca retirá-la do jugo do Estado. No caso dos seguros e planos de saúde, a operação que realiza o Capital inclui desde semear o descrédito no serviço público, até disseminar a idéia de que a preservação da saúde e a manutenção da vida dependem do consumo dos produtos e serviços de saúde, cujo custo não poderá ser arcado diretamente pelo “consumidor” que, então, se convence da necessidade de adquirir o seguro.

No que diz respeito à reprodução da força de trabalho, a participação da Medicina ocupa posição central. A força de trabalho em geral tem como substrato o corpo do trabalhador e, para que este corpo possa realizar-se como tal, sua anatomia e fisiologia deverão estar preservadas. Independente do fato de que, no Capitalismo, para os diferentes grupos sociais, a anatomia e a fisiologia dos corpos deverá estar adequada a seu uso conforme a inserção na produção, cabe fundamentalmente à Medicina preservá-las. O produto da Medicina é, portanto, um fator de reprodução da força de trabalho, valor de uso para o Capital. Não podemos, porém, esquecer que ao contribuir para manter os corpos em condições de serem explorados como força de trabalho, a Medicina contribui para manter nos indivíduos

¹ A mais-valia constitui todo o valor produzido pelo trabalho que supera o valor necessário para a reprodução da força de trabalho (ou seja, que supera o valor necessário para a preservação da capacidade de trabalho do trabalhador) e é apropriado pelo empregador. (Marx, 1996)

as condições necessárias (mesmo que não suficientes) para buscar a realização de seus próprios desejos.

No entanto, a forma de participar da reprodução dos corpos como mercadoria força de trabalho, como toda atividade produtiva no Capitalismo, deve também ser funcional ao processo geral de produção de Capital. O próprio processo de produção e manutenção da força de trabalho deverá, sempre que possível, servir à finalidade de produção de mais valor, através da extração e realização de mais-valia. Isto significa que a força de trabalho médica deve constituir mercadoria disponível para o Capital com o menor custo possível e que ao mover os meios de produção deverá consumir as mercadorias de setores como a indústria médico-farmacêutica, induzir à adesão aos planos e seguros de saúde etc.

Com o monopólio da definição do que é saúde, o que é doença e de indicar o procedimento mais adequado para cada situação, a Medicina capitalista acaba por gerar verdadeira adição do paciente consumidor aos produtos e procedimentos prescritos (NAVARRO, 1979a, POLACK, 1971). As ações de saúde adquirindo “a forma que exigem as leis do mercado”, direcionam os indivíduos no consumo dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, dos medicamentos, dos suplementos alimentares, dos serviços das clínicas de repouso, contribuindo decisivamente para a realização da mais-valia das indústrias farmacêuticas, alimentícias, equipamentos, leitos e móveis de hospital etc., ao vincular a cura com o ato de consumo, com a compra de um produto. (POLACK, 1971).

...a longevidade, a beleza, a força sexual, se correlacionam com a sã fisiologia do corpo num sincretismo desconcertante. Leveduras e vitaminas, alimentos eleitos, aparatos físicos diversos e pastas dentifrícias com ingredientes excepcionais; nestes produtos estão resumidas as qualidades necessárias para eliminar nossa torpeza terrestre. (POLACK, 1971, p.127)

Sempre é bom lembrar, no entanto, que não é a forma como se estrutura a Medicina que de maneira autônoma determina esta verdadeira adição ao consumo de medicamentos, equipamentos e serviços ligados ao cuidado da saúde. Mais do que causa, a forma como a Medicina se efetiva é consequência, ou, como afirma Navarro (1979a), sintoma das necessidades básicas das instituições sociais e econômicas próprias das sociedades industrializadas capitalistas. Nessas formações sociais a necessidade de consumir (não somente os produtos da Medicina) reflete o

fato de que homens e mulheres dependem de algo que possa ser comprado uma vez que não exercem nenhum controle sobre o produto de seu trabalho e são dirigidos e manipulados no consumo dos produtos desse trabalho.

Esta dependência do consumo, fetichismo da mercadoria (MARX, 1996), é fundamental para a sobrevivência do Capitalismo, que depende da realização da mais-valia que só ocorre com o consumo. Desse modo, o Capital precisa alimentar a insatisfação e a dependência na esfera do consumo pela permanente criação de necessidades - artificiais ou não-, pela existência de uma população alienada de consumidores e pela reprodução de uma ideologia consumista em virtude da qual o valor das pessoas é determinado não pelo seu trabalho, mas pelo que consome. A maioria dos trabalhadores não possui o controle sobre o processo e o produto de seu trabalho. O que se produz, de que forma, em que ritmo, intensidade etc. é determinado pelos detentores dos meios de produção. Desta forma o trabalho, para a imensa maioria dos trabalhadores, não constitui um meio fundamental de auto-expressão que possibilite e potencialize a criatividade; é principalmente um espaço de venda da energia vital em troca do salário, que permitirá a aquisição dos bens e serviços necessários para a sobrevivência. É fora da esfera da produção que o trabalhador deverá buscar as possibilidades de desenvolver suas potencialidades utilizando livremente sua criatividade. Assim, ao perceber que a possibilidade de realizar-se no trabalho lhe é negada, o trabalhador se vê compelido a buscar sua realização fora do trabalho e o faz no campo do consumo, que é o que o Capital lhe oferece. “A alienação do produtor a respeito de seu trabalho – sua insatisfação – conduz ao fetichismo do consumo” (NAVARRO, 1979a, p.148-151) que se intensifica no campo dos serviços médicos quando o trabalhador reage à alienação internalizando suas frustrações, gerando assim sofrimentos psicossomáticos que o levam a esse consumo.

A Medicina Capitalista foi se definindo como tal, articulada às transformações mais gerais da sociedade na transição do modo de produção feudal para o Capitalismo. Na constituição da sociedade Capitalista industrial, a ciência positiva foi paulatinamente substituindo as interpretações dogmáticas e metafísicas por uma racionalidade construída a partir da materialidade da vida. A justificativa teológica para as diferenças sociais entre servos, vassallos, nobreza e clero, tão caras à manutenção da ordem feudal, torna-se desnecessária no modo de produção

nascente. A partir de então a realidade pode ser explicada por meio de uma nova racionalidade. O modo de produção Capitalista não só permite como necessita, para sua reprodução e desenvolvimento, desta nova racionalidade. É preciso desenvolver os meios de produção melhorando sua produtividade para garantir a sobrevivência das formações sociais neste novo patamar. A produção, agora, baseia-se cada vez mais em novas ferramentas, processos e máquinas para cujo desenvolvimento o conhecimento das ciências naturais, da física, da química, torna-se imperativo. Na Medicina desenvolveram-se com intensidade os conhecimentos de anatomia, fisiologia, patologia, em sinergia com os avanços da química e da física e com os equipamentos que aos poucos eram disponibilizados como, por exemplo, o microscópio, permitindo avançar no conhecimento das coisas da natureza.

A Medicina beneficiava-se destes avanços sempre que os incorporava, pois ainda conviviam diversas práticas, fundadas na magia, na metafísica, no dogmatismo e no idealismo. Lentamente é que a atuação médica foi-se fundamentando de forma consistente nas descobertas científicas e deixando seu caráter de charlatanismo. (CASTIGLIONI, 1947; ROSEN, 1994)

Alguns médicos foram obtendo grande fama e notoriedade, recebendo por seus serviços excelente remuneração. Os charlatões mais ignorantes e os clínicos mais ilustres conviviam na oferta de seus préstimos e no desfrute do prestígio junto a seus discípulos e pacientes. (CASTIGLIONI, 1947) Como a formação teórica carregava uma herança da filosofia idealista, freqüentemente a prática fundada em observações empíricas, mesmo que combinadas com explicações metafísicas, obtinha resultados mais favoráveis. À medida que a teoria foi-se produzindo sobre a base material da vida e fornecendo sínteses generalizantes que passaram a explicar os fenômenos, a prática dos médicos com base teórica passou a ser reconhecida como mais adequada, diante dos riscos que uma prática sem qualquer base racional ia demonstrando pelos tratamentos preconizados que, muitas vezes, obtinham antes a morte que a cura.

Desde tempos anteriores à instituição da clínica como modo de estruturação da prática (FOUCAULT, 2006) os médicos constituíam uma parcela de trabalhadores que ao mesmo tempo detinham o saber e a posse dos meios de produção, que, no geral, resumiam-se aos seus instrumentos pessoais de trabalho. Progressivamente, no entanto, como em todos os setores da produção Capitalista, o Capital foi-se

apropriando dos conhecimentos, materializando-os nos meios de produção, cada vez mais complexos e mais caros, e retirando a posse destes meios de produção do trabalhador médico. Desta forma o trabalho médico deixou de ter as características de um trabalho autônomo.

Para o Capital, o trabalho médico autônomo, apesar de contribuir para realizar a mais-valia de setores como a indústria de medicamentos, é improdutivo, no sentido de não permitir, diretamente de si, a extração de mais-valia. Com a crescente incorporação de tecnologias cujo custo não pode ser arcado pelo médico individualmente, associada à diversificação das especialidades, o trabalho médico cada vez mais se objetiva e assume a forma de trabalho coletivo ou, como o denomina Marx, trabalho social (MARX, 1996), regido pelo Capital e subordinado ao imperativo da extração da mais-valia, tornando-se, assim, produtivo, no sentido capitalista do termo.

Apesar da multiplicidade das formas de inserção do médico no mercado de trabalho, gerando grande diversidade de situações laborais, a Capitalização da Medicina tem significado, em geral, o direcionamento da prática para o assalariamento ou para outras formas mais sutis de extração de mais-valia que se configuram em todas as situações nas quais o trabalho médico proporciona lucro direto para o Capitalista, que não o realiza, mas o vende.

A Capitalização do cuidado médico, exigindo que o cuidar produza sempre mais valor, passa a influenciar diretamente nos conteúdos das práticas diagnósticas e terapêuticas. Desse modo, na Medicina, cada vez mais se caracterizando como prática Capitalista, a ação de manutenção da vida e reprodução da força de trabalho torna-se também cada vez mais subordinada à necessidade do lucro.

A busca incessante de aumento da produtividade, necessidade vital dos processos produtivos Capitalistas de melhorar a mais-valia relativa, têm-se realizado através da divisão pormenorizada do trabalho, com simplificação de suas parcelas e introdução de tecnologia. Ao substituir o trabalhador pela máquina para a realização de determinadas funções, o Capital pode reduzir o emprego de trabalho vivo ou substituir um trabalhador qualificado por outro de menor qualificação e conseqüentemente de menor remuneração. Embora na Medicina a produção do trabalho ainda tenha grande dependência da capacidade do trabalhador médico, a intensa fragmentação e especialização, ao lado da também intensa introdução de

tecnologia, tem promovido, também nesta área, importante simplificação de alguns processos, permitindo a substituição do médico por outro (médico ou não). Segundo Schraiber (1993), as atividades de prestação do cuidado médico

redistribuídas nos trabalhos mais ou menos especializados, serão recobertas por processos de valorização/desvalorização social, nos quais se instalam diferenciações do caráter mais ou menos rotineiro do trabalho, intensificação maior ou menor de sua jornada e desigualdade das formas e valor de sua remuneração. (SCHRAIBER, 1993, p.132).

Todo esforço será feito, portanto, para reduzir o custo da força de trabalho com a substituição daqueles médicos cujo trabalho apresenta um custo maior para o Capital por máquinas, aparelhos, ou por profissionais cujo trabalho, por ser mais simples e exigir menor qualificação, tem menor custo para o Capital.

Naturalmente que nos procedimentos para os quais não se produziu tecnologia para simplificar suficientemente o trabalho e, que, portanto, exigem intensa qualificação, é o médico altamente especializado que estará envolvido e sendo muito bem remunerado, até que o avanço tecnológico torne-o desnecessário. Este tipo de trabalhador constitui, muitas vezes na Medicina também aquela parcela que realiza a concepção, o trabalho “intelectual”, elaborando, por exemplo, protocolos de atendimento, roteiros de investigação das doenças etc., que serão executados pelos trabalhadores de menor qualificação, cuja ação aproxima-se mais e mais da mera execução. Também os serviços de saúde operam, como afirma Braverman referindo-se à produção em geral, “como a mão vigiada, corrigida e controlada por um cérebro distante”. (BRAVERMAN, 1987, p.113).

Além desse importante papel que desempenha na reprodução da força de trabalho e na produção e realização de mais-valia em seu âmbito, a Medicina, orgânica à ideologia dominante, contribui, também fortemente, para a reprodução desta mesma ideologia. Uma vez que as relações de produção Capitalistas configuram-se como relações de exploração entre a classe dos detentores dos meios de produção e a classe trabalhadora, marcadas pela contradição do caráter social da produção e o caráter privado da apropriação do fruto do trabalho, estas mesmas relações carregam em si a potencialidade do desenvolvimento de antagonismos que ameaçam a ordem. Os antagonismos, resultantes da divisão de classes e da exploração de uma classe pela outra, também ocorrem na superestrutura, onde disputam a hegemonia tanto os pontos de vista da classe

dominante, quanto o das classes subalternas. A classe dominante busca desenvolver então mecanismos que permitam ocultar as características contraditórias do próprio modo de produção no sentido de evitar os conflitos. (CURY, 1992). Nestas formações sociais a atividade econômica deverá compreender, então, o dispêndio de tempo de trabalho tanto para a produção de bens e serviços cujo efeito consiste na própria atividade, quanto para ações de controle

[...] cuja finalidade é evitar que contradições, seja no plano econômico, social ou mesmo natural, venham a perturbar a produção ou o consumo dos bens (materiais e imateriais) dentro da ordem constituída. Tais contradições podem provir do contato com o meio natural (como se originam muitas das enfermidades) ou do relacionamento dos homens entre si (que originam choques sociais, transgressões dos códigos de conduta, enfermidades mentais). Os Serviços de Controle atuam sobre essas contradições preventivamente – alterando o meio natural hostil ao homem, ajustando o indivíduo às normas do grupo – ou corretivamente – curando, punindo, reprimindo. (SINGER, CAMPOS e OLIVEIRA, 1981, p.12-13).

Ao atender aos anseios mais imediatos de alívio dos sofrimentos do corpo e da mente e constituir-se como importante mecanismo de prolongamento da vida, a Medicina caracteriza-se como importante fator de aceitação da ordem e arrefecimento dos movimentos potencialmente revolucionários, constituindo forte instrumento de integração das forças perturbadoras. (NAVARRO, 1979a).

Segundo Ivan Illich (1975), neste movimento de incorporação das classes subalternas ocorre uma verdadeira incorporação pela Medicina das diversas áreas da vida social. Embora não concordemos com toda a reflexão de Illich, que chega a abominar a Medicina uma vez que esta seria mais causadora direta de adoecimento do que restauradora da saúde, concordamos que à Medicina atribui-se a responsabilidade de resolver diversas contradições que se expressam nas instâncias individual e particular que passam a ser vistas como problemas de saúde, como doenças que deverão ser tratadas em cada indivíduo. A Medicina, este setor da sociedade capitalista, assume, numa pretensa autonomia em relação à totalidade social, a responsabilidade pela solução dos problemas gerados pelas contradições inerentes ao modo de produção, eximindo aquela totalidade de qualquer ameaça ou questionamento. Ao localizar no indivíduo não só a doença como suas causas, estabelece explicações biológicas e comportamentais para o adoecimento, ocultando a determinação social de ambos, naturalizando a gênese dos problemas

de saúde e culpabilizando a própria vítima. A esta verdadeira invasão das diversas dimensões sociais pela Medicina, Illich (1975) denomina Medicalização, processo ideológico que torna senso comum a idéia da onipotência da Medicina para conferir o estado de pleno bem-estar bio-psico-social, mesmo no interior de uma formação social que pelas contradições que lhe são inerentes impossibilita tal condição.

Ao tomar para si a responsabilidade d'""a solução das contradições de diversas esferas da vida social, a Medicina, como já dissemos, detentora do monopólio da definição da saúde e doença e dos procedimentos necessários para manter a vida, preservar ou restaurar a saúde, passa a estabelecer normas de vida saudável, naturalmente adequadas à manutenção da saúde da ordem social vigente.

Já na redefinição da Medicina como prática social, que se evidencia no século XVIII através de sua extensão institucionalizada para o âmbito de toda a sociedade, não é o cuidado médico que se generaliza, mas a normatividade da Medicina através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização das populações e de suas condições de vida. (DONNANGELO e PEREIRA, 1979; CASTIGLIONI, 1947).

Normas de conduta, de higiene pessoal e ambiental, alimentar, do âmbito do trabalho ou do lazer (ROMERO, 2002; ROSEN, 1994), servirão então para disciplinar as diferentes classes sociais contribuindo para adequar seu comportamento às exigências da manutenção das relações sociais e para o consumo das mercadorias, explicitando a "dimensão 'pedagógica' da prática médica como expressão parcial do processo de reprodução das relações de classe". (DONNANGELO e PEREIRA, 1979, p.43). O saber médico é encarado como privilégio de uma elite de sábios capazes de ensinar as regras de vida adequadas ao progresso da sociedade, medida profilática eficiente para eliminar as tendências subversivas que levariam a sociedade à desordem, à doença e ao mau funcionamento. (ROMERO, 2002).

Ao estabelecer os comportamentos ditos saudáveis, a Medicina logra também legitimar a ideologia do auto-cuidado, o que reforça a ética do Capitalismo da liberdade de ação, do livre arbítrio. Cada um deve ter liberdade para trabalhar ou não, esforçar-se para enriquecer ou simplesmente viver ociosamente na pobreza, comer ou morrer de fome, permanecer são ou adotar atitudes pouco saudáveis. Subentende-se que o auto-cuidado, os hábitos e atitudes individuais são os fatores

mais importantes para a manutenção ou recuperação da saúde e que a mudança deve ocorrer no indivíduo e não nas estruturas sociais. (NAVARRO, 1979a; ROMERO, 2002; ROSEN, 1994). Desse modo a Medicina estará sendo socialmente útil para a reprodução do capitalismo ao alimentar a crença em que as condições geradas pelo metabolismo capitalista geral poderão ser resolvidas individualmente deixando intocado este mesmo metabolismo.

5 A EDUCAÇÃO CAPITALISTA

Para a reprodução da Medicina Capitalista, ou seja, para a preservação da prática médica voltada para a reprodução de força de trabalho e para o controle da população, operada de forma a realizar a mais-valia dos setores como a indústria médico-farmacêutica, planos de saúde etc., é preciso formar profissionais aptos a desempenhar estas funções. A educação médica tem, portanto, a finalidade de formar os profissionais necessários para realizar a prática médica existente.

Nas formações sociais Capitalistas cabe à educação formar os trabalhadores necessários para ocupar os diversos postos de trabalho, capacitando-os tecnicamente para tal. Cabe ainda transmitir uma visão de mundo, um conjunto de valores, uma ideologia, coerentes com o modo de produção vigente.

Para garantir a formação de trabalhadores para todos os postos de trabalho, caberá à educação, também, produzir um mecanismo de distribuição destes trabalhadores nos diversos espaços da produção. É preciso disponibilizar médicos, engenheiros, advogados, professores, etc, assim como vigias, pedreiros, lixeiros, entre outros. Esta distribuição, de modo geral, realiza-se através de mecanismos de avaliação que permitem a classificação e seleção daqueles que irão ocupar cada espaço na produção, conforme o mérito. A esta lógica têm-se denominado meritocracia. Lógica segundo a qual, como todos têm acesso à mesma educação, triunfarão aqueles que mais se esforçarem e que tiverem sido agraciados pela natureza ou abençoados pela graça divina com os dons necessários para vencer na vida.

Esquece-se nessa visão de que, mesmo que as escolas fossem realmente todas iguais, a educação não se dá unicamente no interior das mesmas. Várias das aptidões a serem desenvolvidas na escola ou necessárias para um bom aproveitamento escolar são em grande parte previamente ensaiadas e desenvolvidas no seio das classes dominantes, o que não ocorre com grande parte daqueles provenientes das classes mais desfavorecidas. Portanto, os “dons”, que alguns apresentam e outros não, também acompanham a inserção de classes, pois as condições de reprodução das classes mais favorecidas é que desenvolvem nos indivíduos as capacidades necessárias para um bom aproveitamento do ensino. Estes “dons” não são geneticamente, nem milagrosamente, transferidos pela

natureza ou pela graça divina. Não partem todos de um mesmo patamar de desenvolvimento e não dispõem todos das mesmas condições para realizar um aprendizado consistente que se completa fora da escola nos diversos âmbitos da sociedade, no contato com os produtos da civilização. O esforço necessário, portanto, para equiparar aqueles que são provenientes das classes mais desfavorecidas, dificilmente resulta em ascensão social, pois tudo conspira para sua manutenção em condições menos favoráveis.

No que diz respeito à disseminação da ideologia dominante, cabe à educação, como importante aparelho ideológico, a reprodução desta ideologia, ou seja, a reprodução da ideologia da classe dominante. Inculcar a ideologia dominante implica no convencimento de que o modo de produção vigente é o mais adequado e na adoção de todos os valores e comportamentos que contribuam para preservar tal modo de produção. Em nosso caso: defender a liberdade (de mercado) e a propriedade privada dos meios de produção acima de tudo, bem como a legitimidade da exploração dos trabalhadores por parte daquela parcela da sociedade que, de alguma forma, apropriou-se dos meios de produção. Fundamental também é inculcar a idéia da meritocracia, segundo a qual, como já dissemos, cada um pode ascender socialmente, desde que se esforce o suficiente, e seja suficientemente capaz para tal.

Mas não é esta a imagem que se tem da escola. A imagem disseminada pela ideologia dominante é de que a escola é a instituição que deveria transmitir às gerações atuais o que a civilização produziu de conhecimento até então - como fruto da luta da humanidade contra a natureza, no sentido de torná-la mais adequada à satisfação de suas necessidades -, preparando técnica e moralmente o cidadão para bem desempenhar suas funções sociais. Para atingir tais objetivos a escola reveste-se da neutralidade que permitiria oferecer a todos as mesmas oportunidades de mobilidade social. Caso esta mobilidade não ocorra, deposita-se a culpa sobre o indivíduo por sua falta de esforço ou de dons, ou sobre a própria escola, que deverá ser reformada de modo a alcançar que os indivíduos obtenham a ascensão social prometida, mas não realizada. Sob esta ótica é a escola e não a sociedade que precisa ser modificada.

Em síntese, à Educação Capitalista, assim como procuramos demonstrar para a Medicina, cabe também a função de reprodução e controle, contribuindo para a manutenção do modo de produção vigente.

A educação médica, portanto, irá produzir os médicos necessários para a reprodução da prática existente ou, utilizando as palavras de Schraiber (1989, p.66), “a educação médica [...], enquanto processo educativo significa a reprodução, na qualificação do trabalhador, da qualificação do trabalho no processo de produção.”

Parece-nos importante esclarecer, desde já, esta questão, pois, como trataremos da formação do médico, o que implica necessariamente uma análise da relação da educação com a prática médica, interessa-nos explicitar que o poder da educação sobre a prática é muito mais de reprodução, ao produzir os profissionais adequados àquela prática, do que de determinação da prática. Muito maior é o poder de determinação da prática sobre a educação, pois aquela cobra desta a formação dos profissionais necessários para a sua realização. Se uma escola formar médicos para uma prática completamente diferente da atual, muito provavelmente encontrará imensas dificuldades para inseri-los no mercado de trabalho, sem que realizem uma adaptação àquelas funções para as quais há espaço de realização, ou seja, sem que se tornem muito parecidos com os médicos que realizam a prática atual.

Por outro lado, a escola pode, eventualmente, induzir uma transformação na prática médica desde que consiga “a reordenação do saber acumulado, a construção de um novo saber”. (GARCIA, 1989, p.187). Segundo Garcia, a afirmação de que a educação não consegue absolutamente induzir mudanças na prática médica

deveria ser rechaçada por seu caráter mecanicista, uma vez que entre outros fatores, a produção e a transmissão do conhecimento científico podem contribuir substancialmente para a mudança da prática médica, dentro de certos limites. (Idem)

O erro que devemos evitar, tão primário quanto este mecanicismo, é desconsiderar os citados limites.

Embora existam espaços de contradição que nos permitem pensar em possibilidades de mudança, considerar uma transformação da educação médica como o remédio mais eficaz para a reestruturação da prática é supervalorizar seu

potencial. A escola capitalista, somente deixará de produzir médicos adequados à prática que interessa ao Capital, quando deixar de ser capitalista, o que só poderá ocorrer com a “revolução social, condição da revolução escolar”. (SNYDERS, 1978, p.34).

É o desenvolvimento de uma nova forma de realizar o trabalho médico que exigirá a produção de trabalhadores adequados a ela e não o contrário. Como bem demonstrou Marx e Engels (2005) é a infra-estrutura produtiva que em última instância, determina a superestrutura que, uma vez constituída, atuará sobre a infra-estrutura na determinação de sua reprodução.

Isto não significa, no entanto, que, ao mesmo tempo, ao capacitar tecnicamente os trabalhadores de que necessita o Capital para mover os meios de produção, a escola não permita aos estudantes melhor compreensão das contradições sociais que os envolvem, assim como melhor compreensão das origens destas contradições, semeando, desse modo, idéias contra-hegemônicas que podem, de alguma forma, ameaçar a ordem estabelecida.

A educação escolar, além disso, não é estática. A função da escola, os conteúdos e métodos educativos guardam relação direta com a produção histórica da sociedade no seio da qual estão inseridos. Ao lado da responsabilização da escola por sua contribuição no sentido de preservar a ordem social, existem motivos reais para a insatisfação ou para a busca de mudanças nos processos educativos de acordo com as necessidades que se apresentam em cada momento histórico. À medida que se modificam os meios de produção em todos os ramos, com a introdução de novas tecnologias, novos conhecimentos e aptidões passam a ser necessários para o desempenho das funções produtivas. Mesmo que em alguns casos a qualificação do trabalho signifique a desqualificação do trabalhador, a necessidade de capacitação modifica. Mesmo que os conhecimentos necessários para o desempenho das novas funções sejam mais superficiais, freqüentemente são novos conhecimentos ou novas formas de aplicá-los o que se exige com as mudanças nos processos de trabalho.

Na Antiguidade a formação do médico ocorria no contato direto com seu mestre durante o atendimento aos doentes. Com a ampliação e estruturação do conhecimento médico e com a incorporação de diversos recursos tecnológicos, a divisão do conhecimento em diversos campos complementares de saberes

especializados, a centralização das ações de assistência no hospital, a formação médica modificou-se substancialmente.

A formação do médico hoje no Brasil, assim como nas formações sociais ocidentais Capitalistas em geral, caracteriza-se basicamente pela transmissão de uma prática especializada, voltada para o atendimento individual “intensivo-episódico” (NAVARRO, 1979a), predominantemente no ambiente hospitalar, marcada pela intensa utilização de tecnologia.

Seguindo os preceitos de Flexner (1910), o curso de Medicina estrutura-se, na maioria das vezes, com um ciclo básico científico, com duração aproximada de dois anos, no qual pretende-se fornecer a fundamentação científica da prática médica.

Nos dois a três anos subseqüentes apresenta-se aos estudantes os conteúdos ditos profissionalizantes, constituídos em geral pelas disciplinas das principais especialidades médicas. A seleção destas especialidades que deverão compor o rol das disciplinas do curso ocorre com base naquelas de maior utilização na prática médica, maior prestígio social, ou interesse econômico, e, muitas vezes, com base nos interesses pessoais dos próprios professores ou serviços aos quais o curso esteja ligado.

No tempo restante, em geral até completar seis anos de estudos, os estudantes passam a defrontar-se, sob a supervisão dos professores ou médicos que atuam nos diversos serviços, com as atividades práticas assistenciais. Se durante as fases anteriores já estiveram em contato com atividades práticas, estas eram marcadas por um caráter demonstrativo, em ambientes “artificiais” de laboratórios. Agora, embora em situação predominantemente de “serviço-escola”, é o desempenho da assistência aos “casos” reais que marcará a experiência de aprendizagem final, na qual deverá utilizar os conhecimentos até então adquiridos e exercitar as habilidades necessárias para o bom desempenho da profissão.

Ao final do curso deverá dominar as principais técnicas de diagnóstico clínico, indicação de exames complementares para elucidação ou comprovação diagnóstica, bem como a indicação dos procedimentos terapêuticos que realizará ou que deverá desencadear pelo encaminhamento a especialistas.

De modo geral a formação médica, nestes moldes, tem sido marcada pela fragmentação do conhecimento; pela dissociação teoria-prática, ensino-serviço, ciclo

básico-ciclo profissionalizante; pela centralidade na doença, entendida apenas em sua dimensão biológica individual, desprovida de historicidade, ou da compreensão de sua determinação social.

Com frequência questiona-se ainda se o curso, voltado precocemente para o preparo dos estudantes para futuros estudos de especialidades, consegue formar um médico pronto para inserir-se na assistência como generalista, caso não queira ou não consiga prosseguir em sua formação como especialista. Isto não ocorreria por não se obter a terminalidade e por formar um profissional altamente voltado para o atendimento hospitalar especializado, quando a demanda por atendimento extra-hospitalar generalista estaria em torno de 80%. (LAMPERT, 2002).

6 NECESSIDADE DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO EM GERAL E NA EDUCAÇÃO MÉDICA EM PARTICULAR

6.1 ORIGEM DA NECESSIDADE DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO EM GERAL

No pós-Segunda Guerra encontramos o mundo cindido entre as formações sociais Capitalistas e Socialistas lutando pela hegemonia de suas idéias, configurando o que se convencionou denominar de “guerra fria”.

O lado Socialista prometia e, de alguma forma, concretizava a promessa da garantia de condições básicas para a sobrevivência de todos os cidadãos. Nas formações sociais Capitalistas, os trabalhadores, ainda sob o peso das grandes perdas materiais e emocionais advindas da guerra e diante da insegurança quanto à manutenção da própria vida e de suas famílias, tensionavam a sociedade para mudanças. Grandes movimentos sindicais ameaçavam a ordem Capitalista com propostas de revoluções inspiradas no Socialismo.

Estava instaurado um cenário de aguda necessidade de intervenção para a garantia da reprodução da força de trabalho - intensamente necessária para mover os meios de produção da época – e para o controle dos movimentos populares que ameaçavam a ordem Capitalista.

Os Estados Capitalistas centrais introduziam, então, o Estado de Bem-Estar Social (Welfare State), que alcançaria, ao mesmo tempo, apoiar solidamente a reprodução da força de trabalho e arrefecer os movimentos de trabalhadores de tendência revolucionária. O Capital convenceu aos trabalhadores que, mesmo sob o Capitalismo, seria possível garantir a satisfação das necessidades humanas básicas.

Na dependência do desenvolvimento dos meios de produção e das correlações de forças entre as classes sociais, o Welfare State configurou-se de formas distintas entre as formações sociais Capitalistas que o instauraram. Alguns elementos comuns, no entanto, podem ser apontados. O Estado organiza e implanta políticas sociais, alterando o livre movimento e os resultados socialmente adversos do mercado. Substitui a renda, quando esta é perdida temporária ou permanentemente e garante uma renda mínima, tomando como referência um patamar considerado satisfatório para o atendimento das necessidades sociais vitais dos indivíduos e das famílias. A intervenção estatal contempla também aqueles que

estão fora do mercado ou a ele marginalmente incorporados, pois têm como referência menos o trabalhador contributivo, antes o conjunto dos cidadãos. As intervenções do Estado representam a garantia do exercício de um direito e não a expressão de uma ação benevolente. (DRAIBE, 1989).

O direito social referido às necessidades vitais, social e culturalmente consideradas, previa a satisfação das questões relativas à alimentação, atenção à saúde, educação e habitação.

Esta intervenção do Estado era necessária, como já demonstramos, mas, também, possível dentro dos limites dos interesses do Capital, num padrão de acumulação taylorista / fordista, marcado, entre outras coisas, pela intensa absorção de força de trabalho, produção em massa e consumo em massa, mesmo que subsidiado pelo Estado.

Mas a época de sonho do Capitalismo não seria eterna. No pós-guerra imediato as necessidades de acumulação do Capital realizavam-se tanto através da reconstrução da estrutura social - moradias, fábricas e tudo o que havia sido destruído pela guerra -, quanto no suprimento de produtos industrializados como eletrodomésticos, automóveis etc. Após a relativa saturação do mercado interno, as exportações para os países não industrializados garantiriam ainda as possibilidades de lucro compensador. Mais tarde, porém, diante da industrialização dos países do Capitalismo periférico, ocorreu uma substituição das importações de diversos produtos industriais básicos, reduzindo significativamente a demanda pelos produtos importados cuja comercialização poderia manter as taxas de ingresso necessárias para sustentar o Estado de Bem-Estar dos países exportadores.

Por outro lado, no âmbito geral do Capital, a queda tendencial da taxa de lucro (MARX, 1965) foi aos poucos inviabilizando a manutenção das taxas compensadoras de lucratividade da indústria. As taxas de lucro até então obtidas não seriam mais possíveis e o Capital necessitaria criar novos espaços de acumulação. O desenvolvimento dos meios de produção, com a grande elevação da produtividade, alavancada pela automação e a informatização, reduziu drasticamente a necessidade de trabalho vivo. Já não é mais necessário garantir a reprodução da vida dos trabalhadores nos patamares anteriores e a privatização daqueles setores ocupados pelo Estado de Bem-Estar significa a reabertura de espaços de realização de lucro fundamentais para o Capital.

Deixar de garantir a reprodução da vida produtiva de todos os trabalhadores, além de necessário para recuperar os espaços de realização do Capital, passou a ser possível, diante da menor demanda por trabalho vivo e diante da extinção do bloco Socialista. A manutenção da hegemonia do Capitalismo tornou-se mais fácil, uma vez que é o modo de produção sob o qual opera quase que a totalidade da humanidade.

Ressurgem, então, as idéias gestadas por Hayek em 1944. A crise do Capitalismo passa a ser explicada, pelos neoliberais, pelo excesso de gastos do Estado, pelo poder excessivo dos trabalhadores e pelos elevados salários, que inviabilizariam o crescimento da economia. Preconiza-se, assim, um Estado menos interventor, que reduza substancialmente os gastos sociais ao mínimo necessário para viabilizar a aceitação social da nova situação. Um Estado forte apenas para romper o poder dos trabalhadores e no controle do dinheiro, indicando as medidas de estabilidade monetária como meta suprema dos governos. Para tal, a receita neoliberal passou a preconizar abertamente a contenção dos gastos com bem-estar, a restauração da taxa “natural” de desemprego (exército de reserva) e a redução dos impostos sobre os rendimentos mais altos, no sentido de direcionar os recursos para novos investimentos e, ao mesmo tempo, criar uma nova e “saudável desigualdade”, que revigoraria a chama da competição, tão necessária para o desenvolvimento. (ANDERSON, 1999).

O mundo Capitalista assistiu, a partir de então, ao enfraquecimento das políticas sociais do Estado, ao desmonte da Sociedade Salarial com a desestabilização dos trabalhos estáveis, a instalação da precariedade de emprego e a consolidação do desemprego estrutural. Ou seja, ao lado da precarização das condições de reprodução, verificou-se o encolhimento do Estado, criando uma situação de extrema incerteza quanto à sobrevivência para um número crescente de pessoas. Além do grande contingente do exército de reserva, observou-se o aumento assombroso da parcela da população mundial excluída dos circuitos principais de produção e consumo, configurando uma situação de “sobrantes” (FRIGOTTO, 1999), desnecessários para o Capital tanto como força de trabalho quanto como consumidores. Segundo Chauí (1999), “pela primeira vez na história universal a economia declara que a maioria dos seres humanos é desnecessária e

descartável, pois, na economia contemporânea, o trabalho não cria riqueza, os empregos não dão lucro, os desempregados são dejetos inúteis e inproveitáveis”.

Em termos globais assistimos à crise dos Estados Nacionais, que perderam poder para grandes corporações transnacionais e à financeirização da economia. (RIGOTTO, 2004). Segundo Rigotto, no mundo do trabalho, ocorreram profundas mudanças marcadas principalmente pela mundialização da produção, desterritorialização do Capital e especialização flexível.

A produtividade alcançada pelo avanço tecnológico da indústria Capitalista permite produzir o necessário para a humanidade, com muito menos trabalho vivo. Mas, ao invés de aproximar-nos do “mundo da liberdade” e da plena satisfação, intensifica-se a exploração da força de trabalho e a exclusão de grandes contingentes populacionais, da possibilidade de uma sobrevivência civilizada. Se a história da humanidade é, como na citação de Mao Tsé Tung, contida em O Livro Vermelho, “a história do contínuo desenvolvimento, do reino da necessidade para o reino da liberdade”, o Capital não nos permite realizar este potencial historicamente dado.

A fragilização, já relatada, dos Estados de Bem-Estar, agravou as conseqüências do desemprego, da precarização dos processos e das relações de trabalho, em especial pela ausência de políticas macroeconômicas geradoras de novos espaços de reprodução do trabalhador.

O Estado reafirmou-se como instrumento eficiente do Capital na cooptação das organizações dos trabalhadores ao lado das empresas e na imposição da ideologia do sindicalismo participativo. Sindicatos, aliás, cuja atuação, diante da fragilidade no embate com o Capital, passa a ser marcada pela acentuação do corporativismo.

O desaparecimento de milhares de postos de trabalho na indústria foi seguido do aumento (muito inferior) de postos de trabalho no setor de serviços. Este movimento, porém, longe de significar a glória do empreendedorismo, foi marcado pela profissionalização progressiva dos serviços, muitos dos quais através de relações de trabalho flexibilizadas ou precarizadas. No Brasil, de uma taxa de desemprego de 2,8% em 1980, passamos a uma taxa de 15% em 2000, enquanto a taxa de precarização elevou-se de aproximadamente 33% para mais de 40% no mesmo período. (POCHMANN, 2006).

Os países do terceiro mundo experimentaram uma nova fase de industrialização. Uma industrialização precária, marcada pela introdução de tecnologias sem precaução e privatização do controle ambiental com conseqüente subordinação do mesmo aos interesses econômicos.

Do trabalhador que restou empregado, passou-se a exigir maior dedicação de energia ao trabalho. Diante do grande desemprego, tanto as relações sociais em geral, quanto as de trabalho em particular, tornaram-se mais competitivas com intenso crescimento da violência.

Ainda, no que diz respeito às relações de trabalho, cabe ressaltar a polarização observada em diversos aspectos entre os trabalhadores com diferentes inserções na produção.

Segundo Rigotto (2004), para uma pequena parcela de trabalhadores que atuam nas empresas de ponta, surgem propostas de parceria, com maior participação nas decisões e melhora das condições básicas de trabalho. No entanto, exige-se um novo perfil de trabalhador, com mais iniciativa e criatividade. Embora os fatores do trabalho mais evidentemente nocivos à saúde sejam controlados ou removidos, são substituídos por outros, de mais difícil identificação. O sofrimento mental tende a exacerbar-se por um lado pela invasão do espaço/tempo privado pelo trabalho e, por outro, porque, apesar da alta qualificação, participação e exploração a que é submetido, mesmo para este trabalhador mantém-se um forte sentimento de “descartabilidade”. No grupo de trabalhadores de inserção mais precária na produção prevalecem as tendências à terceirização predatória, com intensa precarização das condições de trabalho, intensificação do ritmo, duração das jornadas e redução dos períodos de repouso. Ao lado disso ocorre a redução dos benefícios sociais, advindos diretamente da Empresa ou através do Estado, como a piora dos planos de assistência à saúde. Este grupo apresenta um perfil de adoecimento marcado pela superposição das doenças infecto-contagiosas, parasitárias e carenciais às crônico-degenerativas e às advindas da violência.

Para aqueles que não conseguem se inserir no mundo do trabalho, ou nele se inserem de forma muito periférica, como catadores de lixo, por exemplo, resta uma situação de extremo abandono. Ao lado da deterioração das condições de sobrevivência, a limitação e ineficiência das políticas sociais. Os indicadores de saúde

deste contingente são nitidamente inferiores aos dos outros grupos sociais e marcados por sofrimento psíquico ainda mais intenso.

A inserção dos trabalhadores nos diversos postos de trabalho requer também diversas capacitações. As mudanças ocorridas no mundo da produção têm acentuado as diferenças entre as demandas de conhecimento necessárias para a realização dos diversos trabalhos, gerando uma verdadeira “polarização” de qualificações e competências. (BRAVERMAN, 1987; KUENZER, 1981). As novas necessidades educativas têm-se estratificado, por um lado, pela inserção em trabalhos que incluem o desenvolvimento de novas tecnologias ou o controle de alguns processos altamente sofisticados. Por outro lado, o que tem ocorrido na maioria das vezes é a transferência do saber do trabalhador para a máquina, é a objetivação do saber no trabalho morto, desqualificando o trabalho vivo. O trabalhador inserido nos processos de trabalho com estas características prescinde de uma capacitação técnica mais consistente.

Para aqueles trabalhadores não necessários aos espaços principais de produção, a necessidade de qualificação é pífia. Restringe-se basicamente à assimilação da ideologia dominante, que viabilize a aceitação da ordem capitalista, à assimilação de determinadas regras de convivência e estratégias de sobrevivência numa condição sub-civilizada. À educação capitalista, permanece a incumbência de reprodução e controle social, mas neste novo patamar.

Para o Capital, portanto, não é mais necessário e nem conveniente que, para a maioria da população, a educação realize a apropriação dos conhecimentos produzidos até então pela civilização. Não é necessário porque, como já dissemos, na maioria dos postos de trabalho o conhecimento foi transferido do trabalho vivo para o trabalho morto. Não é conveniente, pois uma educação que possibilitasse uma formação humana mais integral forneceria elementos para uma análise crítica da ordem capitalista. Apenas para pequena parcela, aquela que desempenha o papel de conceber os processos a serviço do Capital, caberá uma educação que propicie o domínio da ciência, o domínio da produção cultural realizada até então pela sociedade. Aos demais, meros executores, a educação desprovida de fundamentos teóricos que permitam perscrutar a realidade no sentido de compreender seu movimento e modificá-la de acordo com seus interesses.

6.2 OS ORGANISMOS INTERNACIONAIS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CONFORMAÇÃO IDEOLÓGICA DA EDUCAÇÃO À NOVA ORDEM

Nas formações sociais capitalistas periféricas começou-se a perceber que, a despeito de terem aderido ao receituário neoliberal, o progresso tecnológico e suas benesses não chegariam facilmente. Percebia-se que não se tratava de uma questão de tempo, mas da posição que cabia a estes países na desigual divisão internacional do trabalho.

Os ideólogos do Capital fizeram, então, ressuscitar a teoria do Capital Humano na literatura internacional. Nesta concepção, a educação ressurgiu como um dos principais determinantes da competitividade entre os países, via necessária para o alcance do desenvolvimento e do desfrute de seus produtos.

Vasta documentação internacional dos organismos multilaterais passa a ser produzida nesta direção, exercendo importante papel na definição das políticas públicas para a educação no Brasil. Com base no texto de Shiroma, Moraes e Evangelista (2000) “Os arautos da reforma e a consolidação do consenso: anos de 1990”, buscaremos sintetizar, a seguir, as principais “contribuições” internacionais para as reformas vigentes na Educação em nosso país.

Segundo as autoras, evento fundamental na disseminação deste ideário foi, sem dúvida, a Conferência Mundial de Educação para Todos, realizada em 1990, em Jomtien (Tailândia). Este evento foi financiado pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura), UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) e Banco Mundial.

A partir desta conferência, o governo Brasileiro, juntamente com mais oito países com maior taxa de analfabetismo do mundo, comprometeu-se a impulsionar políticas educativas articuladas a partir do Fórum Consultivo Internacional para a “Educação para Todos” (Education for All, EFA), coordenado pela UNESCO que, ao longo da década de 1990, realizou reuniões regionais e globais de natureza avaliativa.

Começava a ganhar relevo a idéia de que a educação deveria contemplar as necessidades básicas de aprendizagem dos indivíduos. Capacidades, valores e atitudes indispensáveis para o sujeito satisfazer suas necessidades básicas para a

sobrevivência, para o desenvolvimento pleno de suas capacidades, para conquistar uma vida e um trabalho dignos, uma participação plena no desenvolvimento, a melhoria da qualidade de vida, a tomada de decisões informadas e a possibilidade de continuar aprendendo.

No entanto, a parte que nos caberia na divisão internacional do trabalho e, conseqüentemente, na divisão da possibilidade de acesso aos bens produzidos pela civilização começava a se explicitar. Defendia-se que, diante da diversidade dos grupos humanos, suas necessidades básicas também seriam diversas – inclusive necessidades básicas de aprendizagem, o que significava obter meios apropriados para satisfazê-las que deveriam variar segundo o país, a cultura, setores e grupos sociais (raça, idade, gênero, cultura, religião, pertencimento territorial entre outros).

A Carta de Jomtien aliava-se à idéia de que a educação deveria ocorrer cada vez mais no âmbito da família, da comunidade e dos meios de comunicação, deixando de ser atribuição apenas da escola, até por tratar-se de um processo que se prolonga por toda a vida.

A preocupação de contribuir para a liberação para o Capital, de espaços de mercado ocupados pelo Estado, fica clara com as propostas de mobilização de recursos públicos, privados e voluntários para a educação, atenuando a responsabilização do Estado.

Outra concepção importante, disseminada a partir da Conferência Mundial de Educação para Todos de Jomtien, é a da intenção de “fortalecer a solidariedade internacional, promovendo relações econômicas justas e eqüitativas para corrigir as disparidades econômicas entre as nações, priorizando o apoio aos países menos desenvolvidos e de menores ingressos e eliminando os conflitos e contendas a fim de garantir um clima de paz”.

Diante deste ambiente de solidariedade universal, os países centrais, repassariam, solidariamente, suas descobertas que pudessem beneficiar os países que, sem recursos para investir na pesquisa, não tivessem condições de produzi-las.

O que se observa, após a Conferência de Jomtien, é que essas mesmas formulações passam a estar presente nos documentos gerados por uma série imensa de seminários realizados no Brasil, cumprindo importante função ideológica ao disseminar a idéia de que estratos sociais diferentes necessitam ensinamentos diferentes, uma vez que as necessidades de um e de outro não são as mesmas.

Três anos após a conferência, o Brasil, com a publicação de seu “Plano Decenal de Educação para Todos”, indica aos organismos internacionais que o projeto por eles prescrito e acordado em Jomtien, seria aqui implantado. O que imediatamente se confirma com a edição de medidas provisórias do governo brasileiro, que passam a viabilizar a adoção do projeto educacional articulado aos desígnios firmados na conferência e aos interesses do Capital internacional.

A CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e Caribe), juntamente com a UNESCO, produziu, também, documentos apontando diretrizes para as políticas de educação, explicitando a preocupação de formar indivíduos marcados pela competitividade, para o que seria necessário que se apropriassem dos “códigos da modernidade” e o desenvolvimento da capacidade de resolver problemas, tomar decisões e seguir aprendendo.

Numa iniciativa da UNESCO, especialistas de todo o mundo foram convocados para compor a Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, coordenada por Jacques Delors, de cujo trabalho resultou o que ficou conhecido como “Relatório Delors”. Este relatório constituiu-se em um documento fundamental para se compreender a revisão da política educacional de vários países na atualidade. Inclui entre as tensões a serem resolvidas nos tempos atuais, através da educação, adaptar o indivíduo às demandas de conhecimento científico e tecnológico – especialmente as tecnologias de informação -, o ingresso de todos os países no campo da ciência e tecnologia, a adaptação das várias culturas e modernização das mentalidades à sociedade da informação e viver democraticamente, ou seja, viver em comunidade.

A educação é apresentada como um trunfo para a paz, liberdade e justiça social, capaz de favorecer um desenvolvimento humano mais harmonioso e de fazer recuar a pobreza, a exclusão social, as incompreensões, as opressões, as guerras. Para tal, cabe à educação garantir as condições e o consenso em torno do projeto hegemônico.

Para capacitar os habitantes do imprevisível e arriscado mundo atual, a comissão propõe um novo conceito de educação: educação ao longo de toda a vida, recomendando, como já ocorrera na Conferência de Jomtien, que se explore o potencial educativo dos meios de comunicação, da profissão, da cultura e do lazer, redefinindo os cenários destinados à aprendizagem. Esse conceito de educação

seria alcançado a partir de quatro tipos de aprendizagem: aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a viver junto.

O documento ressalta, entre outras, a necessidade de desenvolver a capacidade de adaptação ao mundo do trabalho marcado pela possibilidade/incerteza da conquista de um posto de trabalho e a necessidade de adaptação a possíveis (?) empregos.

Aparecem aqui, também, as idéias segundo as quais a educação deve ocorrer em parceria com empregadores, na alternância entre períodos de formação e de trabalho, no sentido de forjar pessoas com potencial para ocupar possíveis postos de trabalho.

O ensino superior é visto como motor do desenvolvimento econômico, depositário e criador de conhecimento mediante a pesquisa, lócus da alta especialização adaptada à economia e à sociedade.

Pólo da educação ao longo da vida, ao ensino superior são dirigidas as políticas de educação permanente na modalidade à distância. Propõe-se, também, a instituição de novas modalidades de educação superior, com estudos mais flexíveis e menos formais de especialização e atualização.

Novamente enfatiza-se a crença na cooperação internacional, particularmente se entendida como do Norte ao Sul.

Outro evento internacional de destaque, a V Reunião do Comitê Regional Intergovernamental do Projeto Principal de Educação para a América Latina e Caribe, cujas diretrizes foram aprovadas em 1993 no Chile (PROMEDLAC V), conferia papel central à educação nas novas estratégias de desenvolvimento sustentável, tanto para o crescimento econômico - cujo eixo seria a aquisição de conhecimentos no processo produtivo -, quanto para a justiça e equidade social. A aquisição de conhecimentos, a formação de habilidades técnicas fundamentais e a internalização de valores eram compreendidas como os esteios da superação da pobreza. Propunha transformações na educação para América Latina e Caribe no sentido da inserção competitiva na economia internacional.

Outro importante organismo multilateral que tem exercido grande influência na educação na atualidade é o Banco Mundial (BM). Trata-se de um organismo multilateral de financiamento, criado no pós-guerra, entre outras instituições multilaterais voltadas para a estabilização do bloco Capitalista, com a finalidade de

impulsionar a reconstrução dos países assolados pela guerra e alavancar o desenvolvimento dos países periféricos. Tem desempenhado papel fundamental na atualidade na conformação das nações aos desígnios do neoliberalismo. Impõe suas políticas ao atrelar a liberação dos recursos necessários para a sobrevivência das economias Capitalistas “em desenvolvimento” ao alinhamento a suas idéias. Além disto, tem grande interesse na venda de seus projetos e em seu financiamento, pelo retorno financeiro extremamente compensador proporcionado a seus principais componentes, em especial aos EUA.

O interesse do Banco Mundial pela educação, além dos aspectos supracitados, deve-se à necessidade de conferir uma face humana às ações econômicas que invariavelmente têm causado mais sofrimento e privação a grandes parcelas da população mundial. Neste sentido, tem induzido ações de cunho “social” envolvendo-se em áreas como a da saúde e da educação. Trata-se, portanto, de uma estratégia de contenção das tensões sociais geradas pela precarização da vida, fato explicitado pelo próprio Banco, ao caracterizar as políticas educacionais por ele fomentadas como de alívio da pobreza.

O diagnóstico da existência de um bilhão de pobres no mundo levou o BM a buscar na educação a sustentação para sua política de contenção da pobreza, um “ajuste com caridade”. Segundo o Banco,

a educação... ajuda a reduzir a pobreza aumentando a produtividade do trabalho dos pobres, reduzindo a fecundidade, melhorando a saúde e dota as pessoas de atitudes de que necessitam para participar plenamente na economia e na sociedade. (SHIROMA, MORAES e EVANGELISTA, 2000)

Na área da educação o BM tem adotado os propósitos enunciados na “Conferência de Educação para Todos”, da qual foi um dos patrocinadores. O ideário sobre o qual se assentam suas políticas tem, no entanto, como finalidade precípua atender aos interesses do mercado. Em relação ao ensino superior propõe, por exemplo, a partilha de custos com os estudantes e suas famílias. No caso da educação profissional, indica o estreitamento dos laços do ensino com o setor produtivo.

O BM reafirma a idéia de que a evolução da tecnologia e as reformas econômicas estão provocando mudanças no mundo do trabalho. A velocidade com que se adquirem novos conhecimentos, enquanto outros caem na obsolescência,

tenderia a tornar as mudanças de emprego algo mais freqüente na vida das pessoas, circunstâncias que determinariam uma das prioridades fundamentais para a educação: formar trabalhadores adaptáveis, capazes de adquirir novos conhecimentos sem dificuldades, atendendo à demanda da economia.

Uma vez estabelecido o projeto internacional para a educação, restava viabilizar o consenso no interior da nação brasileira, o que seria obtido pela adesão dos diversos segmentos da sociedade, em especial o dos empresários e o dos trabalhadores.

Inúmeros fóruns para a discussão da educação aconteceram por todo o país, disseminando o ideário definido pelas agências multilaterais. Os principais documentos emanados destes fóruns explicitam a busca da adequação dos objetivos educacionais às novas exigências do mercado internacional e interno e, em especial, a consolidação do processo de formação do cidadão produtivo. Na década de 90, o sistema educacional brasileiro sofreu profunda reformulação, construída através de diversas medidas introduzidas pelo governo.

Os documentos, às vezes, realizam um culto às novas tecnologias, por outras, incorporam questões concretas como a desestruturação do mercado de trabalho, a expansão das ocupações precarizadas e a relação entre o nível educacional e inserção no mercado de trabalho. Há duas vertentes de análise em relação a isso. Uma considera a educação básica como fundamental para a inserção no mercado que estaria exigindo novas competências. A outra questiona esta relação de causalidade, considerando que a qualificação é importante, mas não garante a inserção profissional. Adota-se, assim, aquele conjunto de conceitos consentâneos com a lógica da adaptação à reestruturação produtiva, entre os quais o

conceito de 'competências' para designar atributos de ordem subjetiva e de difícil mensuração *como maior capacidade de abstração e agilidade de raciocínio, capacidade de comunicação e de tomar decisões sobre assuntos diversos, criatividade, capacidade de adaptação e trabalho em grupo.* (SHIROMA, MORAES E EVANGELISTA, 2000).

Renasce, sob esta perspectiva, o ideário escolanovista/construtivista que advoga a perda da centralidade do conteúdo no processo educativo. O mais importante não é mais fazer com que os estudantes se apropriem dos saberes produzidos pela civilização, uma vez que eles estariam mudando numa velocidade

inalcançável. O importante é aprender a aprender. Ou seja, mais do que conteúdos o importante seria a apropriação dos métodos de pesquisa, ou de busca dos conhecimentos nas diversas fontes disponíveis na atualidade (escola, internet, televisão, revistas...). Mais importante do que o domínio da produção teórica seria aprender a conviver, a partir do respeito às diferenças, dentro de princípios humanistas.

Na estratégia de implantação deste ideário, o governo brasileiro, visando confundir e inibir movimentos organizados de resistência, envolveu entidades de trabalhadores e intelectuais de renome no setor da educação. Diversos intelectuais acabaram por desempenhar este papel, entre os quais alguns que mais tarde viriam assessorar o Banco Mundial e integrar o Conselho Nacional de Educação. Pronunciamentos públicos e textos destes autores construíram importante referendo, contribuindo para a disseminação e aceitação daquelas propostas nos meios educacionais, seduzindo outros intelectuais e educadores que saíam em defesa do projeto. (SHIROMA, MORAES e EVANGELISTA, 2000)

6.3 ORIGEM DA NECESSIDADE DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO MÉDICA

A argumentação mais freqüente em torno das necessidades de mudança da educação médica gira em torno da sua inadequação para a produção de uma prática que responda às necessidades atuais do cuidado médico, originadas pela transição epidemiológica e pelo avanço significativo dos meios de produção ligados à atenção médica. Uma reflexão mais profunda, no entanto, é necessária, se não para refutar completamente tais argumentos, para complementá-los.

Num contexto no qual o desenvolvimento da produção em geral obteve grande incremento de produtividade, ao lado da substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto² e a reprodução da vida de significativa parcela da humanidade passou a ser desnecessária para o Capital, as conseqüências para o setor da saúde devem ser avaliadas com muito cuidado.

² Trabalho vivo corresponde àquele realizado com a presença do trabalhador em ato, enquanto trabalho morto é aquele realizado pela máquina, objetivação de um trabalho vivo pretérito. (MARX, 1996)

Como os processos educacionais e os processos sociais mais abrangentes de reprodução estão intimamente associados (MÉSZÁROS, 2005), caberia questionarmos-nos acerca das possíveis repercussões sobre as políticas de educação e de saúde nas sociedades Capitalistas, decorrentes do surgimento desta massa de (ex) trabalhadores sobrantes.

Seguindo a lógica Capitalista, de subordinação da vida aos interesses do Capital, como seriam as políticas voltadas para esta imensa parcela da população mundial?

Para Offe (1994), não há perspectiva de utilização e manutenção desta força de trabalho. Não há perspectiva de reconstrução do pleno emprego e, portanto, dos fundos públicos serem utilizados para a reprodução da força de trabalho. Como são pessoas desnecessárias tanto para a produção de mercadorias, como para o seu consumo, uma vez que seus ingressos não lhes permitem consumir os produtos que interessam ao grande Capital comercializar, sua sobrevivência não interessa à sociedade globalizada.

A revolução tecnológica e a globalização competitiva resultam no desaparecimento estrutural de empregos. Neste sentido, a formação de grande parcela de profissionais parece perder completamente o sentido. (CATANI, OLIVEIRA e DOURADO, 2001).

Mas se a massa de desvalidos não é necessária para o mercado, sua insurreição contra o regime, pelas intoleráveis condições de sobrevivência, poderia abalar a ordem. É preciso, então, mantê-los minimamente satisfeitos. Diante do desamparo, manter a sensação de amparo, manter a idéia de alívio das condições de miserabilidade que seriam advindas de sua própria incapacidade de inserção no circuito principal de produção e consumo.

Nestas condições, cabe à saúde, executar ações simplificadas ao máximo, porque de menor custo, mesmo que ineficazes para recuperar as condições de funcionamento destes corpos como força de trabalho, já que sua utilização para este fim não será necessária. Esta simplificação visando a redução de custos, mesmo que resultando em piora da qualidade, segundo Rizzotto (2005), já estaria ocorrendo, de alguma forma, em nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

Vivemos atualmente no Brasil em meio a uma intensa disputa entre aqueles segmentos que defendem um sistema de saúde com as características definidas em

nossa constituição e aqueles que defendem os interesses rapaces dos segmentos nacionais ou internacionais da subordinação da vida e da saúde à lógica do lucro. Grande parte do movimento que hoje observamos deve-se à influência dos organismos internacionais. Da Organização Mundial da Saúde ao Banco Mundial, as influências são diversas e, em especial nos tempos atuais, bastante nefastas. Vale a pena recuperar brevemente a história da intervenção destes dois organismos para melhor compreensão da atual conjuntura.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência multilateral especializada do sistema da Organização das Nações Unidas (ONU). Segundo Brown, Cueto e Fee (2006), antes de sua criação outras instituições e agências internacionais já se envolviam com as questões da saúde internacional. Em 1902 já se pensou em uma instituição permanente para a saúde internacional com a organização da Oficina Sanitária das Repúblicas Americanas, que décadas mais tarde converteu-se na Oficina Pan-Americana de Saúde e, a partir de 1959, na Organização Pan-Americana da Saúde.

Também a Fundação Rockefeller com sua divisão internacional de saúde teve grande importância no início do século XX, pela influência nas ações e direcionamentos de saúde em diversos países, implementando várias campanhas contra ancilostomose, febre amarela e malária, além de oferecer bolsas de estudo para estrangeiros para medicina, saúde pública e enfermagem nos EUA.

Outras duas importantes agências internacionais da saúde, que se estruturaram em torno do ideário da saúde internacional, foram a Office International d'Higiène Publique e a Organização de Saúde da Liga das Nações. A Office International d'Higiène Publique iniciada em 1907 em Paris concentrava suas atividades na administração de acordos sanitários internacionais e no intercâmbio rápido de informação epidemiológica e a Organização de Saúde da Liga das Nações, que começou seus trabalhos em 1920, com sede em Genebra na Suíça, investiu na publicação de vários informes técnicos e de vigilância epidemiológica sobre as epidemias que ameaçavam as principais cidades e portos do mundo.

Dentre as medidas tomadas para viabilizar a nova ordem mundial no pós-Segunda Guerra, em 1945, numa conferência realizada em São Francisco, aprovou-se a criação das Nações Unidas e a realização de uma reunião que criasse uma nova agência especializada em saúde. Formou-se então a Comissão Interina da

Organização Mundial da Saúde que se reuniu entre 1946 e 1948 para estabelecer a nova organização da saúde internacional, cuja constituição acabou incorporando as antigas agências. A sobrevivência da Oficina Pan Americana de Saúde, criada anteriormente, foi permitida, mantendo certa autonomia como parte de um esquema de regionalização e descentralização das ações da Organização Mundial da Saúde. Em 1948 a primeira Assembléia Mundial da Saúde reuniu-se em Genebra e criou formalmente a Organização Mundial da Saúde, com sede em Genebra.

Os EUA principal contribuinte do financiamento da Organização Mundial da Saúde mantinha, no entanto, uma postura contraditória: apoiava o sistema das Nações Unidas com seus objetivos mundiais amplos, mas, ao mesmo tempo, primava por sua soberania e mantinha o direito de intervir unilateralmente em nome da “segurança nacional”.

Sobre os EUA e seus aliados, aliás, sempre pairou a desconfiança, ou reinou a certeza de que utilizavam os organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde para viabilizar seus intentos imperialistas. Em meio à Guerra Fria, a URSS e outros países comunistas retiraram-se da Organização Mundial da Saúde entre 1949 e 1956, acusando a instituição de não estar cumprindo seu trabalho e de constituir-se em instrumento da política exterior imperialista norte-americana. Como resultado, os EUA e seus aliados ficaram com o caminho livre para exercerem sua influência de forma quase que absoluta. Neste período as ações da Organização Mundial da Saúde estiveram então voltadas para os problemas de saúde e a pobreza extrema dos países subdesenvolvidos, para evitar que fossem tentados a aderir às propostas comunistas. Para isso investiu-se no controle das principais enfermidades epidêmicas do mundo. Os EUA e seus aliados, na busca da adesão a seus projetos de desenvolvimento, alinhados aos interesses capitalistas, apregoavam, por exemplo,

que a erradicação global da malária promoveria o crescimento econômico e criaria mercados no exterior para a tecnologia e os bens manufaturados estadunidenses. Isto ajudaria a obter um apoio para os governos locais e os que apoiassem os Estados Unidos e faria com que se ganhassem ‘corações e mentes’ na batalha contra o comunismo. (BROWN, CUETO e FEE, 2006, p. 80-81).

Este modelo de apoio para o desenvolvimento ajustava-se claramente aos esforços dos EUA da Guerra Fria de promover a modernização com uma reforma

social limitada alinhada ao desejo da manutenção ou abertura de novos espaços de acumulação capitalista.

Com o passar do tempo explicitou-se a insuficiência das medidas propostas para a solução de problemas de origem tão complexa como, por exemplo, a questão da erradicação da malária, reconhecendo-se assim a impossibilidade de erradicação absoluta desta doença em muitas partes do mundo para populações que viviam em condições tão precárias. Como não se pretendia intervir diretamente sobre estas condições, que era a proposta socialista, substituiu-se a idéia da erradicação pela do controle. O mundo capitalista deveria reconhecer que manter as pessoas vivas, na companhia permanente da doença, era possível de se realizar.

A Organização Mundial da Saúde, como estratégia para sobreviver à Guerra Fria, nunca havia reconhecido a saída dos países do bloco socialista e em 1956 a URSS e seus principais aliados retornam efetivamente e marcando sua presença ao afirmar com energia que a varíola, por não contar em sua transmissão com um vetor - como no caso da malária - e por contar com uma vacina, poderia ser efetivamente erradicada. URSS e Cuba destinam 25 e 2 milhões de doses da vacina respectivamente e se inicia uma grande batalha mundial para a erradicação da doença.

Os EUA relutaram em aderir decididamente ao movimento, mas em 1965 assumiram o compromisso com um programa internacional para erradicar a varíola e, somente em 1980, após luta intensa no Brasil e África, se alcançou o objetivo de erradicação.

A ação da Organização Mundial da Saúde, desde então, sempre esteve orquestrada pelo interesse geral de expansão do modelo capitalista, mesmo que em freqüente tensão com os diversos interesses particulares das nações filiadas e de pessoas integrantes cujos anseios individuais divergissem. No percurso de sua trajetória observamos, no entanto, que de 1948 a 1998 esta organização passou de líder inquestionável da saúde internacional a ter que buscar seu lugar no competitivo mundo da “saúde global”.³

³ Para Brown, Cueto e Fee o termo Saúde Internacional refere-se ao controle de epidemias através de fronteiras entre as nações, ou seja, internacionalmente. Saúde Global implica, em geral, uma consideração das necessidades em matéria de saúde das pessoas de todo o planeta acima do que concerne às nações em particular. (BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. La Organización Mundial de la Salud y la transición de la “Salud Internacional” a la “Salud Global”. In: CUETO, M.; ZAMORA, V. (ed.). Historia, Salud y Globalización. Lima: IEP, UPCH, 2006).

Dentro da Organização Mundial da Saúde sempre houve tensões entre os enfoques centrados na determinação social e econômica da saúde da população e aqueles que apontam a utilização de diferentes tecnologias para o controle ou erradicação de determinada doença. A ênfase num ou noutro enfoque modifica de acordo com as correlações de força que se estabelecem em torno dos interesses dos agentes internacionais, do compromisso intelectual e ideológico dos indivíduos-chaves e do resultado disto tudo na definição das políticas de saúde. (BROWN, CUETO e FEE, 2006).

Durante as décadas de 1960 e 1970 diversas mudanças ocorridas na Organização Mundial da Saúde foram fortemente influenciadas por um contexto político marcado pelo enfraquecimento da hegemonia norte-americana na Guerra Fria; pela manifestação das nações africanas; pela difusão de movimentos nacionalistas e socialistas e pela emergência de novas teorias de desenvolvimento que punham ênfase na independência econômica dos países periféricos, em relação aos industrializados e no crescimento em longo prazo, mais que na intervenção tecnológica em curto prazo. (BROWN, CUETO e FEE, 2006).

Nesta conjuntura, a Organização Mundial da Saúde passou a apregoar, nos anos 1970, que o provimento de uma infra-estrutura sanitária desenvolvida ao lado de pessoal que atendesse as enfermidades mais comuns e o surgimento de serviços básicos de saúde de âmbito nacional eram pré-requisitos para o êxito dos programas de controle de doenças como a malária entre outras, especialmente na África.

Com base em experiências de Organizações Não Governamentais, de missionários médicos e no trabalho dos médicos descalços da China, foi-se constituindo um corpo de conhecimento e um novo modelo de organização dos serviços de saúde que passou a ser denominado de Atenção Primária de Saúde (APS). A Atenção Primária de Saúde, caracterizada por centrar a atenção nas necessidades essenciais de saúde, incluía treinamento de trabalhadores comunitários de saúde e a resolução dos problemas econômicos e ambientais básicos que causavam os principais problemas de saúde.

O enfoque soviético era diferente, centrado muito no médico para a provisão dos serviços de saúde. Decidiu-se então por realizar a próxima conferência mundial de saúde em solo soviético, na localidade de Alma Ata, buscando angariar a adesão daquela nação ao novo ideário. Uma reunião anterior à conferência, visando aparar

as diferenças, produziu a Declaração da Atenção Primária de Saúde que colocava como objetivo “Saúde para todos no ano 2000” e recomendava o enfoque inter-setorial, multidimensional para a saúde e desenvolvimento econômico. Sublinhava também a necessidade de usar “tecnologia apropriada” e a urgência da participação ativa da comunidade na assistência sanitária e na educação sanitária em todos os níveis.

E a Conferência de Alma Ata tornou-se um marco fundamental da instituição dos princípios da Atenção Primária de Saúde e da idéia do alcance da “saúde para todos no ano 2000”.

Agências internacionais, multilaterais e instituições privadas pressionaram para que ao invés de promover grandes mudanças nos sistemas de saúde fossem estabelecidos objetivos “mais tangíveis” e “menos utópicos” como era o da saúde para todos no ano 2000. Isto levou à introdução do conceito de Atenção Primária Seletiva de Saúde. Em 1979 realizou-se uma pequena conferência com forte presença dos EUA, ocorrida em Bellagio, Itália, sob os auspícios da Fundação Rockefeller e apoio do Banco Mundial, que contou com a participação de instituições como Fundação Ford, Agência Estadunidense para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) entre outras de menor expressão. Ressaltava-se, nessa conferência, a necessidade de intervenções pragmáticas focais, de baixo custo e fáceis de avaliar. A idéia da saúde integral para todos reduziu-se drasticamente para ações pontuais dirigidas ao monitoramento do crescimento, à re-hidratação oral, ao aleitamento materno e às imunizações. Nascia assim a Atenção Primária de Saúde Seletiva.

Seguindo esse caminho, na década de 1980 a crescente influência do Banco Mundial começava a ser sentida na saúde. Este Banco, que foi criado em 1944 na Conferência de Bretton Woods e abriu suas portas em 1946 para fomentar a reconstrução da Europa e mais tarde expandiu suas ações no sentido de fornecer empréstimos, subvenções e assistência técnica para os países “em desenvolvimento”, começava a investir em políticas de controle da natalidade, saúde e educação. Aliando a idéia da saúde ao crescimento econômico, começou a realizar empréstimos diretos para os serviços de saúde, exigindo um uso “mais efetivo” dos recursos, assim como uma revisão nos papéis dos setores público e privado no financiamento e assistência. As medidas de ajuste econômico, impostas

pelo Banco Mundial, produziram crescente falta de recursos para os gastos em saúde. Impulsionou, desta forma, a privatização dos serviços com a redução da presença dos governos em programas sociais.

A década de 1980 assistiu a crescente influência do Banco Mundial na saúde ao lado da queda de prestígio da Organização Mundial da Saúde. Diante de posicionamentos contrários aos interesses dos países mais ricos, em especial dos EUA, como, por exemplo, na questão dos medicamentos genéricos, a Organização Mundial da Saúde foi perdendo suas fontes de financiamento, angariando inimigos importantes como a UNICEF e cada vez mais se acirrou a disputa entre os modelos da Atenção Primária de Saúde Integral e a Atenção Primária de Saúde Seletiva.

As ações da Atenção Primária de Saúde promovidas pela Organização Mundial da Saúde que, se por um lado, representavam uma resistência contra a absorção irracional da tecnologia médica, mas por outro possuíam um caráter de extensão racionalizadora da assistência em busca de aliviar tensões sociais, tomava agora um rumo ainda mais nefasto: restringia-se a ações focais sobre problemas pontuais cuja relação custo-benefício fosse muito favorável.

A identificação das “necessidades essenciais” passara, gradualmente, a ser dirigida fortemente pelo olhar da economia de mercado. As prioridades e os rumos políticos eram, naquela época, decididos pela Assembléia Mundial da Saúde, que, composta por todos os estados membros, começou a ser dominada pelos países pobres e não mais controlada pelos países industrializados. Diante disso, as nações mais ricas e as agências multilaterais começaram a manipular o financiamento conforme seus interesses, contrariando muitas vezes as decisões da Assembléia.

A Organização Mundial da Saúde começou a perder força e prestígio e, a partir de então, fins dos anos 1980 e início da década de 1990, o Banco Mundial começou a deter a hegemonia das decisões globais em torno da saúde.

A intervenção do Banco Mundial na saúde, durante a década de 1990, esteve marcada pela forte imposição do recuo das políticas sociais com a presença direta do Estado, ao lado de medidas rigorosas de ajuste econômico. O aumento da pobreza e do abandono de milhões de pessoas à própria sorte por parte do Estado, gerou uma situação de sofrimento crescente de difícil dissimulação. Diante disso, o Banco viu-se obrigado a modificar seu discurso, buscando dar uma face mais humana a suas intervenções.

Passou então a afirmar que o desenvolvimento é um processo global centrado nas pessoas das sociedades nas quais opera. Diante disto, os programas de Saúde, Nutrição e População (SNP) tornam-se centrais no trabalho e missão do Banco, que aumentou significativamente seus investimentos neste sentido, tornando-se atualmente o maior provedor externo de fundos de saúde no mundo.

Sua intervenção, no entanto, continuou e em muitos casos acentuou a ênfase nas necessidades básicas, na atenção básica seletiva, na definição de uma cesta básica de assistência, no controle da natalidade, no ciclo da pobreza, na necessidade de educação e empoderamento das mulheres, como solução para a maioria das deficiências do cuidado à saúde das populações pobres. Insistiu na promoção do seguro privado, na privatização de setores públicos, e em medidas como a instituição do co-pagamento por parte do usuário, obtendo resultados muito desfavoráveis. Segundo da UNICEF, os programas de ajuste estrutural, que seguiram invariavelmente essa receita, podem ter contribuído para a morte de 500 mil crianças ao ano. (RUGER, 2006).

Obtidas as mudanças inicialmente induzidas, o Banco Mundial passa, a partir do final da década de 1990, a “afastar-se dos serviços básicos de saúde para optar por outras formas de políticas mais amplas que estão dirigidas ao sistema de saúde em seu conjunto”. (RUGER, 2006, p.126).

No sentido de recobrar a credibilidade maculada pelos maus resultados, o Banco reaproxima-se da Organização Mundial da Saúde, tendo, recentemente, firmado acordos para que aquela organização forneça assistência técnica para nas questões de saúde.

Ainda neste sentido o Banco Mundial tem retirado de seu discurso o apoio explícito ao co-pagamento, à privatização, às medidas gerais de ajuste econômico, centrando suas análises e recomendações em questões atinentes à boa administração dos serviços de saúde, buscando uma boa relação custo-benefício.

É preciso entender, então, que embora o Banco Mundial tenha apresentado uma retração em suas intervenções claramente nocivas à saúde em geral e ao setor saúde em particular, sua influência continua ocorrendo, seja porque “o serviço já está feito”, seja porque pretende dar a suas idéias uma aparência mais humana.

Persistem, no entanto, em seu discurso, as explicações simplistas como a lógica mecanicista do círculo vicioso da pobreza - alta natalidade - saúde deficiente,

como causas de baixo crescimento econômico, assim como a supervalorização do controle da natalidade dos pobres como medida de redução da pobreza. (WORLD DEVELOPMENT REPORT, 2000-2001).

Em decorrência disso, assim como descrito anteriormente para a Educação, também na Saúde começa a ganhar relevo a idéia de se contemplar as necessidades básicas para a sobrevivência dos indivíduos.

Convém não nos esquecermos, porém, que há distintas formas de conceituar e identificar necessidade, bem como de planejar formas de satisfação nas diversas formações sociais, em cada momento histórico, de acordo com o referencial adotado.

Segundo Breilh (2006), atualmente a lógica utilizada para a definição de necessidade em saúde é disputada entre as correntes liberal e solidária. A corrente liberal compreende a necessidade humana como um valor relativo, que se identifica na dependência de opções individuais e das possibilidades de cada pessoa e sua família para satisfazê-las através do consumo realizado segundo as leis do mercado. Na corrente solidária, por sua vez, a necessidade é vista como processo determinante da vida, cuja realização constitui, por isso mesmo, um direito inalienável, ao qual se deve aceder através de uma distribuição eqüitativa e segura por parte de todos os membros de uma sociedade, a qual deve constituir-se solidariamente em prol do máximo bem comum. Ou seja, a visão liberal realiza uma substituição do direito universal por necessidades discricionárias, preparando, desta forma, o terreno para sua mercantilização. Se o atendimento à saúde e os programas de prevenção já não são direitos inalienáveis, mas “necessidades discricionárias”, o Estado tem a possibilidade de decidir quais necessidades deve incluir num pacote mínimo para os pobres e quais deve deixar a cargo do mercado e do ‘livre’ arbítrio dos ‘clientes’.

De acordo, ainda, com esse autor, o conflito de idéias sobre a questão da necessidade tem-se polarizado, na atualidade, entre uma teoria objetiva e uma teoria subjetiva. A teoria objetiva é aquela segundo a qual todos os seres humanos têm as mesmas necessidades, historicamente produzidas. A teoria subjetiva, por sua vez, marcada pelo relativismo, sustenta que as necessidades são uma construção sociocultural, conformada, portanto às características particulares de cada

agrupamento social, com seus costumes, desejos e possibilidades próprios. (BREILH, 2006)

O processo de definição das necessidades nos grupos humanos não é nem exclusivamente objetivo, nem exclusivamente subjetivo. Toda necessidade objetiva se expressa no sujeito a partir elementos subjetivos, mas a necessidade subjetiva só pode ser construída a partir de uma necessidade concreta e possibilidades socialmente construídas.

Se a saúde for entendida como condição para a realização do humano, ou o desenvolvimento máximo do potencial de cada um, de acordo com as possibilidades sociais dadas pelo desenvolvimento dos meios de produção, as necessidades serão entendidas como um patamar universal a partir do qual cada um poderá se desenvolver. Por outro lado, numa formação social marcada por relações de exploração, que não permite o acesso igualitário ao produto da civilização, necessidade de saúde pode ser entendida apenas como a atenção restrita a determinadas situações que impeçam a livre exploração da força de trabalho de alguns, ou à mera satisfação da sensação de não abandono.

O conhecimento científico da necessidade humana não tem como ponto de partida um elemento objetivo abstrato nem um esquema subjetivo abstrato, mas a atividade prática social de seres concretos, historicamente dados pelo modo de produção vigente e pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas.

Numa sociedade de classes, a construção da necessidade humana ocorre no plano individual das necessidades fisiológicas e psicológicas, determinadas e delimitadas pelas condições particulares de existência, pelos modos de vida de cada grupo social. As possibilidades das classes subalternas estão dadas pelo avanço dos meios de produção e estrangidas pelas limitações impostas pelas necessidades das classes dominantes. Numa sociedade Capitalista, as relações de produção, impedem que as classes exploradas desfrutem, em sua plenitude, do desenvolvimento, ou seja, da possibilidade da passagem “de um grau ontologicamente inferior a um grau ontologicamente superior”. (LUKÁCS, 1978, p.53).

Podemos exemplificar a questão com o caso da necessidade dos trabalhadores que ficam expostos à poeira de sílica na perfuração de túneis, para abertura de estradas ou na mineração. A silicose, doença pulmonar causada pela

inalação de poeira de sílica, foi descrita já em 1700 por Ramazzini. (AMÂNCIO, 1993). Assim como já se conhece sua patologia, já se dispõe de meios para a perfuração de rochas que não exponham de forma intensa os trabalhadores à inalação da poeira de sílica. Por uma questão de economia, nos meios de produção, persistem processos primitivos que acabam impondo uma condição extremamente perniciosa para os trabalhadores que se vêm obrigados a inalar grandes quantidades de sílica, que os levará à lesão pulmonar irreversível. É sob estas condições, dadas pelo grau de desenvolvimento dos meios de produção, mas estrangidos pelos interesses do Capital, que se gera, para este grupo de trabalhadores, a necessidade de cuidados respiratórios paliativos ou eventualmente, a necessidade de um transplante pulmonar, que diante da possibilidade criada pelo desenvolvimento dos meios de produção da Medicina, ao ser possível, torna-se objeto do desejo dos trabalhadores com silicose.

Realmente, este tipo de necessidade, devido à inalação de sílica nestas condições, a classe dominante muito provavelmente jamais terá. Somente nessas condições de desigualdade de direitos e possibilidades, dadas pelas relações de exploração, podemos entender que as necessidades sejam diferentes conforme o “desejo”, limites e possibilidades de cada grupo social.

Do mesmo modo, a educação, entendida como o acesso ao produto cultural da civilização, surgiria como necessidade igual para todos. Entendida, no entanto, restrita a seu papel de reprodução da força de trabalho, como o adestramento dos diferentes grupos conforme sua inserção na produção, apresenta-se como necessidade bastante diversa de acordo com o lugar ocupado pelos referidos grupos no mundo da produção.

A sobrevivência e o acesso aos meios necessários para garanti-la são necessidades essenciais em qualquer sociedade, porém, falar delas no vazio, sem levar em conta os processos históricos determinantes da reprodução social - processos estes ligados à produção e ao consumo, bem como às relações sociais que se estabelecem entre as classes -, que definem a divisão social da produção, constitui uma abstração que empobrece ao extremo a análise da questão.

O direito à sobrevivência e sua possibilidade de realização é socialmente determinado conforme o modo de produção, o grau de desenvolvimento das forças produtivas e a inserção dos diferentes grupos no processo de produção em cada

momento histórico. Num momento histórico como o que vivemos, marcado pelo imenso desenvolvimento das forças produtivas, diante do qual, mantendo-se as relações de exploração, grande parte da força de trabalho torna-se dispensável, constituindo, como já referimos, uma grande massa humana de sobrantes, a possibilidade de realização da sobrevivência deste grupo está seriamente ameaçada, como preço para que, ao mesmo tempo, possa ocorrer a melhoria substantiva das condições de vida para a outra parcela da sociedade. A produção econômica dos bens e a distribuição dos que são repartidos pelo Estado não são simples instrumentos a serviço da satisfação de necessidades preexistentes, mas estão ligadas aos interesses das classes dominantes que criam esses elementos de satisfação de acordo com sua conveniência. A sobrevivência dos sobrantes definitivamente não é conveniente para o Capital.

Para Breilh (2006), as abordagens liberais sobre a necessidade situam-na como um problema individual, ligado ao consumo e à escolha pessoal, e, nos planos retrógrados da reforma neoliberal, isso adquire uma importância capital, porque é assim que os cidadãos deixam de ser ‘detentores de direitos’ e se transformam em ‘clientes’. Segundo esse autor, formulada desta maneira, a necessidade substitui o direito e a distribuição insuficiente de serviços – que é ocasionada pela monopolização da riqueza, mas não é reconhecida como tal – passa a constituir um recurso de sobrevivência, medido por técnicas múltiplas, como a da ‘linha da pobreza’ ou a da ‘satisfação de necessidades básicas’ às quais os clientes do mercado podem ter acesso.

A expressão clara deste ideário, no âmbito da saúde, se dá na definição, pelo Banco Mundial, da “cesta básica de assistência” a que deveria ter direito aquela parcela da população que não tivesse qualquer possibilidade de escolher livremente e consumir os serviços de saúde no mercado.

Em nosso país, embora tenhamos, felizmente, um sistema de saúde universal, que coloca como direito de todos a atenção integral à saúde, a grande dificuldade de acesso a procedimentos de média complexidade – os mais atraentes para a iniciativa privada-, que ultrapassam os limites da “atenção básica”, pode também ser sinal da influência daquele ideário. Vivemos, atualmente, um momento de defesa visceral da centralidade absoluta do sistema de saúde na atenção básica, com o que concordamos, desde que isto não signifique o impedimento do acesso

aos procedimentos mais complexos sempre que necessários. Negar à população, que custeia o sistema através dos impostos, o acesso a estes procedimentos é tão nefasto quanto submeter o sistema ao consumo irracional dos mesmos, atendendo à voracidade do Capital. Fleury (2009), partilha desta preocupação e observa que “concentrar-se na atenção primária não é equívoco técnico, é opção política oposta a sistemas universais e integrais”. (FLEURY, 2009)

Pochmann (2006), também se posiciona nesse sentido afirmando que

A possibilidade de uma atenção à saúde integral e de qualidade para todos, fica muito ameaçada em nosso país diante do movimento do Estado no sentido da privatização de amplos setores, redução do orçamento que seria destinado à universalização dos direitos sociais e focalização das ações sociais em geral, mesmo diante do aumento da arrecadação. (POCHMANN, 2006)

Segundo Pochmann (2006), entre 2001 e 2004 as restrições fiscais concentraram-se justamente no orçamento social. Neste período o orçamento social total da federação, por habitante, experimentou uma redução da ordem de 8,31% e o orçamento da saúde, em particular, sofreu um decréscimo de 6,71% por habitante.

Dessa forma, não apenas o contexto macroeconômico manifestou-se predominantemente anti-social como também os recursos públicos *per capita* direcionados à área social apresentaram um movimento de regressão em termos reais. (POCHMANN, 2006, p.124).

Diante disso, no âmbito da formação médica, poderá ocorrer o que ocorre no mundo do trabalho em geral: a polarização de competências. A qualificação dos processos de trabalho, pela introdução de tecnologia, se, por um lado, exige um trabalho mais qualificado de um número cada vez mais restrito de trabalhadores, por outro lado possibilita a dispensa ou a desqualificação da grande maioria dos trabalhadores, uma vez que o conhecimento estará objetivado no trabalho morto. Isto significa que será possível realizar o trabalho com menor dependência do conhecimento do trabalhador. O que já pode estar ocorrendo, como citamos anteriormente, em casos de utilização de protocolos de atendimento, elaborados por profissionais de boa qualificação, mas colocados em prática por profissionais menos qualificados.

Os profissionais de maior qualificação, cuja reprodução é mais onerosa, destinam-se ao atendimento das parcelas da população que ainda mantém a

capacidade de compra de seus serviços, seja diretamente, ou, o que é mais freqüente, intermediado pelos planos de saúde. O acesso a estas práticas deverá, ainda, além de contemplar os interesses da indústria médico-farmacêutica, restaurar as regularidades anátomo-funcionais dos corpos, de modo a mantê-los como força de trabalho.

Como para o atendimento daquelas parcelas da população sobranter, as possibilidades de retorno financeiro são muito mais restritas, a força de trabalho aqui utilizada deverá ter um custo de reprodução inferior. Todas as formas de redução dos custos da formação desta mão de obra serão, portanto, bem-vindas, mesmo que resultem na formação de profissionais de menor capacitação. Estes, além de terem um custo de reprodução inferior, poderão recorrer menos freqüentemente à utilização dos procedimentos de maior complexidade, uma vez que realizam práticas simplificadas e de menor custo. Se estas práticas serão menos eficazes na restauração da normalidade anatômica e fisiológica dos corpos, para poderem funcionar como força de trabalho, não importa, pois, sua utilização para este fim, como já dissemos, será desnecessária.

Entre as recomendações do Banco Mundial para a saúde, está a idéia de que o cuidado médico curativo voltado às populações pobres seja limitado e baseado em protocolos e procedimentos simples que possam ser administrados por trabalhadores de saúde com um “adestramento breve”. (RIZZOTTO, 2000, p.127). É como um retorno à Idade Média, quando a assistência médica qualificada (dentro das limitações da época) destinava-se aos poderosos, aos artesãos e aos burgueses, enquanto, para os pobres restava entregar-se às mãos dos curandeiros e barbeiros ou morrer sem qualquer ajuda. (GARCIA, 1989)

6.4 A CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Com grande influência dos pressupostos emanados dos eventos patrocinados pelos organismos internacionais, anteriormente citados quando refletimos sobre sua contribuição para a conformação ideológica da educação à

nova ordem, foram construídas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Através da Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001, o presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, instituiu estas diretrizes, que foram homologadas pelo Ministro da Educação em 1º de outubro de 2001.

A definição de diretrizes nacionais para a educação inicia-se no Brasil com o Estado Novo. A instituição das primeiras universidades ganhou grande impulso no período de 1930 - 1945, no movimento de modernização deflagrado por Getúlio Vargas.

No segundo ano desse período (1931), cria-se o Ministério da Educação e na Constituição de 1934 imputa-se à União a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes da educação nacional. Esta proposta permanece estagnada por vários anos devido às forças políticas contrárias a sua evolução. Seguindo a tendência centralizadora para o fortalecimento do Governo Federal, a legislação referente às Universidades estabelecia normas rígidas sobre a organização e funcionamento dos cursos e somente com o fim da Era Vargas, na Constituição de 1946, ressurgiu a discussão sobre o direcionamento da educação inaugurada na Carta de 1934, instaurando o movimento rumo à elaboração da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação.

Por mais dezesseis anos travou-se ferrenha batalha, em torno da questão, entre os liberais, que defendiam a educação como responsabilidade da família, a ser alcançada na liberdade do mercado, e aqueles que entendiam como dever do Estado garanti-la para todos. Venceram as idéias liberais que se consolidaram com predominância na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, votada em 1961 e, com o golpe militar instaurado poucos anos mais tarde, em 1964, expandiu-se significativamente o ensino superior às expensas da iniciativa privada. Um dos aspectos que muito nos interessa destacar desta legislação é o estabelecimento do currículo mínimo. Tratava-se de um núcleo mínimo indispensável de matérias, fixado pelo Conselho Nacional de Educação para todo o território nacional, para uma adequada formação profissional.

Com a globalização, a expansão desenfreada dos interesses imperialistas e a imposição de medidas facilitadoras da internacionalização da economia, numa associação subordinada do capital nacional com o internacional, ainda que numa

atmosfera de intenso embate, edita-se a 2ª Lei de Diretrizes e Bases da Educação no Brasil (Lei nº 9.394), que entre outras modificações decreta a extinção do currículo mínimo, em nome de maior flexibilidade curricular, abrindo, talvez, uma possibilidade de avanço, mas, certamente, uma possibilidade de retrocesso na formação superior brasileira, ao fomentar sua adequação aos desígnios do mercado de trabalho, marcado pela desqualificação do trabalhador, fruto da crescente materialização do conhecimento nos meios de produção. Segundo Bollmann (1997), uma lei forjada pela ação golpista do senador Darcy Ribeiro, que atropelou, através de manobras arquitetadas em conluio com o governo Fernando Henrique, um processo democrático sem precedentes na história da tramitação de um projeto de Educação no Brasil, conduzido pelo Fórum Nacional em Defesa da Educação.

Essa regulamentação do ensino livre é um tema de conflito que atravessa a sociedade brasileira desde o início do século passado e também pode ser visto na Educação Médica por meio da observação dos debates realizados no Congresso Nacional dos Práticos, no Rio de Janeiro em 1922,

os médicos afirmavam que o mercado de trabalho estava em “pletora” e era preciso criar mecanismos para regular este mercado. Propuseram outros critérios adicionais para o credenciamento das instituições livres: a exigência de hospital junto ao estabelecimento de ensino, a limitação do número de vagas na faculdade de medicina, a não permissão do ingresso de médicos estrangeiros no mercado nacional e a obrigatoriedade do diploma para o exercício profissional. A limitação de vagas e a necessidade do hospital eram justificadas através do discurso da qualidade do ensino e do benefício para a ciência (PEREIRA NETO, 2001)

Na área da formação médica, a abertura indiscriminada, nos dias atuais, de escolas de medicina, contra a qual têm-se posicionado firmemente as instituições que representam os profissionais médicos, as escolas, os docentes e alunos, são prova inequívoca deste favorecimento explícito aos interesses do mercado. Formar mais médicos será sempre bom, desde que a qualidade da formação seja assegurada e que esteja atrelada a políticas de distribuição dos mesmos nas especialidades e localidades onde há ainda carência dos mesmos. Não é o que tem acontecido. Grande número de médicos formados a cada ano continua concentrado nos centros mais importantes do país, movidos pela maior possibilidade de renda e acesso a bens e serviços.

O Brasil que contava até o ano de 1995 com 80 escolas, conta atualmente com 175. Até 1995 a média máxima de abertura de escolas por ano havia sido de duas. Desde então tem variado de 5 a 13 novas escolas por ano. A relação entre escolas públicas e privadas tem sofrido também franca inversão. Desde o ano 2000, por exemplo, tivemos a abertura de 75 novas escolas de medicina e destas 58 são privadas e apenas 17 públicas. Comparando com outros países, percebe-se que enquanto o Brasil, com uma população de 185 milhões de habitantes, conta hoje com 175 escolas de Medicina (1 escola para pouco mais de um milhão de habitantes), os EUA, com uma população de 278 milhões de habitantes, conta hoje com 126 escolas de Medicina (1 escola para mais de 2,2 milhões de habitantes), a Índia, com uma população de um bilhão e setenta e nove milhões de habitantes, conta hoje com 272 escolas de Medicina (1 escola para quase 4 milhões de habitantes) e a China, com uma população de um bilhão e trezentos milhões de habitantes, conta hoje com 150 escolas de Medicina (1 escola para 8,66 milhões de habitantes). (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, 2006; ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL, 2008).

A área da educação de profissionais de saúde, portanto, também sofreu a avassaladora influência do movimento que experimentou a Educação em geral, em nosso país, descrito anteriormente. Nos anos 1990 as entidades ligadas à formação e prestação de serviços de saúde produziram inúmeras contribuições no sentido de rever a formação dos profissionais da área. No que diz respeito em especial à educação médica, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Rede Unida de Desenvolvimento de Profissionais de Saúde (Rede Unida) ganham destaque por sua atuação consistente e persistente. A ABEM coordenou no final da década de 1980 o Estudo da Educação Médica nas Américas apoiado pela Fundação Kellogg. Este trabalho desenvolveu-se em duas fases: a primeira constituiu na preparação para participação qualificada da representação das escolas médicas das Américas na Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edimburgo em 1988. A segunda fase foi marcada pela análise situacional e elaboração de um plano de ação a curto e médio prazos visando a reformulação da educação médica. Para a análise situacional e elaboração do plano de ação a ABEM buscou aliar-se com conselhos de classe, entidades de representação de trabalhadores médicos, docentes e estudantes de medicina, compondo a Comissão

Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM). (STELLA e CAMPOS, 2006).

Durante a vigência do projeto da CINAEM (1991-2002), conseguiu-se identificar e pactuar com lideranças do movimento médico os chamados eixos da transformação curricular, além de avançar na discussão dos meios mais adequados para o alcance das mudanças pretendidas. Docentes, alunos, profissionais médicos e gestores do SUS foram levados a participar de fóruns nacionais, seminários e oficinas de trabalho, voltados a difundir a idéia da necessidade de mudança do modelo de formação. (CINAEM). (STELLA e CAMPOS, 2006).

Em dezembro de 1997 o MEC convocou as Instituições de Ensino Superior (IES) a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores a serem elaboradas pelas Comissões de Especialistas da Secretaria de Educação Superior do MEC (SESu/MEC). A Rede Unida investiu no processo de formulação de propostas de diretrizes sendo a primeira instituição a apresentar propostas concretas de diretrizes para vários cursos da área da saúde.

Após árduo trabalho de articulação da ABEM, junto à Secretaria de Políticas do MS, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da Rede Unida, da Comissão de Especialistas do Ensino Médico e da Diretoria de Políticas de Ensino Superior da SESu do MEC, em 2000 diretores e coordenadores de 63 escolas elaboraram uma proposta de consenso.

Em 2001 a pedido da Rede Unida e da ABEM e com a presença de representantes do MS e MEC OPAS e outras associações profissionais da área da saúde, o Conselho Nacional de Educação promoveu uma audiência pública para apresentação e discussão das propostas de diretrizes. As diretrizes foram finalmente aprovadas com ligeiras modificações por meio da resolução nº 718/2001 do CNE. (STELLA e CAMPOS, 2006).

O percurso para a construção das diretrizes curriculares não se deu em águas calmas, mas na turbulência da disputa entre interesses de classes antagônicas e do confronto entre os interesses políticos de diversos setores da classe dominante. Valorosos defensores de um sistema de saúde fundado no direito universal de uma atenção integral e de qualidade para o qual a formação de médicos calçados em conhecimentos científicos sólidos é fundamental, confrontam-se permanentemente com aqueles que defendem os interesses desumanos do

mercado. É sobre este pano de fundo e dentro dos limites e possibilidades determinados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação no Brasil (Lei nº 9.394) que a produção das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina aconteceu.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO*
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.
Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea "c", da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de 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.

Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

- I- Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. 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. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- II- Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

* CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

III- Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV- Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V- Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI- Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I- promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- II- atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
- III- comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- IV- informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;
- V- realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- VI- dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- VII- diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
- VIII- reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;
- IX- otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;
- X- exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;
- XI- utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;
- XII- reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- XIII- atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;
- XIV- realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

- XV- conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;
- XVI- lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;
- XVII- atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;
- XVIII- cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;
- XIX- considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;
- XX- ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;
- XXI- atuar em equipe multiprofissional; e
- XXII- manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

- I- conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;
- II- compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
- III- abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
- IV- compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;
- V- diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e
- VI- promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

Art. 7º A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

§ 1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

§ 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de

conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, 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.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

- I- Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;
- II- utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;
- III- incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;
- IV- promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;
- V- inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;
- VI- 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;
- VII- propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e
- VIII- vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Art. 13. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 14. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da Câmara de Educação Superior

Estas diretrizes, em linhas gerais, flexibilizam tempos e conteúdos ao assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade para a definição da carga horária e das experiências de aprendizagem a serem oferecidas; definem o perfil do egresso, habilidades e atitudes; preconizam uma pedagogia ativa, centrada no aluno; tensionam a formação de modo a adequá-la às necessidades locais de saúde, visando um profissional com uma formação geral, através da aprendizagem em novos cenários. (BRASIL, 2001)

Fica evidente que estão perfeitamente afinadas à orquestração do ideário promovido pelos organismos multilaterais para a educação. É verdade, no entanto, que no enunciado destas diretrizes não encontramos somente pontos negativos que expressam a absoluta subordinação aos ditames do interesse do mercado internacional. Há idéias cuja adoção pode significar avanço para o ensino médico, na dependência do direcionamento que lhes sejam conferidas, assim como há alguns pontos francamente positivos. Muitos dos elogios expressos pelos sujeitos e instituições envolvidos com o ensino médico dirigem-se, entretanto, a aspectos que nos causam apreensão.

A construção destas diretrizes ocorreu segundo o roteiro que mencionamos anteriormente para a disseminação e aceitação das idéias dos organismos multilaterais, com a participação das Comissões de Especialistas de Ensino e anuência de representantes de setores como Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras, bem como dos presidentes dos Conselhos Profissionais, de Associações de Ensino e das Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC. (MARANHÃO, s.d.; LAMPERT, 2002).

Algumas questões que vinham sendo discutidas historicamente por segmentos como o dos docentes, foram incorporadas e ressignificadas pelo discurso reformista. A crítica às grades curriculares rígidas, que impediriam inovações, a pouca articulação teoria – prática, foram postas ao lado de idéias como a incapacidade da escola acompanhar as rápidas transformações sociais e as vertiginosas transformações do conhecimento, a crise da eficiência e da eficácia da formação médica, além da ausência de um perfil profissional baseado nas

competências, habilidades e atitudes adequadas às atuais necessidades sociais da saúde.

O objetivo das diretrizes, seguindo os princípios do Relatório Delours, dirige-se à formação dos quatro pilares, que seriam

levar os alunos dos cursos de graduação em saúde **a aprender a aprender** que engloba **aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer**. Garantindo a Capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (grifos do autor) (MARANHÃO, s/d)

As diretrizes estão direcionadas à formação de um médico voltado para uma prática marcada pela integralidade, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde constituindo-se em agente de transformação social, marcadamente pela promoção de estilos de vida saudáveis. (BRASIL, 1990).

O médico a ser formado sob as novas diretrizes curriculares não deverá priorizar somente o cognitivo, mas incorporar qualidades técnicas e humanísticas que lhe tornem capaz de trabalhar em conjunto, com outros profissionais, ou seja, aprender a viver junto. Além disso, deverá estar apto para o mercado de trabalho, ser conhecedor dos problemas locais de saúde estando preparado para acompanhar o avanço técnico-científico e a utilização destes avanços, dentro de uma racionalidade de custos benefícios favorável. Grande ênfase é dada ao desenvolvimento da habilidade de adaptar-se às mudanças como forma de melhor contribuir para a solução dos problemas da comunidade.

Para viabilizar estas transformações curriculares, apresenta-se como consenso, a necessidade de uma profunda mudança pedagógica. Partindo da contestação ao ensino tradicional, fundado na transmissão acrítica de conteúdos a serem memorizados por alunos passivos, propõem-se processos centrados no aluno, que deverá aprender por si próprio, nos quais o professor é apenas um facilitador. Mais do que isto, o aluno deverá “aprender fazendo”, invertendo a seqüência clássica teoria/prática.

Sem a pretensão de esgotar a reflexão sobre as diretrizes curriculares, buscamos apenas destacar aspectos que nos parecem fundamentais para a análise que desenvolveremos a seguir.

7 REFLEXÕES GERAIS SOBRE AS MUDANÇAS EM ANDAMENTO NO ENSINO MÉDICO NO BRASIL

O ensino médico no Brasil, assim como em diversos países de todo o mundo, passa, nas últimas décadas, por intenso processo de reflexão e reorganização.

Em nosso país, diversas escolas médicas têm implantado, de forma mais ou menos intensa, inovações pretensamente voltadas a adequar o perfil do profissional ali formado às necessidades atuais da sociedade brasileira. Numa conjuntura de precarização da vida em que se encontram os países devedores, subordinados aos organismos econômicos internacionais, torna-se imperativo analisar a implementação de tais mudanças. É preciso avaliar com muito cuidado se as alterações propostas qualificam a formação médica ou a precarizam e se, em consequência, a atenção à saúde se aprimora ou se pauperiza.

Segundo diversos autores (LAURELL, 1994; ALMEIDA, 1999; BREILH, 1994, 1997, 2006; RIZZOTTO, 2000, 2005; CAMPANA, 1997; VIOLA, 1997, TAVARES e FIORI, 1996; SHIROMA, MORAES e EVANGELISTA, 2000; CHAÚÍ, 2001; FONSECA, 1997; OLIVEIRA, 1997; BRUNO, 1997; ROSAR, 1997; SIMÓN e MERODO, 1997; ANDERSON, 1999; ANTUNES, 2001; VIEIRA, 2001; TOMAZZI, WARDE e HADDAD, 1996; KRAWCZYK, 2000; MORAES, 2000; WANDERLEY, 2000; ROSEMBERG, 2000; ARELARO, 2000; TIRAMONTI, 2000; SHIROMA, 2003; SHIROMA e EVANGELISTA, 2003; TORRIGLIA, 2003; SHIROMA, MORAES e EVANGELISTA, 2003; SILVA, 1999; ROSAR, 1999; PARO, 1999; KUENZER, 1999; LLOMOVATTE, 1999; IANNI, 2005; ANTUNES, 2005; GENTILLI, 2005; FRIGOTTO, 2005, entre outros), as exigências neoliberais, veiculadas pelos organismos multilaterais entre os quais se destaca o Banco Mundial, criam a forte tendência de focalizar o gasto público apenas na atenção a grupos populacionais marginalizados, com recursos de baixa densidade tecnológica e custos mínimos. Tais exigências, uma vez adotadas, influenciam de forma extremamente danosa setores fundamentais como a educação e a saúde.

Em contraposição à integralidade da atenção e universalidade do acesso, conquistadas em lei, entre outros direitos, pelo povo brasileiro com a instituição do SUS, apresenta-se a idéia da cesta básica de serviços, visando universalizar o

acesso apenas à atenção primária, nos limites dos recursos disponíveis para cada agrupamento social.

A reflexão sobre as práticas de saúde e a formação médica necessária para o desenvolvimento e o bom desempenho de tais práticas tem-se mantido na ordem do dia, principalmente nas últimas décadas, devido aos novos desafios com que se deparam, tanto os serviços de saúde e o trabalho médico, que neles desempenham papel central, quanto a educação médica. Neste sentido podem ser citados desde o emblemático estudo sobre a Educação Médica de Juan César Garcia, realizado em 1972 e inserido em sua obra “Pensamento Social em Saúde na América Latina” (1989), até as contribuições mais atuais de autores brasileiros como Schraiber (1989), Campos (1994), Mendes (1996), Feuerwerker (1998, 2001, 2002), Marcondes e Gonçalves (1998), Batista e Silva (1998), Almeida (1999), Lampert (2002), Merhy (2002), entre outros.

As tensões, constantemente atualizadas, pelo confronto apresentado de práticas médicas cada vez mais dispendiosas pela crescente incorporação de tecnologia, às quais não correspondem ganhos proporcionais em termos de saúde da população, têm, freqüentemente, colocado em cheque a adequação da formação médica.

Além disto, como observa Feuerwerker (2001), devido à transição demográfica e à introdução de novas tecnologias, que recolocam a atenção do espaço prioritariamente hospitalar para o ambulatorial, modifica-se o perfil do profissional capaz de atender às necessidades do sistema de saúde. Tanto o setor público quanto o privado, buscando a racionalização dos gastos e a melhoria da qualidade da atenção, clamam por um profissional com formação geral, capaz de trabalhar em equipe multiprofissional e de articular aspectos da atenção individual e da saúde coletiva.

Cabe, no entanto, apresentarmos dois questionamentos a respeito destas idéias. Em primeiro lugar, o custo crescente do cuidado médico precisa ser analisado como fruto, também, da medicalização da sociedade, ou seja, da “redefinição de uma quantidade cada vez maior de contradições no plano individual, familiar ou social, como problemas de saúde”. (SINGER, CAMPOS e OLIVEIRA, 1981). Este processo, segundo Singer, decorre da expansão acelerada,

não só dos recursos absorvidos pelos serviços de saúde, mas do próprio âmbito de ação destes serviços.

Em segundo lugar é preciso desvelar as mediações da relação entre formação e prática médica em nossa sociedade. Principalmente no que diz respeito à inadequação da formação. Para Schraiber (1989), a contradição entre o papel efetivo e o papel apresentado, da escola é re-traduzida ideologicamente como inadequação.

Apresenta-se a educação escolar como processo de ajuste às necessidades do conjunto da sociedade, ocultando-se as contradições originadas nas relações de classe. À educação médica, no Capitalismo, cabe produzir profissionais que mantenham a prática médica Capitalista - no que diz respeito à realização do lucro da indústria médico-farmacêutica, à reprodução da força de trabalho necessária para a produção Capitalista e à manutenção da hegemonia da ideologia Capitalista - para a aceitação das relações de exploração.

A Educação e a Medicina, práticas hegemônicas nas sociedades Capitalistas, estão, portanto, a serviço da classe dominante. O que as coloca em cheque é sua aparente inadequação no sentido de satisfazer as necessidades do conjunto da população.

A crise da Medicina ocidental é parte integrante da crise mais ampla do Capitalismo contemporâneo, demarcada, segundo Navarro (1979b), pela crise de legitimação e acumulação do Capital, com a conseqüente crise das sociedades ocidentais e seus sistemas de saúde. A crise da Medicina em particular, tem se explicitado por seu intenso crescimento acompanhado da ineficácia para resolver os principais problemas de saúde.

Para o citado autor, as principais características desta crise - crescimento e ineficácia - são devidas às necessidades criadas pelo processo de acumulação do Capital, somadas às demandas expressadas pela população trabalhadora. Estas necessidades, por serem geradas pelo Capital e pelo Trabalho, estão intrinsecamente em conflito.

As necessidades do Capital e a invasão pelo Capital de todas as esferas de nossas vidas criam, cada vez mais, problemas de saúde que requerem um aumento dos serviços sociais em geral e de saúde em particular. Desta forma se impõe à Medicina a tarefa de realizar o impossível, de resolver os problemas que estão fora

de seu controle. Os problemas são criados pelo processo de acumulação do Capital e se incumbe a Medicina de resolvê-los no âmbito restrito da ação médica. Esta é, para Navarro (1979b), a causa real da ineficácia médica.

No momento atual, além desta aparente inadequação, contribuem para colocar em cheque, tanto a Medicina quanto a educação médica, os interesses de outros setores do Capital.

Às companhias de seguro saúde, interessa que se mantenha a imagem da necessidade do consumo de produtos médicos, para obter a saúde, ao lado do real interesse de que o consumo destes produtos não se realize.

Do mesmo modo aos Estados, que se responsabilizam pelo acesso aos serviços de saúde, interessa a realização de uma prática de não consumo, viabilizando este setor com poucos recursos.

É o caso do Estado Brasileiro que tem direcionado suas políticas de saúde e educação no sentido de incentivar as mudanças para a formação de um profissional mais adequado a uma prática menos onerosa, mais resolutiva e, portanto, mais racionalizadora.

No Brasil vivemos, atualmente, no setor saúde, um momento marcado por grande esforço para reorganizar e incentivar a atenção básica, como estratégia central de substituição do modelo tradicional de atenção à saúde, centrado na doença, no atendimento hospitalar, permeado por intenso consumo de tecnologia.

Como já dissemos, os médicos, formados para o modelo tradicional, têm-se mostrado pouco adequados para esta “nova” prática.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação em Medicina redirecionam os cursos de Medicina, orientando-os para a formação de um médico generalista, com postura ética e humanista, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, voltado para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças, capacitado para atuar nos níveis primário e secundário de atenção e resolver os problemas mais comuns, além do primeiro atendimento às situações de emergência. (BRASIL, 2001)

O Ministério da Saúde anuncia ainda, como uma de suas prioridades essenciais, a atenção básica, mediante a qual pretende ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Neste sentido, busca induzir mudanças curriculares, visando deslocar o eixo central do ensino médico, da idéia exclusiva da

doença, incorporando a noção de integralidade do processo saúde/doença e da promoção da saúde, com ênfase na atenção básica. Visa, também, propiciar a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde, além de favorecer a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes, com o intuito de prepará-los para a auto-educação permanente.

Embora desde os anos 1990 observe-se uma intensificação dos estudos e debates sobre a educação médica em nosso país, o sentido das mudanças ora propostas pelo governo brasileiro, tem origem bem mais remota e faz parte de uma realidade que não se restringe ao Brasil, uma vez que ocorre, em variados graus, nos demais países da América Latina e de outros continentes.

A influência sobre a educação médica na América Latina, de início, marcadamente européia, passa a ser exercida, com grande predominância, pelos estados Unidos da América após a Segunda Guerra Mundial. O número considerável de médicos residentes que se especializou nos EUA na época, proporcionou uma verdadeira invasão das idéias de Flexner na América Latina.

No decorrer dos anos, porém, aquela influência se institucionalizou, com a criação de associações e organismos nacionais e internacionais. Pela grande importância que assumem na América Latina podemos citar como exemplo destas instituições internacionais a Federação de Associações de Escolas de Medicina – FEPAFEM e a Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina – ALAFEM, que contribuíram diretamente para a formação de um movimento de educação médica na América Latina, composto por, pelo menos, duas correntes e que, segundo Almeida (2001), caracteriza-se por ser polêmico e conflituoso.

Segundo este mesmo autor, os processos de criação e de desenvolvimento das ações da FEPAFEM foram alvo de polêmicas e de suspeição sobre sua condição de entidade manipuladora e manipulada por certos setores da sociedade e do governo norte-americano, em aliança com alguns líderes latino-americanos da educação médica, em defesa dos interesses e políticas neocolonialistas. Em contrapartida, sempre houve referências veladas à ALAFEM como instrumento da política externa cubana. (ALMEIDA, 2001, p.45).

As divergências das citadas instituições se reproduziram ao nível das escolas e refletem as contradições existentes nas práticas médicas e na educação

médica, fundadas em diferentes concepções de sociedade, políticas sociais, de saúde e de educação médica.

As críticas e propostas de reformulação do ensino médico de base Flexneriana, surgem nos Estados Unidos, já na década de 40. A integração dos ciclos básico e profissionalizante, a incorporação dos princípios da Medicina Preventiva, da Medicina Integral e da Medicina Comunitária, marcaram as discussões que se seguiram nas próximas décadas em toda a América Latina, assim como em outros continentes.

Nos anos 70, o 2º. Plano Decenal de Saúde das Américas ressaltava que a prática e a educação médica deveriam tratar a saúde como função biológica e social, serem multidisciplinares e estabelecerem relações dos organismos de saúde pública e instituições privadas com as universidades, por meio da regionalização docente-assistencial, da Medicina de comunidade e da participação precoce do estudante nos serviços.

Segundo Almeida (2001), já nesta época se recomendava que o ponto de partida para o processo formativo do médico fosse a atenção à saúde; deveria haver a superação das dicotomias teoria/prática, básico/clínico e preventivo/curativo; precisaria existir a integração multidisciplinar e a inserção do processo de ensino em toda a rede de serviços, em todos os níveis, não apenas no hospital especializado.

Surgiram, assim, as propostas de integração docente-assistencial (IDA). As relações entre instituições educativas e de serviços foram reiteradamente discutidas nas décadas de 70 e 80, refletindo, nas práticas educativas, em experiências que variavam desde a utilização dos serviços como espaços de prática, até tentativas de reorganização do processo educativo ao redor de um novo modelo de organização dos serviços.

As reformas propostas para a prática médica estão aí tomando concretude nos projetos como o da “Saúde da Família”, para o qual, segundo Feuerwerker (2001), é preciso formar os médicos de família, pois o médico formado hoje é em geral um “especialista”, que não se encaixa no novo modelo de atenção proposto.

A fragmentação dos conteúdos, o desprezo à determinação social da saúde-doença, a dificuldade para o enfrentamento de problemas cuja solução foge do âmbito daqueles modelos, muitas vezes importados, para os quais o médico foi preparado, reforçam a idéia de que realmente existe uma inadequação na formação.

Na verdade há problemas na formação. Muitas das questões apontadas são reais. O enfoque é predominantemente ou exclusivamente biológico, especializado, fragmentado, desprovido de humanidade, desconsiderando o ser humano em sua totalidade. O ensino se dá por pedagogias que tendem à memorização mecânica de conceitos, técnicas e comportamentos, o que, somado ao processo incompleto de análises, não seguidas das sínteses correspondentes, reduz, sobremaneira, a capacidade do futuro médico para contribuir com as transformações necessárias principalmente ao nível social.

Em resposta a estas "inadequações" da educação e às crises apresentadas em torno da prática médica, o governo brasileiro tem apresentado a necessidade da articulação serviço, docência e investigação; a pertinência das mudanças pedagógicas no sentido de aprender através da solução de problemas, aprender fazendo e aprender transformando as condições reais dos serviços, o ensino orientado à comunidade, em cenários extra-hospitalares.

Diversos aspectos das mudanças na formação e na prática médica, com as linhas gerais acima apontadas, vêm sendo recomendados há mais de cinquenta anos, e, neste período, embora tenham sofrido um processo de contínuo aperfeiçoamento teórico, na prática a mudança foi quase inexistente, configurando segundo Feuerwerker (1998) "a mudança que não houve". A autora levanta, como uma das causas desta não mudança, a falta de um sistema de saúde bem estruturado que fornecesse a base material necessária para a mudança.

Mas se estas propostas tiveram anteriormente um caráter prescritivo e idealista, hoje a realidade mudou. Já há uma base material mais condizente com a mudança proposta. Há um sistema de saúde onde uma nova prática está sendo implementada e há interesse dos organismos internacionais, que estão incentivando esta remodelação (p. ex.: OMS/OPS, do Unicef, da Unesco, do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, do Banco Mundial, da Fundação Kellogg, da Fundação Robert Wood Johnson etc.).

No final de 2002, no Brasil, numa iniciativa dos ministérios da Saúde e da Educação em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde, a Organização Mundial da Saúde, as Instituições de Ensino Superior (IES) foram convidadas a participar do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED. (BRASIL, 2002a).

Tratou-se de um convite à apresentação de projetos de mudança, que, se adequados às diretrizes propostas, implicaria no repasse de um milhão e duzentos mil reais a estas instituições formadoras, no período de três anos. Síntese das propostas de mudança acumuladas a partir da metade do século passado até os dias atuais, esta iniciativa do governo brasileiro visa tornar real a reforma tantas vezes anunciada, pretendida, mas não ocorrida.

A proposta tem como objetivo geral, segundo o edital de convocação, reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados -, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica.

Como objetivos específicos o documento enuncia o seguinte:

- Estabelecer, de forma sistemática e auto-sustentável, protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas.
- Deslocar o eixo central de ensino médico da idéia exclusiva da enfermidade, incorporando noção integralizadora do processo saúde/doença e da promoção da saúde, com ênfase na atenção básica.
- Propiciar a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde.
- Favorecer a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes, visando prepará-los para a auto-educação permanente num mundo de constante renovação da ciência. (BRASIL, 2002a, p.19).

O referido edital indica, também, como imagem objetivo a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares – para um outro processo em que a formação esteja sintonizada com o SUS, em especial com a atenção básica, e que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população na esfera familiar e comunitária e não apenas na instância hospitalar.

Tal movimento deve estar sustentado na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem

centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento.

As novas interações devem estar sustentadas também em relações de parceria entre as universidades, os serviços e grupos comunitários, como forma de garantir o planejamento do processo ensino-aprendizagem, focalizado em problemas sanitários prevalentes.

8 A UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR

A Universidade Federal do Paraná é uma instituição pública de ensino superior, que iniciou suas atividades em 1912 e hoje desenvolve diversas atividades através dos cursos de graduação, especialização, mestrado e doutorado, além de ações de extensão e pesquisa.

Além dos campi em Curitiba, a UFPR dispõe de outras instalações em Palotina e no litoral do estado do Paraná. No que diz respeito ao ensino, disponibiliza várias opções de cursos de Ensino Superior; de Residência Médica; de especialização; de Mestrado; de doutorado; cursos técnicos profissionalizantes regulares, cursos de nível médio regulares; além de cursos técnicos especiais (via convênio) e cursos técnicos à distância através de sua Escola Técnica.

O Curso de Medicina da UFPR teve início em 1914, dois anos após a abertura da Universidade. Atualmente, oferece 176 vagas com início no 1º e 2º semestres nos turnos da manhã e da tarde com duração de seis anos.

O currículo do curso é estruturado de forma tradicional, com alguns traços inovadores introduzidos na reforma ocorrida entre 1993 a 1996. Obedece a uma divisão que agrupa nos primeiros três semestres as disciplinas básicas como anatomia, fisiologia, histologia, bioquímica, parasitologia, embriologia, bioestatística, entre outras. Na seqüência, numa fase intermediária, com o ciclo profissionalizante, os estudantes iniciam o contato com pacientes, em torno dos assuntos de cardiologia, pneumologia, ortopedia, oftalmologia, pediatria, ginecologia, neurologia, entre outros.

Nos 10º e 11º períodos ocorrem os estágios obrigatórios em quatro grandes áreas da Medicina: cirurgia, clínica médica, pediatria e tocoginecologia. No 12º período, o estudante elege quatro áreas, entre aquelas de sua preferência, para as atividades dos estágios optativos. A maioria das atividades ligadas mais diretamente à assistência ocorre no Hospital de Clínicas, que é um hospital-escola de referência para a execução de procedimentos de alta complexidade, onde os estudantes têm contato com as enfermidades mais graves, que, freqüentemente, exigem intervenções mais complexas.

Desenvolvem-se ainda atividades de ensino no Hospital Vitor do Amaral (maternidade de baixa complexidade), no qual os estudantes têm contato com

procedimentos de baixa complexidade, como partos normais, e no Hospital do Trabalhador (pronto-socorro). Além disso, há também atividades de assistência ambulatorial geral em Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), nas quais os estudantes têm contato com as enfermidades mais comuns, cujo manuseio requer menor densidade tecnológica.

8.1 ANTECEDENTES DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR

No final da década de 1980, a coordenação do curso de Medicina, convicta de que deveria formar um médico generalista, buscava formas de reduzir a carga horária das especialidades, pois entendia que, como estava configurado, o curso induzia uma especialização precoce o que prejudicava aquele intento. Entendia, também, que a formação de então não conferia terminalidade, mas formava um pré-especialista.

Como medida estratégica para a implantação das mudanças que julgava necessárias, buscou a assessoria da Pró-Reitoria de Ensino e Pesquisa e iniciou um movimento no sentido de reunir argumentos favoráveis de professores, alunos e egressos que comungavam daquela idéia.

A reestruturação curricular introduzida entre 1993 e 1996 resultou, portanto, dessa ação, iniciada em 1989, num esforço conjunto do Setor de Ciências da Saúde, da Coordenação do Curso de Medicina e da Pró-Reitoria de Ensino e Pesquisa, atual Pró-Reitoria de Graduação.

Representantes dessas instâncias da Universidade, liderados pelo coordenador do curso de Medicina, constituíram um Grupo Gestor de Pesquisa, que realizou uma investigação junto a alunos, professores, médicos residentes e egressos sem residência, buscando obter suas opiniões sobre o processo de formação do médico na UFPR e sua adequação à realidade social brasileira.

Sob a influência do movimento nacional e internacional que buscava impulsionar as mudanças na formação médica, em especial a Conferência Mundial de Educação Médica de Edimburgo, em 1988, assim como a Comissão

Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas – CINAEM, instituída no Brasil em 1991, definiram-se eixos de transformação curricular e o novo perfil do médico a ser formado.

Segundo o Relatório da pesquisa citada, esse profissional deveria estar capacitado para atuar no processo saúde-doença de forma mais abrangente, com sensibilidade para intervir nos aspectos sociais deste processo e treinado para resolver os problemas de saúde de maior prevalência. (UFPR, 1991).

Advogava-se que a obtenção de um egresso com esse perfil demandava mudanças curriculares tais como: a integração de disciplinas, dos departamentos, do ciclo básico com o profissionalizante, a integração dos estágios entre si e com a rede primária de atendimento; a inserção precoce do estudante junto à comunidade; a adequação do conteúdo priorizando as patologias mais freqüentes, na busca de uma formação generalista.

Apontava-se também para a necessidade de redução da carga horária do curso, das 8670 horas para 5850 horas, carga horária máxima recomendada naquela época pelo Conselho Federal de Educação. A redução do número de disciplinas também era recomendada, como estratégia para desfazer o caráter de super especialização do formando. Mesmo que a carga horária efetivamente cumprida fosse inferior àquela formalmente estabelecida, havia uma grande quantidade de tempo disponível para as disciplinas das especialidades, utilizadas para assuntos muito específicos, de interesse maior para o professor pesquisador do que para os alunos em formação. A descrição detalhada de cirurgias para situações de extrema raridade ilustra bem aquela realidade.

Isso consistia em mais um forte argumento para a redução da carga horária, principalmente das disciplinas cirúrgicas, que possuíam uma equivalência com as clínicas, por se entender que extrapolavam as necessidades de formação de um médico generalista.

Com a redução de carga horária, o curso ocuparia, com as disciplinas, 25 horas semanais, possibilitando aos departamentos desenvolver, com os alunos de Medicina, outras atividades tais como disciplinas optativas, atividades de extensão, pesquisa e atendimento à população (UFPR, 1991). “Assim, o graduando em Medicina constituiria o seu currículo individualizado, formado pelo currículo mínimo

mais as matérias e atividades complementares, desenvolvidas durante o curso”. (UFPR, 1997).

As discussões da época também destacavam as questões de método de ensino e aprendizagem. A necessidade da introdução de pedagogias que permitissem maior iniciativa do aluno, que o instigasse a identificar, por si só, os conhecimentos necessários para a solução dos problemas com os quais se defrontasse no atendimento aos pacientes.

Entre as principais dificuldades para concluir o curso destacava-se o fato das disciplinas serem muito teóricas, com carga horária semanal excessiva, não permitindo a fixação do conhecimento por parte do aluno.

Os egressos imputavam as principais dificuldades que encontravam no exercício profissional ao fato de o ensino médico não ser adaptado à realidade, à falta de atividades práticas durante o curso e, com muito menor importância, ao desconhecimento teórico das situações encontradas.

Professores, egressos e estudantes expressavam seu descontentamento por entender que o curso não formava um médico que respondesse às exigências da sociedade brasileira naquele momento.

Todos os entrevistados, principalmente os professores, apontavam para o fato de que o ensino era excessivamente teórico, fragmentado e centrado em patologias “terciárias”.

Mais de 90% dos alunos e cerca de 40 % dos professores e egressos consideravam a carga horária e o número de disciplinas excessivo.

Todos os grupos ouvidos insistiam na necessidade de integrar os professores, as disciplinas entre si, o ciclo básico com o profissional e o internato, o que evitaria repetições de conteúdos e desenvolveria o raciocínio clínico.

Sugeriam uma atuação precoce do aluno junto à comunidade e apontavam a necessidade de “intermediação do médico nos aspectos sociais que influem no binômio saúde-doença”. A exposição precoce do aluno, em atendimento de saúde, contribuiria, segundo os professores, para a conscientização da importância da profilaxia dentro da realidade social contatada.

Os professores que se aliavam ao pensamento da coordenação de então, argumentavam, também, que era necessário aumentar as atividades práticas no ciclo básico. No ciclo profissionalizante, embora a relação teoria-prática estivesse

melhor, a residência acabara por ocupar os espaços de prática anteriormente disponíveis para os graduandos. Recomendavam outros cenários de aprendizagem além do Hospital de Clínicas, como os postos de saúde e pronto-socorro. Apontavam para a necessidade de formar um médico que visse o paciente em sua integralidade, não apenas como doença. Concordavam que o número excessivo de disciplinas estaria ligado às especialidades médicas, que deveriam ser ensinadas apenas na pós-graduação. Advogavam que a redução da carga horária permitiria ao aluno freqüentar bibliotecas, laboratórios e maior vivência com os professores.

Os alunos, por sua vez, destacavam a necessidade de seqüência entre as matérias, que deveriam ser integradas e com continuidade entre si. Solicitavam mais atividades práticas, mais atendimento com orientação, o mais precoce possível. Reclamavam também da carga horária semanal excessiva, com janelas, e do desequilíbrio teoria-prática. Destacavam a necessidade de investir na compreensão do binômio saúde-doença, da visão do paciente como bio-psico-social, e da formação generalista.

Destacaram algumas disciplinas, reconhecendo a importância da Saúde Comunitária para preparar o médico “para fazer medicina preventiva”, atuar politicamente nos aspectos sociais, mas com a ressalva de que isso deveria ser feito sem as imposições ideológicas, como entendiam que a disciplina realizava. Solicitavam a mudança da Farmacologia e da Imunologia do ciclo básico para mais tarde, junto às disciplinas clínicas. Quanto às disciplinas de Biofísica e Bioestatística solicitavam maior inserção no contexto da medicina, por entendê-las muito descoladas da prática médica. Da cirurgia reclamavam a freqüente ausência e inadequação de professores. Solicitavam ainda que o período de provas fosse mais bem distribuído, de modo a evitar que acumulassem todas numa mesma época.

Do internato reclamavam maior participação ativa e responsabilização dos alunos sobre os pacientes, pois a presença dos residentes havia subtraído importante espaço de atuação e aprendizagem.

Os egressos, por sua vez, concordavam com a necessidade de treinamento junto à comunidade, em ambulatório, não só no Hospital de Clínicas, preconizando atividades práticas mais freqüentes e melhor orientadas em ambulatórios fora do HC e em pronto atendimento. Para eles, apesar do número excessivo de disciplinas, o curso não contemplava necessidades de aprendizagem como as referentes ao

pronto-socorro. Recomendavam maior valorização das ações generalistas, multiprofissionais e coletivas, em relação às individuais especializadas, além de uma formação que garantisse uma “visão clara sobre as questões sociais e políticas”.

Deve-se ressaltar que esse resultado que aparece na pesquisa como se expressasse a visão geral dos professores, sofre questionamentos de professores das especialidades, que discordam dos mesmos com veemência. A resposta àquela investigação, realizada no final dos anos 80, contou com a participação muito mais intensa tanto dos professores, quanto dos alunos que estavam mais envolvidos com o movimento de reformas e, portanto, mais afinados com o pensamento reformista.

8.2 A REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR

A partir dessas influências, externas e internas à UFPR, desencadeou-se uma importante reforma no curso de Medicina no período de 1993 a 1996.

Vale ressaltar que, embora essa reforma tenha sido anterior à publicação das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, guarda grande coerência com as mesmas, uma vez que os princípios que as norteiam emanam das mesmas fontes, pertencentes ao movimento que se iniciou na década de sessenta conforme citamos anteriormente.

As mudanças implantadas visavam, então, superar deficiências supostamente ligadas à especialização precoce; à fragmentação do conhecimento; às dissociações teoria-prática, ensino-serviço, ciclo básico - ciclo profissionalizante; à centralidade na doença e não no paciente e ao enfoque meramente biológico, individual, que desconsidera a determinação social do processo saúde doença.

Buscou-se organizar um currículo voltado à formação do médico geral,
com condições de atuar com resolutividade e eficiência em problemas prevalentes de saúde, devendo ter garantida a continuidade deste processo educacional através de iniciativas pessoais e institucionais (educação continuada institucionalizada). (UFPR, 1997)

Definiu-se que o médico a ser formado deveria ter como principais características:

Capacidade de solucionar as necessidades da nossa comunidade, do mercado e da realidade da saúde;

Capacidade de resolver os problemas, dentro de uma concepção bio-psico-social de saúde, integradamente com outros profissionais de atenção à saúde;

Capacidade de atuar em ambulatórios, centros de saúde comunitário e rurais e hospitais;

Capacidade de assegurar ao graduando a capacidade de resolução dos problemas mais freqüentes do processo saúde-doença;

Formação generalista na graduação assegurando condições para a realização de especialização na pós-graduação de uma forma mais eficiente. (UFPR, 1997)

8.2.1 Método pedagógico

Mudanças no método de ensino, propriamente dito, não ocorreram de modo significativo. Ficaram na dependência da iniciativa de alguns professores que tiveram maior contato e adesão às proposições problematizadoras emanadas do movimento já mencionado.

Estas propostas filiam-se àquele grupo de metodologias não diretivas, que estimulam o aprender a aprender, o aprender fazendo, através da solução de problemas, mais do que a pura transmissão de conteúdos. Para tal recomenda-se: reduzir a carga horária de sala de aula o que permitiria a busca ativa dos conhecimentos pelos quais o estudante se interessasse; o trabalho com pequenos grupos de alunos e um professor que, mais do que ensinar, deve ser um facilitador da aproximação dos alunos ao conteúdo que lhes parecer necessário para a solução do problema eleito. Neste processo a avaliação deve ocorrer no sentido de perceber o desenvolvimento, pelo estudante, destas capacidades para a solução dos problemas a partir da busca autônoma dos saberes necessários.

Quando indagados sobre as mudanças pedagógicas, nossos entrevistados, em geral, mostram-se insatisfeitos, por considerarem que pouco avançaram no sentido da adoção de pedagogias com as características acima enunciadas.

Nesta escola, mesmo após a reforma, persistiu o ensino marcado pela transmissão de conhecimentos em sala de aula e o que se avalia, salvo raras

exceções, é, fundamentalmente, a apropriação das informações em provas de múltipla escolha ou, eventualmente, dissertativa.

Uma exceção importante é constituída pela disciplina de propedêutica médica, que busca realizar uma avaliação por competências, na qual o aluno repete tantas vezes quantas forem necessárias para atingir o desempenho estabelecido.

Se as avaliações deveriam, sob a nova ótica pedagógica, contemplar uma análise do progresso individual não só do domínio dos conteúdos, mas das atitudes e habilidades necessárias para o bom desempenho profissional, segundo o testemunho dos professores isso não tem sido possível.

Nas disciplinas, devido ao pouco número de professor, não há como ter um acompanhamento de perto. Isso é impossível realmente. Na nossa disciplina se avalia a apresentação do grupo. A maneira que ele conseguiu passar a mensagem para a turma do objetivo que se pretendia. Na nossa disciplina a avaliação é por grupo.

Quanto à questão de “aprender fazendo”, somente no internato existem oportunidades sistematizadas para que ocorra, característica essa não advinda da reforma. No geral não houve grande aumento das atividades práticas, muitas vezes houve redução, sendo freqüente o descumprimento do horário formalmente estipulado das atividades das Práticas de Ambulatório Geral (PAG).

Muito das cargas horárias das disciplinas clínicas passou para os PAG, porém, em vários, das 4h só funcionava 30 min a 1h, principalmente nos do hospital. Muitas vezes os alunos atendiam e deixavam os pacientes aguardando para liberar quando o professor chegasse (bem mais tarde). (grupo focal com alunos)

Em algumas situações de aulas práticas este tipo de aprendizagem ocorre também, mas apenas no que se refere a técnicas laboratoriais, freqüentemente divorciadas da prática médica assistencial. Como exemplo disso, os professores entrevistados citaram a realização, pelos próprios alunos, de cultura de microorganismos a partir da própria saliva.

Quanto ao aprender a aprender, alguns professores valorizam positivamente tal estratégia, reconhecendo a importância do direcionamento do estudo, como fica claro nos depoimentos a seguir:

a gente tem priorizado a ensinar o aluno a pensar, para que depois ele aprenda a estudar, já que ele vai ter que estudar pelo resto da vida, vai ter que se atualizar. Isso que a gente

tem priorizado no nosso ensino, mas não de ministrar todo o conteúdo que é impossível, com a carga horária que ficamos.

ensinar a estudar é uma coisa importante. Eu particularmente gosto muito. Eu demorei muito nos primeiros anos de faculdade para aprender a estudar Medicina, o que era importante e o que não era importante, o que é importante ler no livro texto, o que eu tenho que ler em um artigo, quando tenho um paciente onde que eu vou estudar primeiro.

A mudança curricular, no entanto, não trouxe praticamente nenhuma iniciativa concreta a este respeito. Isto só ocorre quando o aluno, por sua própria conta, busca aprender algo além do que foi repassado em aula, o que já ocorria antes da reforma.

8.2.2 Integração e interdisciplinaridade

Antes da referida reforma a comunicação entre os diversos professores era muito restrita. Praticamente nenhum professor conhecia o conteúdo e a distribuição dos assuntos das outras disciplinas. Com essa reforma os professores foram cada vez mais se encontrando em reuniões, que permitiram, segundo seus depoimentos, conhecer as outras disciplinas e seus respectivos professores.

Com o intuito de sanar a fragmentação do conhecimento, a divisão estanque das disciplinas, foram instituídas atividades interdisciplinares, que constituiriam momentos nos quais professores de diversas disciplinas apresentariam aos alunos um mesmo assunto, cada qual com a ótica de sua área de conhecimento.

Assim, por exemplo, professores de patologia, anatomia, cardiologia, cirurgia torácica e cardiovascular, fisiologia, nefrologia, reunidos em uma mesma sala, discutiriam diversos aspectos pertinentes a uma enfermidade do coração, proporcionando aos estudantes a integração dos saberes de cada área. Esse tipo de integração acabou não ocorrendo, ao contrário, os professores acabaram por fragmentar a disciplina integrada, fazendo acordos de quantas semanas cada um utilizaria para a sua matéria, para totalizar a carga horária no final.

Outra medida visando aproximar os assuntos mais afins foi a criação de disciplinas integradas, nas quais disciplinas como anatomia, fisiologia, histologia,

seriam ministradas concomitantemente, buscando ajustar, inclusive, os assuntos das aulas. Por exemplo: quando a anatomia estivesse apresentando a morfologia do fígado, a histologia estaria também demonstrando os aspectos microscópicos do tecido hepático e a fisiologia apresentando o funcionamento do órgão. Estes módulos, agregando um número menor de disciplinas a serem cursadas simultaneamente, acabam por encurtar a duração das mesmas.

Operou-se, também, uma grande redução da carga horária das disciplinas “profissionalizantes” e sua inserção em disciplinas integradas de clínica e cirurgia (I, II, III e IV), do 6° ao 9° períodos. Assim, cardiologia, pneumologia, nefrologia, endocrinologia etc. desapareceram do currículo como disciplinas obrigatórias e mantiveram uma reduzida carga horária para apresentar seus assuntos numa disciplina integrada de clínica e cirurgia.

No ciclo profissionalizante, mais do que no básico, a desejada integração interdisciplinar não ocorreu. Ao contrário, em algumas situações o efeito foi exatamente inverso. Disciplinas clínicas e cirúrgicas, ao comporem um mesmo módulo, acabaram por fracionar ainda mais os conteúdos.

Uma vez que essas disciplinas foram picadas em módulos, o módulo do aparelho digestivo, o módulo do aparelho urinário, o módulo do sistema endócrino, foi natural já picar o sistema endócrino na ótica do cirurgião, o aparelho urinário na ótica do clínico e na ótica do cirurgião.

Quanto à integração entre o ciclo básico e o profissionalizante a efetivação tem sido ainda mais difícil.

Ele passa por uma determinada disciplina, biologia celular, por exemplo, acende a luz, ele passa, apaga a luz, ele vai pra outra. Não há uma continuidade. Aquilo que foi dito lá não é repetido, não é usado como exemplo, ele não é chamado a raciocinar em cima daqueles elementos.

A introdução de casos clínicos como motivadores da aprendizagem tem apresentado resultados satisfatórios para alguns professores do ciclo básico, que referem menor interesse dos alunos quando não se estabelece um nexo entre o assunto tratado e alguma situação clínica freqüente no atendimento à população.

Os conteúdos básicos teriam que ser retomados nas profissionalizantes, mas os professores consideram que já são do domínio dos estudantes. Poucos retomam a fisiologia, anatomia etc. Continua a dissociação básico profissionalizante profissionalizante-internato.

8.2.3 O Ambulatório geral como espaço das novas atividades práticas

A reforma instituiu importante mudança ao proporcionar o contato do estudante com os serviços de atendimento a partir do 6º período do curso, o que ocorreu em disciplinas denominadas “Prática de Ambulatório Geral – PAG”. Pretendia-se que o contato dos estudantes com os pacientes, no atendimento ambulatorial não especializado junto aos preceptores, recuperasse a unidade teoria-prática e reduzisse a distância ensino – serviço, adequando o primeiro às necessidades e à realidade do segundo.

As atividades das PAG passaram a ocorrer nos períodos iniciais (6º e 7º) do curso, em unidades de saúde do SUS. Ou seja, em cenários da Saúde Pública, onde se pressupõe que sejam atendidos os problemas mais comuns, mais simples, do âmbito do médico generalista e que o enfoque esteja centrado no coletivo, nos “fatores sociais” e, portanto, onde se observem as questões da saúde doença sob a tríplice perspectiva “bio-psico-social”.

As PAG sempre funcionaram com muita dificuldade nas Unidades de Saúde, pois, estas não estavam preparadas para receber as atividades acadêmicas, fosse pela falta de espaço físico ou de profissionais disponíveis e capacitados para realizar a supervisão dos alunos. Os professores da Universidade não queriam supervisionar esse atendimento nas Unidades de Saúde e os médicos próprios dos serviços também não queriam atuar como orientadores, porque assumiriam uma sobrecarga muito grande de trabalho, sem melhoria de salário.

Nos semestres subseqüentes (8º e 9º) as atividades das PAG deveriam ocorrer em ambulatórios gerais localizados no hospital, não podendo aproveitar o serviço, já existente, de Pronto Atendimento, que estava ocupado pelos alunos do 6º ano. Novos ambulatórios tiveram que ser estruturados de modo a permitir aos alunos o acompanhamento de pacientes que chegavam sem referência para uma especialidade, o que permitiria uma prática de medicina geral, com o estabelecimento de diagnóstico inicial dos problemas e encaminhamentos necessários.

A introdução dessas atividades foi bastante difícil. O corpo de professores, composto por especialistas, teve que assumir o ensino de questões básicas gerais, para as quais não estava preparado.

eu como cirurgião de joelho fui para o PAG e não sabia examinar coração (...) os ortopedistas todos que foram para o PAG, eles claudicavam nas coisas que não fazem todo dia, como examinar um fundo de olho, como ver uma garganta, como examinar um ouvido e quando chegava na articulação dava um show.

poucos professores do departamento de Cirurgia podiam ir ao PAG de cabeça erguida e dizer “eu sei examinar um paciente”, porque um era especialista só no pé, outro só no cotovelo e viviam isso o dia inteiro e teriam então, que fazer um curso de exame geral e de semiologia pra poder dar aula no PAG.

Como os professores “deslocados” para a atividade de supervisão eram esses especialistas de diversas especialidades, escolhiam pacientes cuja queixa mais se aproximasse de sua área de atuação. Disso resultou um ambulatório composto de diversas especialidades, cuja somatória deveria representar o conhecimento geral a ser adquirido pelo médico não especialista, mantendo, portanto, a distorção que inicialmente procurava-se solucionar.

8.2.4 Conteúdo

Quanto ao conteúdo observou-se que, no geral, as atividades de ensino aprendizagem não foram, necessariamente, estruturadas a partir das necessidades de saúde da população, mas, freqüentemente, conforme a importância dada ao tema pelos professores.

A redução de carga horária implicou num recorte do conteúdo com diferentes repercussões sobre as disciplinas básicas e profissionalizantes. Se para ambos os grupos de disciplinas utilizou-se um critério marcado pelo pragmatismo, nas disciplinas básicas isso resultou na seleção daqueles assuntos de maior aplicabilidade imediata no trabalho do médico. Nas disciplinas profissionalizantes significou, além da escolha dos assuntos mais diretamente ligados à operacionalização do diagnóstico e tratamento, a seleção, na maioria das vezes, das doenças e situações mais comuns na prática de ambulatório geral.

8.2.4.1 Mudanças nas disciplinas do ciclo básico

Para as disciplinas do chamado ciclo básico, ou seja, aquelas que compõem a base científica da formação médica, houve uma redução geral de carga horária de 135 horas.

TABELA 1 – DEMONSTRANDO AS MUDANÇAS NO CICLO BÁSICO ADVINDAS DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR

ANTES	DEPOIS	Diferença
Estudo dos Problemas Brasileiros	EXTINTA	
Educação Física	EXTINTA	
Citologia 105	Biologia celular 90	-15
Genética Médica 60	Genética e evolução 40	-20
Bioestatística 60	Bioestatística 60	0
Histologia e embriologia geral 105	Histologia e embriologia I 90	-15
Anatomia Médica A e A M B 120+120	Anatomia Médica I 170	-70
Anatomia Médica III e A M IV 120+120	Anatomia Médica II 170	-70
Histologia e Embriologia Médica 105	Histologia e Embriologia II 90	-15
Biofísica 75	Biofísica I 90	+15
Bioquímica celular 90	Bioquímica I 120	+30
Bioquímica animal 60	Bioquímica II 60	
Fisiologia Médica I 75	Fisiologia humana I 170	+110
Fisiologia Médica II 75	Fisiologia Humana II 90	
Farmacologia Médica I 75	Farmacologia Básica 90	+ 15 no papel
Farmacologia Médica II 75	Sem equivalência	- 60 no real
Microbiologia médica A 90	Microbiologia Médica 90	0
Parasitologia Médica 75	Parasitologia Médica I 90	+ 15
Imunologia 45	Imunologia Médica 80	+ 35
Patologia Geral: Saúde e Doença 90	Introdução à Patologia Médica 70	0
Patologia clínica A 60	Patologia Clínica B 80	0
Anatomia Patológica A 240	Anatomia Patológica B 180	- 60
Propedêutica Médica A 165	Propedêutica Médica I e II 90+90	- 30
Propedêutica Médica B 165	Propedêutica Médica III 180	
	Genética Médica 40	
TOTAL		-135

FONTE: UFPR (1997)

Disto resultou a obrigatoriedade de revisão do conteúdo, o que significou, segundo os professores entrevistados, a retirada de assuntos muito específicos como fica claro na fala de um dos professores do ciclo básico.

Na minha disciplina o que mudou foi o detalhe, a gente não aprofunda até biologia celular, molecular, das células que estão em um determinado órgão, e também nem temos tempo de poder abordar certos aparelhos e sistemas de igual importância, por exemplo: os órgãos dos sentidos, não são tão explorados. Temos que dar ênfase ao aparelho urinário, digestório, o endócrino, respiratório, e acabou o tempo.

Apesar da redução na carga geral das disciplinas básicas, algumas mantiveram sua carga horária e outras tiveram aumento da mesma. As reduções mais importantes ocorreram na Anatomia, com redução de 140 horas, Farmacologia e Anatomia Patológica com redução de 60 horas. Fisiologia, com 110 horas, Imunologia, com 35 e Bioquímica com 30, foram as disciplinas que mais tiveram acréscimo de carga horária.

A Fisiologia, que passou de uma carga horária de 150 para 260 horas, representando, em 10 semanas, 17 horas de aula semanais por aluno, pode destinar maior carga horária por assunto, bem como a abordagem mais detalhada de alguns aspectos que anteriormente eram tratados de forma mais superficial.

O professor de Imunologia, que também teve sua carga horária ampliada, afirma que os estudantes agora poderão sair sabendo profundamente a matéria.

Um conhecimento teórico reforçado. Não posso abrir mão daquilo que é mais complicado, porque amanhã lá na frente alguém vai precisar.

Por outro lado, como estas disciplinas foram compactadas em módulos, houve grande redução da duração das mesmas, o que proporcionou um contato muito intenso, porém fugaz, o que, na palavra dos entrevistados, ocasionou prejuízo na acomodação e maturação dos conteúdos abordados e grande redução no contato professor-aluno. Ou seja, o resultado obtido foi exatamente o oposto àquele intentado, conforme se enunciava no momento de planejamento dessas reformas, quando se explicitava a intenção de proporcionar maior contato do estudante com o professor e se queixava que o fato das disciplinas serem muito teóricas, com carga horária semanal excessiva, não permitia a fixação do conhecimento por parte do aluno.

Embora, no ciclo básico, de modo geral os conteúdos tenham sido pouco reduzidos, parece que a ameaça de perda não se desvaneceu. Há hoje uma idéia muito forte de que os conteúdos do básico deveriam sofrer um recorte mais utilitarista, o que fica evidente em diversos depoimentos de professores do ciclo profissionalizante e da coordenação do curso.

eu, por exemplo, se fosse aluno não iria na aula se tivesse um conteúdo aprofundado em Biofísica e não tivesse nenhuma ligação com a prática, eu não me interessaria pela aula.

ele lá não pensa o que vai ser da assistência, ele não está recortando nada, lá ele está dando tudo aquilo que ele acha que precisa. Tem malária no PR? Não tem! E como dizer para a parasito que não precisa entrar nessa profundidade? Por exemplo, tem uma professora da parasito que é de Minas Gerais e as doenças parasitárias que se tem em Minas Gerais não temos aqui, mas ela considera que é importante o aluno saber tudo, mesmo não sendo prevalente na nossa região.

no 2º período do curso há uma disciplina de biofísica que vê a irradiação, raio gama, raio beta, etc., que não precisa para um médico, dada como disciplina obrigatória para todos os alunos.

na base, duvido que 10% do que eles aprendem na bioquímica terá função durante sua vida profissional.

essa reforma anterior que retirou a carga do profissionalizante, manteve o básico com uma estrutura muito grande.

temos um básico de primeiríssima qualidade para quem quer realizar residência nos EUA.

Os professores do ciclo básico, por sua vez, concordam que, na maior parte das vezes, seus conteúdos não se articulam com a assistência, mas consideram que são fundamentais, imprescindíveis e, algumas vezes, ainda insuficientes.

Mesmo com um conteúdo menor do que era, mas mesmo assim é um conteúdo extenso, fundamental, do qual não se pode poupar e não há tempo de se aprofundar na parte pedagógica do aluno.

Relatam que houve uma mudança, no sentido de enfatizar o que é mais prevalente, de “podar os rodapés”, os casos raros, os pormenores, com redução da teoria buscando preservar os espaços de prática.

Houve uma seleção na profundidade. No ciclo básico não tem como não dar o sistema respiratório por exemplo. Aquilo que já era dado antigamente. Agora a parte teórica foi enxugada nesses detalhes. Houve um corte do conteúdo de cada assunto em detrimento da parte teórica. A parte prática continuou intocável, mas o conteúdo teórico foi enxugado.

Embora considerem que os assuntos importantes continuam sendo os mesmos, afirmam que não conseguem ver todo o programa

nem na histologia e nem na embriologia, devido à redução da carga horária, antigamente tinha mais tempo. Nos órgãos dos sentidos se dá uma breve passada, mas na embriologia não tem tempo mesmo para dar esse assunto.

Os professores da farmacologia consideram que a reforma trouxe perdas, pois a disciplina abriu mão de parte do conteúdo que era ministrado anteriormente, em prol da integração com o profissionalizante, o que efetivamente não ocorreu. A disciplina acabou perdendo espaço, e conteúdo, restando apenas o que é mais básico.

Acho que isso foi um pouco negativo e a gente acabou perdendo inclusive espaço, conteúdo. Foi reduzido o conteúdo da farmacologia, a gente se fixou no que inclusive é um dos princípios da reforma, no que é mais básico e fundamental.

A análise da modificação realizada na disciplina de Anatomia, que teve a maior redução de carga horária das disciplinas básicas, nos permite verificar a retirada de conteúdos propedêuticos, conteúdos gerais e introdutórios que contextualizam o estudo e, de certa forma, apresentam a lógica da disciplina.

A ementa da disciplina, anteriormente à reforma continha os seguintes assuntos:

1. Introdução ao estudo da anatomia como disciplina informativa, normativa e ético-moral
2. Conceitos, divisões e métodos de estudo da anatomia
3. Planos e termos de descrição em anatomia

4. Nomina anatômica: história e princípios
5. Plano geral de construção dos vertebrados
6. Princípios de construção do corpo humano
7. Noções sobre órgãos, sistemas e aparelhos.
8. Sistema tegumentar e anatomia de superfície
9. Anatomia funcional do aparelho locomotor
10. Conceito e arquitetura geral das vísceras
11. Anatomia dos sistemas construtivos
12. Consideração sobre unidades funcionais.
13. Neuroanatomia

Após a reforma, a disciplina caracteriza-se por introduzir diretamente o estudo descritivo de cada região anatômica, iniciando pelo membro inferior, conforme abaixo:

1. Ossos
2. Tela subcutânea
3. Nervos
4. Músculos

Complementada pela descrição de regiões anatômicas com características específicas em cada segmento do corpo humano.

Na disciplina de Genética, as modificações incluem a retirada daqueles assuntos considerados de domínio do especialista. Chama a atenção a supressão das atividades práticas, que se imaginava seriam supridas pelas atividades das PAG, mas que na realidade não o foram.

QUADRO 1

GENÉTICA MÉDICA (anterior à reforma)	GENÉTICA E EVOLUÇÃO – MEDICINA (posterior à reforma)
Programa teórico	
Introdução. Importância da Genética Médica. Revisão de alguns conceitos básicos.	Ácidos nucleicos. Estrutura e replicação.
Citogenética normal e patológica. Cariótipo normal; cromatina sexual.	Evidências de que o ADN é o material genético. Transcrição e tradução genética.
Aberrações cromossômicas e cariótipo anormal	Código genético
Aberrações cromossômicas e intersexo	Mecanismo e regulação gênica
Herança multifatorial e sua importância em Genética Médica. Estudo dos dermatoglifos.	Análise da ultra-estrutura do gene
Defeitos enzimáticos. Hemoglobinopatias.	Estudo geral das mutações gênicas. A natureza molecular da unidade de mutação
Noções de imunogenética	Mecanismos genéticos da resistência bacteriana
Genética dos sistemas sanguíneos eritrocitários	Cromossomos dos procariotos
Malformações congênitas	Cromossomos dos eucariontes. Mitose e meiose
Síndromes dismórficas e deficiência mental	As leis básicas da hereditariedade humana
Aplicações médicas dos conhecimentos genéticos. Nosologia das doenças genéticas. Diagnóstico pré-natal.	Princípios de manipulação gênica
Prevenção e tratamento das doenças genéticas	Metodologia do ADN recombinante e suas aplicações na medicina
Aconselhamento genético	Evolução dos seres vivos
Implicações médicas da teoria da evolução orgânica	
Programa prático	
Genealogias. Confecções e análise.	
Análise de caracteres simples.	
Cromossomos e cromatina sexual. Identificação e análise.	
Dermatoglifos. Coleta e análise.	
Grupos sanguíneos. Técnica de tipagem e freqüência populacional.	
Ambulatório de Genética Médica.	
Discussão de Casos Clínicos	

FONTE: UFPR (1997)

8.2.4.2 Mudanças nas disciplinas do ciclo profissionalizante

A grande modificação de conteúdo ocorreu, mesmo, no ciclo profissionalizante, com a redução importante de carga horária de disciplinas das diversas especialidades clínicas e cirúrgicas.

Essa redução obrigou necessariamente um recorte do conteúdo.

A divisão dos conteúdos deveria ser proporcional à frequência com que o médico generalista se deparasse com cada assunto em sua prática assistencial, favorecendo disciplinas como a cardiologia e retirando espaço de disciplinas como a cirurgia torácica, o que acabou não acontecendo.

A divisão ocorrida, no entanto, deixou espaço insuficiente para disciplinas essenciais na formação do generalista. Para aqueles estudantes que tivessem interesse em aprofundar os conhecimentos em cada área foram criadas disciplinas optativas, geralmente com número de vagas menor que o número total de alunos, na suposição de que nem todos teriam interesse em cursá-las.

TABELA 2 – MUDANÇAS NO CICLO PROFISSIONALIZANTE ADVINDAS DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR

ANTES	DEPOIS	DIFERENÇA
Pneumologia 60 Cardiologia e Angiologia A 90 Cirurgia Torácica e Cardiovascular 60 Otorrinolaringologia 45 Farmacologia Médica II 18,75 (273,75)	Clínica Médica e Cirurgia I 140	(seria compensado nas PAG) - 133,75s
Gastroenterologia A 90 Cirurgia do Aparelho Digestivo A 60 Endocrinologia e Metabologia A 60 Cirurgia Geral e Anestesiologia A 90 Nefrologia A 60 Urologia A 60 Farmacologia Médica II 18,75 (438,75)	Clínica Médica e Cirurgia III 180	- 258,75
Hematologia e Oncologia A 60 Dermatologia A 60 Doenças Infecciosas e Parasitárias A 90 Farmacologia Médica II 18,75 (228,75)	Clínica Médica e Cirurgia II (inclui cirurgia plástica) 140	- 88,75

Neurologia A 60 Neurocirurgia A 45 Oftalmologia 45 Reumatologia A 60 Traumatologia e Ortopedia A 90 Farmacologia Médica II 18,75 (318,75)	Clínica Médica e Cirurgia IV 140	- 178,75
Ginecologia A 90 Obstetrícia A 90 Reprodução Humana A 60 (240)	Tocoginecologia I II e III 60+60+60	- 60
Neonatologia 15 Cirurgia Pediátrica A 45	Pediatria e Clínica Cirúrgica I 60	0
Pediatra Social A 15 Clínica Pediátrica 45 Cirurgia Pediátrica 45	Pediatria e Clínica Cirúrgica II 60	- 55
Técnica Operatória e Bases de Cirurgia A 90 ou Técnica cirúrgica e cirurgia experimental 90	Técnica cirúrgica e cirurgia experimental I 90	0
Saúde mental 45	Psiquiatria III 60	+15
Psiquiatria I 60	Psiquiatria IV 60	
Psiquiatria II 60	Psiquiatria V 60	
Medicina Legal A 90 Deontologia Médica 30	Medicina Legal e ética 60	- 60
Saúde Comunitária I 90	Saúde Sociedade e Meio Ambiente 60	- 30
Saúde Comunitária II 90	Saúde e Trabalho 60	- 30
Saúde Comunitária III 90	Epidemiologia 60	- 30
TOTAL DE REDUÇÃO DE CH		- 910

FONTE: UFPR (1997)

Segundo alguns professores entrevistados, não houve perda de qualidade nos conteúdos abordados, mas a escolha dos assuntos mais freqüentes, com os quais se depara o médico generalista em atendimento à população em geral. Na clínica médica, por exemplo, identificou-se 80 situações clínicas que nenhum aluno deveria deixar de conhecer. Os conteúdos considerados como de domínio necessário apenas para o especialista deixaram de ser abordados, ou seja, abordam-se apenas as situações mais comuns, tentando não tornar o ensino superficial.

Isso foi alcançado de forma diversa em cada disciplina. O professor de cardiologia revela que não houve mudança no contato dos alunos com a tecnologia e os conhecimentos das especialidades e que o enfoque é ainda o hospitalar, de atendimento às situações mais graves. Mas, como o tempo disponível é reduzido, em relação ao anterior à reforma, muitos assuntos são tratados de forma superficial.

A gente nivela hoje informação que a gente passa, eu digo, mais pra baixo, informações bem mais baixas do que seria a nossa vontade, procurando atender a essa formação geral. Isso atende a expectativa da população? Esse médico que vai ser formado com esse nível de informação vai conseguir dar conta de atender a população adequadamente?

Visando sanar as insuficiências desse conteúdo obrigatório mínimo, a cardiologia passou a oferecer, para todos os alunos, uma disciplina optativa.

Para os professores das outras disciplinas e para a maioria dos estudantes entrevistados, conteúdos de disciplinas consideradas muito importantes como pneumologia, dermatologia, nefrologia, endocrinologia, traumatologia/ortopedia, entre outras, necessários para a formação do generalista, não são suficientemente abordados no espaço dos módulos.

Nós acabamos ficando comprimidos dentro de um currículo que tínhamos que dar toda a ortopedia e traumatologia em oito aulas.

Toda a endócrino foi dada em apenas 2 semanas. Não saímos sequer sabendo bem o diabetes. Não dá tempo de ver a fisiologia, fisiopatologia.

A Nefro não parte do conhecimento que os alunos têm. Não estabelece os nexos (fisiologia fisiopatologia) e assim não se entende o porquê das coisas. Na Cardio isto ocorre porque todos fazem a optativa.

Asma, hepatite etc., não cabe na carga horária obrigatória. Fica para as optativas.

A parte prática ficou muitíssimo comprometida. Duas ou três vezes em contato com pacientes de endócrino, por exemplo, é muito pouco.

A disciplina de nefrologia é muito desorganizada, sem conteúdo determinado. A optativa é boa, tem quatro alunos por professor. Quem não fez esta optativa não teve contato com pacientes e as bases da anatomia, fisiologia...

Em consequência disso, há, por um lado, a formação de “ligas acadêmicas” como a de endocrinologia e, por outro, a disputa por vagas, insuficientes, nas disciplinas optativas, que não servem para introduzir à especialidade, mas sanar as lacunas do conhecimento entendido como necessário para o generalista.

como essas disciplinas foram reduzidas a 140h, cada um fez um número de optativa que queria, por exemplo, havia 15 vagas para dermatologia para um curso de 90 alunos, e isso com um corpo docente de primeira em dermatologia. Então, o conteúdo grande das disciplinas ficou em optativas. Então o aluno fazia 140h de ‘tudo mistura’, onde um dia tinha retalho de pele e no outro estudo da coagulação, quer dizer, que interdisciplinaridade que teve?! E depois pegava essas optativas que 15 alunos disputavam a laço.

nós temos 15 que fazem radiologia como disciplina adicional, quer dizer imagem hoje em medicina é tudo, eu tenho 15 alunos fazendo uma disciplina optativa de radiologia.

Uma consequência importante, portanto, da redução da carga horária teórica e prática do ciclo profissionalizante, buscando desfazer seu caráter de especialização, foi a retirada de conteúdo, causando uma insatisfação que fica evidente na manifestação tanto de professores quanto de alunos em frase como:

temos o intermediário fraco;

temos um profissionalizante sem teoria;

no ensino profissionalizante precisa ter conteúdo que foi transferido para os PAG e que os professores não foram.

Em algumas disciplinas há uma clara opção pela simplificação dos conteúdos diante da redução do tempo disponível, como se evidencia no relato do professor a seguir:

a gente enfatiza o que é mais pertinente mesmo. Então, muito pouco se fala da farmacologia, detalhes, mas sim da sensação clínica que o paciente vai ter, como ele vai atender aquele caso.

entrar nos detalhes de saber quais são os mecanismos ficou contraído numa aula, no caso, a neuroendocrinologia, é uma aula apenas que você não entra em detalhes como num curso de seis meses ou um ano.

a Pediatria é dividida em especialidades: a neurologia, a

endocrinologia, a hematologia. Nós tentamos criar e colocar profissionais a nível de puericultura, que é aonde ensina as mães a atender as crianças para prevenir doenças, com a vacinação, alimentação...

quem dá oito aulas por semestre tem que racionalizar, porque senão não vai conseguir falar de nada. Tiramos muitas coisas que prezávamos no passado, com exemplo a formação importante e começamos a falar de entorse de joelho, fratura de falange, as coisas que mais têm! O que é mais prevalente, mas é frustrante! Você se sente o pior dos professores. vários professores entram na aula e falam 15 minutos sobre um assunto. Porque senão, dava a chance pra ele e ele falava 2h sobre o assunto e o assunto não merecia 2h. Em 15 minutos você vai lá e faz um conceito disso, como se faz o diagnóstico, quais são os exames que você pede e qual o tratamento que você dá.

Em muitos casos, no entanto, mesmo que marcada pela “utilidade”, a escolha dos conteúdos ainda ocorre com base na demanda do hospital, que está centrada numa prática especializada de atendimento de alta complexidade.

Os alunos que estão nos últimos anos, perdem tempo assistindo cirurgia de transplante hepático, enquanto não sabem dar pontos em pele, por exemplo.

Aqui no HC há uma colisão entre o interesse da formação e alta especialidade, ou a alta complexidade. Se você andar agora pela enfermaria, tem 18 leitos, você vai ver sistematicamente: cinco próteses de quadril pré ou pós-operatório, quatro de joelho, três colunas que foram instrumentadas com placa e parafuso. Fratura você não vê mais, porque é mandado para o HT e quatro ou cinco cirurgias de ombro ou mão de alta complexidade, prótese (...) quem é que ensina asma hoje nesse hospital? Ninguém mais. Agora, a asma, a urticária, quase não tem mais no hospital, porque o hospital é do SUS e o SUS manda pra cá os casos terminais e nós só fazemos coisas complicadas. No final, tudo aqui é alta complexidade...

Segundo os depoimentos dos alunos, nos grupos focais, mesmo quando se opera o recorte de assuntos relativos às doenças mais comuns, sua abordagem é “sob a ótica do especialista”. Para eles, no entanto, salvo raras exceções, nas diversas disciplinas continua havendo grande ênfase no diagnóstico e tratamento das doenças raras e muito pouco investimento na compreensão da fisiologia e fisiopatologia dos processos patológicos em geral. Muitas das doenças comuns não

são sequer abordadas (dengue, febre amarela, malária...), assim como procedimentos mais simples e comuns, necessários para a formação de um médico geral.

Falta o aprendizado de questões de cirurgia ambulatorial (ex drenar abscesso) Este espaço é o HT, mas são só 10 dias divididos com enfermaria, centro cirúrgico... Acaba dando 3 dias quando muito.

O internato, mesmo após a reforma, é tido, assim como em muitas escolas, como lugar de excelência para o aprendizado. No entanto, também nele a reforma gerou mudanças importantes, com redução acentuada da carga horária.

Segundo os entrevistados, o impacto dessa redução embora em algumas situações tenha sido negativo, em muitas outras não teve grande significado, uma vez que a carga horária formal não era cumprida efetivamente.

TABELA 3 – DEMONSTRANDO AS MUDANÇAS NO INTERNATO ADVINDAS DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR

INTERNATO CURRICULAR OBRIGATÓRIO		
Clínica Cirúrgica I 1350	Clínica Cirúrgica 880	- 470
Clínica Médica I 1350	Clínica Médica 880	- 470
Pediatria I 1350	Pediatria IV 880	- 470
Tocoginecologia I 1350	Tocoginecologia IV 880	- 470
INTERNATO CURRICULAR OBRIGATÓRIO		
ELETIVO	OPTATIVO	
Clínica Cirúrgica II 675 ou Clínica Médica II 675	Especialidades Cirúrgicas 440 ou Recursos Diagnósticos 440 ou Atenção Primária à Saúde 440 ou Emergências Médicas 440	- 235
Medicina Comunitária II 675 ou Medicina comunitária III 675	Medicina Geral Comunitária 440 ou Infectologia 440 ou Hospital Geral 440	- 235
Pediatria II 675 ou Pediatria III 675	Pediatria V 440	- 235

Tocoginecologia II 675 ou Tocoginecologia III 675	Materno Infantil 440	- 235
Anatomia Patológica II 675	Sem equivalência	
Psiquiatria II 675	Sem Equivalência	

FONTE: UFPR (1997)

Assim como se pensou em relação às disciplinas profissionalizantes, também se pensou que as atividades práticas anteriormente realizadas no internato, cuja duração foi reduzida, seriam realizadas nas PAG, o que, como já expusemos, não ocorreu.

QUADRO 2 – DISCIPLINAS DO CURRÍCULO NOVO SEM EQUIVALÊNCIA NO CURRÍCULO ANTERIOR

Prática em Ambulatório Geral I	+ 120
Prática em Ambulatório Geral II	+ 120
Prática em Ambulatório Geral III	+ 120
Prática em Ambulatório Geral IV	+ 120
Trauma	+ 60
Internato Curricular Optativo em Psiquiatria VI	+ 440
Internato Curricular Optativo em Aparelho Locomotor	+ 440

FONTE: UFPR (1997)

A importante redução de carga horária que tiveram as disciplinas de cada especialidade gerou uma reação dos especialistas, denominada por alguns dos entrevistados como “guerra com as especialidades”.

Um dos resultados desse embate teria sido a criação das disciplinas optativas, que, de alguma forma, preservava um espaço de domínio para aqueles que se sentiam prejudicados pela reforma de cunho generalista. Cada aluno passou então a ter que cumprir pelo menos 240 horas de disciplinas optativas antes de iniciar os internatos obrigatórios, sem o que não poderia graduar-se.

QUADRO 3 – DISCIPLINAS OPTATIVAS

DISCIPLINAS OPTATIVAS
Cardiologia e Angiologia II 60
Cirurgia Cardiovascular II 60
Cirurgia Vascolar Periférica II 60
Pneumologia II 60
Otorrinolaringologia II 60
Gastroenterologia II 60
Cirurgia do Aparelho Digestivo II 60
Cirurgia Geral II 60
Endocrinologia e Metabologia II 40
Nefrologia II 40
Urologia II 60
Hematologia e Oncologia II 60
Dermatologia II 60
Cirurgia Plástica e Reparadora II 60
Infectologia II 60
Atendimento Pré-hospitalar 60
Neurologia II 40
Neurocirurgia II 60
Oftalmologia II 60
Radiologia Médica 40
Reumatologia II 40
Ortopedia e traumatologia II 60
Cirurgia Pediátrica 60
Imunologia Clínica e Alergologia 60
Estratégias em Saúde 60
Doenças Sexualmente Transmissíveis 60
Ética Médica 40
Genética Médica 40

FONTE: UFPR (1997)

8.2.5 Compreensão do processo saúde/doença

Os entrevistados reconhecem que as mudanças não alcançaram superar o enfoque exclusivo na doença pela abordagem do processo saúde-doença e busca da compreensão de sua determinação. O curso manteve o olhar restrito às alterações do corpo biológico dos indivíduos.

O eixo da nossa reforma era pura e simplesmente um ensino

de uma medicina mais geral, mais voltada para os problemas mais comuns na clínica geral, ambulatorial versus o ensino de uma medicina bem biológica, bem biologizada do ponto de vista das causas, dos determinantes feita por especialistas, mas a idéia desses generalistas, por mais que tivesse um discurso do que fosse mais freqüente, problemas sociais na comunidade, etc., não passou por eles criar uma discussão de uma determinação incluindo o bio, o psico e o social, embora eles estivessem presentes no discurso da formação biopsicossocial.

Propalava-se que a relação biológico-social seria observada e trabalhada nas atividades realizadas nas Unidades de Saúde do SUS. No entanto, nas Práticas de Ambulatório Geral em Unidades de Saúde, o que ocorreu foi a implantação de um ambulatório que, embora atenda às enfermidades mais comuns, não ultrapassa o olhar da doença localizada no corpo biológico individual. Permitiu que o estudante entendesse a causalidade ligada aos aspectos biológicos e, quando muito, a influência das atitudes individuais. Não proporcionou a reflexão sobre os nexos de determinação do âmbito individual e biológico com o social, mas buscou-se incluir “o social”

com o viés da pobreza, de mostrar ao aluno: oh, como tem pobre! De fazer projeto de extensão; como tem gente que sofre etc., sem entender a formação da sociedade de um modo geral e as relações sociais como elas se dão. Sejam as relações sociais de produção, as relações comunitárias, etc.; apenas pra mostrar o social. Olha, existe tanta pobreza e a pobreza gera doença! Voltando, o que eu acho, à formulação teórica dos anos 50, 60, do ciclo da pobreza e da doença, que ainda está na cabeça de muitos sanitaristas.

Um dos professores entrevistados cita, como exemplo disso, a análise de casos de doenças freqüentes, na busca de suas causas ligadas à condição de moradia e hábitos de vida.

Como, por exemplo, o médico atende uma criança com caso de pneumonia. Para o aluno este é o caso de estudo e ele vai onde reside esta criança, para entender o porquê que esta tem pneumonia.

As tentativas de contemplar o coletivo, superando o enfoque biológico individual, limitam-se a iniciativas nas quais os professores “mostram aos alunos que

eles podem fazer outros trabalhos além da consulta. Eles podem participar de grupos, de discussões, de propostas de educação em saúde.

Para outros professores, ainda, “o social” é contemplado na associação dos olhares da propedêutica, psiquiatria e psicologia.

Então tem professores destas diversas áreas que vai abordar sobre relacionamento médico-paciente e a importância do bio-psico-social.

8.2.6 Formação de um profissional crítico

No que diz respeito à formação de um profissional crítico, as respostas são muito variadas, denotando uma compreensão muito particular, por parte de cada entrevistado, acerca do assunto. Um exemplo esclarecedor é a citação de um dos professores entrevistados que acha que a flexibilização do currículo, com a criação das disciplinas optativas, promove a crítica do estudante ao exigir, por parte deste, a escolha entre as diversas disciplinas ofertadas. Outro professor entende que, apesar de se estimular a crítica, o estudante não critica, pois pretende continuar os estudos com seus professores, passar na residência. Mesmo que alguns reconheçam que a crítica está ligada à tomada de decisão, manifestam, ao final, uma concepção de crítica ligada à rebeldia, à coragem de reclamar, a posicionamentos que desafiem a orientação dos professores e dirigentes da escola. Apenas alguns professores das disciplinas básicas entendem a capacidade crítica na dependência da aquisição de conhecimentos científicos que permitam escolhas fundamentadas.

8.2.7 Pesquisa científica e produção do conhecimento de acordo com as necessidades do SUS

Quanto à produção de conhecimento por intermédio da pesquisa científica, a escola não promoveu modificação significativa. Embora não fosse um tema expresso nos documentos da reforma, a proposição de pesquisas voltadas para responder a

necessidades identificadas nos serviços do SUS, principalmente de atenção básica, está entre as recomendações atuais emanadas pelas diretrizes curriculares.

Nesta escola as pesquisas não são propostas no sentido de atender necessidades emanadas dos serviços do SUS. Segundo depoimento de professores entrevistados

as pesquisas são multicêntricas, patrocinadas, fundamentalmente, pela indústria farmacêutica, pra testar determinados fármacos pra doenças que são prevalentes.

Mesmo quando têm investido no desenvolvimento de protocolos e análise de custo-benefício, as pesquisas partem do interesse da indústria farmacêutica que é o setor que as financia e são marcadas pelo interesse de legitimação do consumo da tecnologia produzida em outros centros.

A pesquisa na área médica de graduação é incipiente. A maioria de pesquisas acaba sendo sobre incorporação de tecnologias, para reconhecimento e adoção de determinadas técnicas. Mas é para incorporação de técnicas. O desenvolvimento de áreas ainda é muito pequeno.

Nas disciplinas ligadas às ciências básicas, as pesquisas têm, segundo os depoimentos, um caráter menos aplicado e mais autônomo em relação, por exemplo, aos interesses da indústria farmacêutica e da própria atenção básica do SUS.

9 A UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UEL

A Universidade Estadual de Londrina foi criada pelo Decreto nº 18.110, de 28 de janeiro de 1970, com a junção de cinco Faculdades: Direito; Filosofia, Ciências e Letras; Odontologia, Medicina e Ciências Econômicas e Contábeis que ofereciam, de início, um total de 13 cursos de graduação: História, Geografia, Letras Anglo-Portuguesas e Letras Franco - Portuguesas, Pedagogia, Ciências (1º Grau), Direito, Odontologia, Medicina, Farmácia e Bioquímica, Ciências Biomédicas, Ciências Econômicas e Administração.

Já na mesma década iniciou-se a pós-graduação, sendo implantado, em 1972, o Curso de Especialização em Odontopediatria, seguido, no ano de 1973, pela implantação de 6 áreas de Residência Médica e pelos Mestrados em Ciências de Alimentos (1975) e em Direito (1978).

No início a UEL constituía-se como uma Fundação Estadual, sendo financiada com recursos provenientes das mensalidades pagas pelos estudantes e do Governo do Estado. Em 1987 foi implantado o ensino gratuito no nível de graduação, sendo transformada em Autarquia pela Lei Estadual 9.663, de 16/07/91.

Atualmente possui autonomia didática - científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, mas é dependente financeiramente do Governo Estadual, de onde se origina a maior parte dos recursos que asseguram sua operação e manutenção.

Nos dias de hoje, nove Centros de Estudos e cinquenta e sete Departamentos constituem as Unidades de ensino, pesquisa e extensão da UEL, sendo responsáveis pela organização dos cursos de graduação e de pós-graduação e dos projetos de ensino, de pesquisa e de extensão.

Conta ainda com dez Órgãos Suplementares com finalidade social, científica, cultural, técnica e esportiva, subordinados administrativamente à Reitoria e vinculados academicamente aos Centros de Estudos, para fins de integração de suas atividades com a comunidade interna e externa. São eles: Museu Histórico de Londrina Padre Carlos Weiss; Escritório de Aplicação de Assuntos Jurídicos; Hospital Universitário; Laboratório de Produção de Medicamentos; Clínica Odontológica Universitária; Casa de Cultura; Escritório de Aplicação de Assuntos Sócio-Econômicos; Colégio Estadual Prof. José Aloisio Aragão; Hospital Veterinário;

e Fazenda Escola. Além destes, possui seis (6) Órgãos de Apoio: Assessoria de Tecnologia de Informação; Biblioteca Central; Laboratório de Tecnologia Educacional; Serviço de Bem Estar a Comunidade; Editora; e Sistema de Arquivos da UEL, com a finalidade de atender à comunidade da UEL e à sociedade, constituindo campo de estágio para estudantes de graduação e de pós-graduação.

Atualmente, oferece 3050 vagas no vestibular, distribuídas nos 43 cursos de graduação que, conforme os critérios determinados pelo Ministério da Educação / Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - MEC/INEP, estão assim distribuídos: 11 Cursos na área de Ciências Biológicas e da Saúde, 8 na área de Ciências Exatas e Tecnológica e 24 na área de Humanidades. No ano de 2008 foram matriculados 14.056 estudantes nos cursos de graduação.

Em nível de pós-graduação, oferece 180 cursos, sendo 10 doutorados, 28 mestrados, 95 especializações e 47 residências, com 3.364 estudantes matriculados, assim distribuídos: 337 no doutorado, 947 no mestrado, 1.778 nas especializações e 302 nas residências (31 médicas: 166 estudantes; 4 em medicina veterinária, com 33 estudantes; 4 em fisioterapia, com 14 estudantes; 5 em enfermagem, com 36 estudantes; 2 em odontologia, com 10 estudantes; e 1 multiprofissional em Saúde da Família, com 43 estudantes. (março/2008).

O corpo docente da UEL é formado por 1.629 professores, dos quais 810 são doutores, 604 mestres, 149 especialistas e 66 graduados. O corpo técnico-administrativo da Instituição é de 3.616 servidores, sendo 1.855 lotados no Campus Universitário e demais Órgãos, e 1.761 no Hospital Universitário e Ambulatório do Hospital de Clínicas. (março/2008)

9.1 ANTECEDENTES DA REFORMA CURRICULAR DE 1997 DO CURSO DE MEDICINA DA UEL

O curso de Medicina foi criado através do Decreto Estadual n.º 5216, de 21.12.65 e teve início em 1967, na Faculdade de Medicina do Norte do Paraná. Em 1970 passou a integrar, juntamente com o curso de Odontologia, o Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, criada naquele ano. Teve seu reconhecimento em 1971, através do Decreto Federal n.º 68.545, de 26.04.71.

A partir de 1970 o curso de Medicina passou a contar com um hospital escola, o Hospital Universitário da UEL, que tem como missão, além do atendimento médico, contribuir com o processo de formação dos profissionais de saúde.

Desde seu início o curso foi marcado por uma positiva inquietude, buscando sempre atualizar-se e acompanhar os avanços científicos e pedagógicos.

Embora tenha sofrido, ao longo de sua existência, praticamente uma reforma curricular a cada seis anos, foi na década de 1990 que ocorreram as mudanças de maior importância para sua configuração atual, tida como exemplo não só de adequação às recomendações nacionais para a educação médica, como de pioneirismo na sua formulação.

Sob a influência do movimento nacional e internacional de mudança da educação médica, ao qual esteve integrado desde o início dos anos 1970, o curso de Medicina instituiu, em meados da década de 1990, em conjunto com os demais cursos do Centro de Ciências da Saúde, um conjunto de princípios que passou, a partir de então, a orientar seus futuros modelos acadêmicos, quais sejam:

articulação academia-serviços-comunidade; interdisciplinaridade; ação multiprofissional; ensino e pesquisa orientados pelos problemas prioritários de saúde da população; formação orientada para a integralidade da atenção à saúde; articulação ensino-pesquisa-assistência; integração das disciplinas básicas e clínicas; inserção precoce do estudante em ações comunitárias e nos serviços de saúde; metodologias ativas de ensino-aprendizagem; ensino centrado no estudante e baseado em problemas como uma das metodologias inovadoras de aprendizagem; prática tutorial na relação professor-estudante predominando em relação às aulas expositivas; educação permanente como compromisso institucional e ecologia humana (integração biopsicossocial). (ALMEIDA e LOPES, 2005, p. 8)

9.2 A REFORMA CURRICULAR DE 1997 DO CURSO DE MEDICINA DA UEL

No início da década de 90, em sintonia com as ações da Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), o curso de Medicina da UEL passou por intenso processo de avaliação, impulsionando diversas ações de transformação do ensino envolvendo disciplinas do ciclo básico e clínico, novos projetos de ensino, novas articulações entre ensino, serviços e comunidade. A

escola investiu no aprimoramento técnico de seus quadros, proporcionando, a professores, dirigentes e alunos, visitas a outras instituições de ensino médico no Brasil e no exterior. Conferências, consultorias e assessorias de técnicos nacionais e estrangeiros contribuíram, também, para o processo de capacitação docente, com ênfase nas metodologias de ensino-aprendizagem preconizadas para a educação médica naquele momento.

Buscando adequar o curso de Medicina aos princípios anteriormente citados, bem como às formulações dos atores nacionais e internacionais envolvidos com as mudanças na educação médica, aprovou-se na UEL, em 1997, um projeto pedagógico de currículo integrado para o curso de Medicina, implantado no ano seguinte.

O novo curso, com um formato bastante inovador, tem como eixos norteadores o ciclo vital, a ecologia humana e a formação geral do médico. Está estruturado em módulos temáticos interdisciplinares em cujas atividades buscam-se a integração dos conteúdos das ciências básicas e clínicas, requeridos a partir das necessidades de aprendizagem dos estudantes.

A centralidade da aprendizagem no estudante se efetiva através do método PBL (Problem Based Learning ou Aprendizagem Baseada em Problemas), que busca singularizar a aprendizagem de cada estudante, responsabilizando-o pelo aprendizado. Formam-se grupos tutoriais compostos por oito estudantes e um tutor que, em cada Módulo Temático deverão discutir e resolver os problemas formulados por grupos de docentes das diversas disciplinas envolvidas com o tema. As sessões tutoriais ocorrem em dois encontros semanais, com duração de duas horas.

Visando o desenvolvimento de habilidades clínicas e atitudes necessárias para a formação geral do médico, os estudantes participam dos Módulos de Habilidades Clínicas e Atitudes, desenvolvidos uma vez por semana durante todo o ano letivo, nos laboratórios de habilidades, nas enfermarias do hospital e em outros serviços de saúde do Município.

Permitindo a personalização do currículo, todos os estudantes, com exceção dos da primeira série, participam dos Módulos de Atualização que ocorrem uma vez ao ano, com duração de duas a quatro semanas. Os estudantes podem escolher entre as opções oferecidas pela UEL ou outras a sua escolha, desde que aprovadas pelo Colegiado do Curso.

Os estudantes realizam, ainda, atividades em comunidades e bibliotecas, participam de palestras e têm à sua disposição sessões de consultoria. As consultorias são diálogos agendados com os professores de determinada área buscando esclarecimento de dúvidas advindas das palestras, leituras ou atividades tutoriais.

Dessa forma, cada série, da primeira à quarta, é composta por seis Módulos Temáticos Interdisciplinares, um Módulo de Habilidades, um Módulo de Práticas Interdisciplinares de Interação Ensino, Serviços e Comunidade e um Módulo de Atualização, totalizando, ao longo do curso, trinta e cinco módulos. Nas quinta e sexta séries ocorre o internato, dividido entre as áreas de Cirurgia, Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia.

A carga horária destinada a cada tipo de atividade de ensino-aprendizagem segue a seguinte divisão: 605 horas para atividades teóricas, 1.514 para atividades práticas, 3.492 horas para o estágio obrigatório, 992 horas para a tutoria, 1.517 horas para os estudos orientados, 126 horas destinadas a atividades de avaliação, num total de 8.246 horas para o curso.

Devido ao fato da estruturação curricular ser bastante peculiar, decidimos reproduzi-la abaixo na íntegra:

9.2.1 Organização curricular

1ª Série

CÓDIGO	NOME	SEM	CARGA HORÁRIA					
			Teórica	Prática	Tut.	E.Or.	Av.	Total
6MOD101	Introdução ao Estudo da Medicina (COL)	B	10	80	40	54	6	190
6MOD102	Concepção e Formação do Ser Humano (BIO/CIF/MOR/HIT/GIN)	B	10	34	44	62	6	156
6MOD103	Metabolismo (BIO/BIQ/MOR/CIF/HIT/MED)	B	12	36	44	58	6	156
6MOD104	Funções Biológicas (CIF/MED/MOR/HIT/BIQ)	B	22	34	52	68	6	182
6MOD105	Mecanismos de Agressão e Defesa (MIB/MED/PAT/LAC/CIF)	B	16	34	52	74	6	182
6MOD106	Abrangência das Ações de Saúde (DSC/SOC/ PED)	B	8	16	32	45	3	104
6MOD107	Habilidades Clínicas e Atitudes I (LAC/MED/CIR/PED)		22	104			6	132
6PIN100	Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade I (DSC/MED/LAC/SOC)		20	82				102
Total			120	420	264	361	39	1204

2ª Série

CÓDIGO	NOME	SEM	CARGA HORÁRIA					
			Teórica	Prática	Tut.	E.Or.	Av.	Total
6MOD201	Doenças Resultantes da Agressão ao Meio Ambiente (MED/PED/LAC/DSC/PAT/MIB)	B	8	16	28	49	3	104
6MOD202	Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento (PED/CIF/GIN)	B	12	24	44	70	6	156
6MOD203	Percepção, Consciência e Emoção (MED/CIF/MOR/HIT)	B	12	34	44	60	6	156
6MOD204	Proliferação Celular (BIO/LAC/PAT/MOR/MED/CIR)	B	14	28	52	82	6	182
6MOD205	Locomoção e Prensão (CIR/MED/MOR)	B	8	24	28	38	6	104
6MOD206	Processo de Envelhecimento (MED/CIF/SOC/PAT)	B	14	28	52	85	3	182
6MOD207	Habilidades Clínicas e Atitudes II (MED/LAC/CIR/PED)		22	108			6	136
6MOD208	Atualização II (COL)	B	30	30				60
6PIN200	Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade II (DSC/MED)		44	88				132
Total			164	380	248	384	36	1212

3ª Série

CÓDIGO	NOME	SEM	CARGA HORÁRIA					
			Teórica	Prática	Tut.	E.Or.	Av.	Total
6MOD301	Dor (MED/CIR/CIF/MOR)	B	14	28	56	78	6	182
6MOD302	Dor Abdominal, Diarréia, Vômitos e Icterícia (MED/CIR/MIB/LAC/PAT)	B	14	28	56	81	3	182
6MOD303	Fadiga, Perda de Peso e Anemias (MED/PED)	B	10	20	36	61	3	130
6MOD304	Problemas Mentais e de Comportamento (MED)	B	8	16	28	49	3	104
6MOD305	Perda de Sangue (MED/CIR)	B	10	20	36	61	3	130
6MOD306	Febre, Inflamação e Infecção (MED/MIB/PAT)	B	11	20	36	60	3	130
6MOD307	Habilidades Clínicas e Atitudes III (MED/CIR/LAC/PED)		22	104			6	132
6MOD308	Atualização III (COL)	B	30	30				60
6PIN300	Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade III (MED/DSC/PED/GIN)		66	66				132
Total			185	332	248	390	27	1182

4ª Série

CÓDIGO	NOME	SEM	CARGA HORÁRIA					
			Teórica	Prática	Tut.	E.Or.	Av.	Total
6MOD401	Saúde da Mulher, Sexualidade Humana e Planejamento Familiar (GIN)	B	13	24	44	72	3	156
6MOD402	Manifestações Externas das Doenças e Iatrogenias (MED/CIR/LAC)	B	10	20	36	61	3	130
6MOD403	Desordens Nutricionais e Metabólicas (MED/BIQ)	B	8	16	28	49	3	104
6MOD404	Distúrbios Sensoriais, Motores e da Consciência (MED/CIR)	B	12	24	36	55	3	130
6MOD405	Dispneia, Dor Torácica e Edemas (MED/CIR/LAC)	B	12	24	44	73	3	156
6MOD406	Emergências (MED/CIR)	B	13	24	44	72	3	156
6MOD407	Habilidades Clínicas e Atitudes IV (MED/CIR/GIN/PED)		22	104			6	132
6MOD408	Atualização IV (COL)	B	30	30				60
6PIN400	Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade IV (CIR/MED/PED/GIN)		16	116				132
Total			136	382	232	382	24	1156

5ª Série

CÓDIGO	NOME	SEM	CARGA HORÁRIA		
			Teórica	Prática	Total
6EST511	Estágio Supervisionado em Anestesiologia A (CIR)	B	14	76	90
6EST512	Estágio Supervisionado em Clínica Médica I A (MED)	B	36	214	250
6EST513	Estágio Supervisionado em Dermatologia (MED)	B	7	38	45
6EST514	Estágio Supervisionado em Ginecologia e Obstetrícia A (GIN)	B	66	374	440
6EST515	Estágio Supervisionado em Moléstias Infecciosas A (MED)	B	36	204	240
6EST516	Estágio Supervisionado em Pediatria A (PED)	B	80	460	540
6EST517	Estágio Supervisionado em Pronto Socorro Pediátrico e Sala de Hidratação A (PED)	B	40	224	264
6EST518	Estágio Supervisionado em Pronto Socorro Tocoginecológico A (GIN)	B	35	133	168
6EST519	Treinamento em Pronto Socorro Pediátrico A (PED)	B		120	120
6EST520	Treinamento em Pronto Socorro Tocoginecológico A (GIN)	B		120	120
6EST522	Estágio Supervisionado em Deontologia e Bioética (MED)	B		34	34
6EST544	Estágio Supervisionado em Psiquiatria B (MED)	B	20	60	80
Total			368	2023	2391

6ª Série

CÓDIGO	NOME	SEM	CARGA HORÁRIA		
			Teórica	Prática	Total
6EST523	Estágio Supervisionado em Cardiologia e Cirurgia Cardíaca e Atividades em Radiologia A (MED/CIR)	B	24	138	162
6EST524	Estágio Supervisionado em Cirurgia do Aparelho Digestivo e Atividades em Radiologia A (CIR)	B	24	124	148
6EST525	Estágio Supervisionado em Clínica Cirúrgica A (Angiologia) (CIR)	B	24	138	162
6EST526	Estágio Supervisionado em Clínica Cirúrgica A (Cirurgia Plástica) (CIR)	B	24	138	162
6EST527	Estágio Supervisionado em Clínica Cirúrgica A (Oftalmologia) (CIR)	B	24	138	162
6EST528	Estágio Supervisionado em Clínica Cirúrgica A (Otorrinolaringologia) (CIR)	B	24	138	162
6EST529	Estágio Supervisionado em Clínica Médica II A (Hematologia) (MED)	B	24	138	162
6EST530	Estágio Supervisionado em Clínica Médica II A (Reumatologia) (MED)	B	24	138	162
6EST532	Estágio Supervisionado em Clínica Médica II A (Unidade de Terapia Intensiva) (MED)	B	24	138	162
6EST533	Estágio Supervisionado em Endocrinologia A (MED)	B	24	124	148
6EST534	Estágio Supervisionado em Gastroenterologia e Atividades em Radiologia A (MED)	B	24	138	162
6EST535	Estágio Supervisionado em Nefrologia e Atividades em Radiologia A (MED)	B	24	131	155
6EST536	Estágio Supervisionado em Neurologia e Neurocirurgia e Atividades em Radiologia A (MED/CIR)	B	24	131	155
6EST537	Estágio Supervisionado em Ortopedia e Traumatologia e Atividades em Radiologia A (CIR)	B	24	139	163
6EST538	Estágio Supervisionado em Pneumologia e Cirurgia Torácica e Atividades em Radiologia A (CIR/MED)	B	24	124	148
6EST539	Estágio Supervisionado em Pronto Socorro Cirúrgico A (CIR)	B	40	226	266
6EST540	Estágio Supervisionado em Pronto Socorro Médico A (MED)	B	40	226	266
6EST541	Estágio Supervisionado em Urologia e Atividades em Radiologia A (CIR)	B	24	124	148
6EST542	Treinamento em Pronto Socorro Cirúrgico A (CIR)	B	0	180	180
6EST543	Treinamento em Pronto Socorro Médico A (MED)	B	0	120	120
6EST545	Estágio Supervisionado em Correlação Anátomo-Clínica (LAC)	B	0	68	68
6EST549	Estágio Supervisionado em Clínica Médica II (Geriatría) (MED)	B	24	138	162
Total			344	2269	2613

OBSERVAÇÕES:

- O estudante deverá cumprir 960 horas correspondentes aos Treinamentos em Pronto Socorro a) Pediátrico, Pronto Socorro Tocoginecológico, Pronto Socorro Médico e Pronto Socorro Cirúrgico, em caráter obrigatório, que substituirão as Atividades Acadêmicas Complementares (Monitoria Acadêmica, Projetos de Ensino, Projetos de Pesquisa, Projetos de Extensão, Disciplinas Especiais, Disciplinas Eletivas, Estágio Voluntário e Eventos).
- O estudante, por opção, poderá cumprir além dos Treinamentos em Pronto Socorro Pediátrico, a) Pronto Socorro Tocoginecológico, Pronto Socorro Médico e Pronto Socorro Cirúrgico, outras Atividades Acadêmicas Complementares.
- Na Atividade Acadêmica Especial - Estágio Supervisionado em Clínica Médica, ofertada na 6ª a) série do curso, o estudante fará opção por uma das seguintes áreas: Geriatria, Reumatologia, Unidade de Terapia Intensiva ou Hematologia.
- Na Atividade Acadêmica Especial - Estágio Supervisionado em Clínica Cirúrgica, ofertada na 6ª a) série do curso, o estudante fará opção por uma das seguintes áreas: Angiologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia ou Cirurgia Plástica.
- Para ingressar no Internato Médico o estudante deverá ter integralizado o currículo até a 4ª série b) do curso, inclusive dependências.
- Para ingressar na 6ª série o estudante deverá ter integralizado todos os estágios locados na 5ª c) série do curso.
- Todas as disciplinas que compreendem os módulos da 4ª série serão consideradas essenciais a) para efeito do cumprimento de dependência.

9.2.2 Ementas**1ª Série****6MOD101 – Introdução ao Estudo da Medicina (COL)**

- Capacitação para o modelo pedagógico em vigência, conhecimento dos recursos de aprendizado disponíveis na UEL, conhecimento básico introdutório ao curso de medicina.

6MOD102 – Concepção e Formação do Ser Humano (BIO/CIF/MOR/HIT/GIN)

- Morfologia e fisiologia dos órgãos reprodutores masculino e feminino; Concepção, fertilização, desenvolvimento embrionário e fetal, teratogenia. Aspectos psicossociais da gestação.

6MOD103 – Metabolismo (BIO/BIQ/MOR/CIF/HIT/MED)

- Processos metabólicos (absorção, transporte e excreção) a nível celular e de órgãos.

6MOD104 – Funções Biológicas (CIF/MED/MOR/HIT/BIQ)

- Conhecimentos sobre o organismo humano e suas relações com o meio ambiente, sobre os mecanismos envolvidos com a homeostase e com as várias adaptações que o corpo humano sofre.

6MOD105 – Mecanismos de Agressão e Defesa (MIB/MED/PAT/LAC/CIF)

- Reação do organismo a agentes físicos, químicos e biológicos. Cicatrização. Mecanismos de lesão físicos e biológicos.

6MOD106 – Abrangência das Ações de Saúde (DSC/SOC/PED)

- Políticas de saúde. Epidemiologia. Modelo assistencial. Saúde e Sociedade (Papel do Estado). Medicina Social e Coletiva. Avaliação de novas tecnologias em saúde.

6MOD107 – Habilidades Clínicas e Atitudes I (LAC/MED/CIR/PED)

- Treinamento para o estudante ser capaz de: utilizar biblioteca; acessar informações via internet; identificar sintopias; verificar com proficiência os sinais vitais; demonstrar conhecimentos na capacidade de realizar o exame físico – inspeção e palpação, percussão e ausculta – em adulto normal; identificar as fases do exame físico geral e segmentar; reconhecer a importância da comunicação verbal e não verbal na relação médico – paciente; diferenciar as reações do paciente frente à doença; reconhecer atitudes adequadas e inadequadas frente ao paciente; saber avaliar as próprias emoções frente a diferentes situações; reconhecer a importância do toque (contato físico); desenvolver a capacidade de observar e ouvir; formular perguntas abertas de comunicação simples; dominar a técnica de lavagem de mãos; técnicas de aplicação de injeções IM e SC; realização de curativos simples; realização das técnicas do suporte básico de vida (BLS); realizar procedimentos de apoio

diagnóstico de acordo com normas de biossegurança; utilização básica de proteção individual (EPIs); descarte de materiais químicos e biológicos; conhecer os símbolos associados aos riscos; utilização correta de equipamentos de radioproteção; condutas proibidas durante atividades médicas em ambiente hospitalar e laboratorial; dosagens de glicemia, hemoglobina e urinálise por fita; identificar as estruturas anatômicas normais nos exames de imagem (radiologia convencional, ultrassonografia, tomografia e ressonância nuclear magnética); reconhecer o traçado eletrocardiográfico normal.

6PIN100 – Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade I
(DSC/MED/LAC/SOC)

- Área de abrangência e de influência da UBS; territorialização com identificação de áreas de risco; organização comunitária.

2ª Série

6MOD201 – Doenças Resultantes da Agressão ao Meio Ambiente
(MED/PED/LAC/DSC/PAT/MIB)

- Agravos à saúde decorrentes de alterações nas condições ambientais do campo e da cidade; doenças transmissíveis de veiculação hídrica.

6MOD202 – Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento (PED/CIF/GIN)

- Processo de nascimento e crescimento físico e mental.

6MOD203 – Percepção, Consciência e Emoção (MED/CIF/MOR/HIT)

- Aspectos anatômicos, histológicos, fisiológicos e farmacológicos do Sistema Nervoso Central, Periférico e dos órgãos dos sentidos.

6MOD204 – Proliferação Celular (BIO/LAC/PAT/MOR/MED/CIR)

- Mecanismos de proliferação celular normal e anormal. Processos hiperplásicos, pré-neoplásicos e neoplásicos benignos e malignos: etiopatogenia e correlação com a prática clínica e pesquisa.

6MOD205 – Locomoção e Preensão (CIR/MED/MOR)

- Sistema locomotor, postura e movimento. Metabolismo energético, fisiologia do exercício, anatomia funcional e relação entre carga e desempenho. Doenças do aparelho locomotor. Trauma.

6MOD206 – Processo de Envelhecimento (MED/CIF/SOC/PAT)

- O processo de envelhecimento suas manifestações em diferentes níveis: da célula ao indivíduo na sociedade.

6MOD207 – Habilidades Clínicas e Atitudes II (MED/LAC/CIR/PED)

- Treinamento para o estudante ser capaz de: demonstrar conhecimentos em realizar uma anamnese completa (queixa e duração, HMA, interrogatório sobre os diversos aparelhos, antecedentes pessoais e familiares; perguntas abertas – queixa e duração, perguntas fechadas – interrogatório sobre os diversos aparelhos, antecedentes); obter dados antropométricos da criança e da gestante; demonstrar proficiência na realização do exame físico em adultos, crianças e RN normais; conhecer instrumentos e técnicas para exames físicos especializados: ginecológicos, obstétrico, retal, otorrinolaringológico e oftalmológico; executar entrevistas com indivíduos nas diferentes fases do ciclo vital: gestante, mãe – filho, adolescente, adulto e idoso; compreender o paciente no seu contexto social, cultural e familiar; comportar –se adequadamente em sala cirúrgica assistindo um ato cirúrgico. Conhecer técnicas de antisepsia; conhecer técnicas de monitorização; saber paramentar-se; realizar punção venosa; manusear equipamentos básicos em laboratório: centrífuga microscópio óptico, microcentrífuga e banho – maria; realizar exames de: microhematócrito; tipagem sanguínea, teste de gravidez, líquido amniótico, análise macroscópica, teste de Clemens, células alaranjadas; exames a fresco de secreção vaginal, secreção uretral masculina e esperma; diagnosticar: artrose, osteoporose, DPOC; calcificações em placas ateromatosas, atrofia cerebral; mediante exames de imagem; diagnóstico eletrocardiográfico das sobrecargas e dos bloqueios.

6MOD208 – Atualização II (COL)

- Atualização dos conhecimentos da área médica, com temas a serem definidos.

6PIN200 – Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade II (DSC/MED)

- Atenção primária à saúde: organização, funcionamento e relações entre as Unidades Básicas de Saúde e níveis secundários e terciários de atenção. Introdução à metodologia científica. Epidemiologia e estatística aplicada à saúde. Ações e intervenções em equipes multiprofissionais de saúde.

3ª Série

6MOD301 – Dor (MED/CIR/CIF/MOR)

- Anamnese. Dor como mecanismo de defesa e sintoma de doença. Fatores que influenciam a dor. Aspectos biopsicossociais. Fisiologia da dor. Dor aguda e crônica, referida e irradiada. Tratamento da dor.

6MOD302 – Dor Abdominal, Diarréia, Vômitos e Icterícia (MED/CIR/MIB/LAC/PAT)

- Dor abdominal aguda e crônica: caracterização, fisiopatologia e classificação. Icterícias: fisiopatologia e classificação. Diarréia: caracterização, fisiopatologia e classificação. Epidemiologia, diagnóstico diferencial e principais patologias envolvidas.

6MOD303 – Fadiga, Perda de Peso e Anemias (MED/PED)

- Fisiologia do sistema hematopoiético. Fisiopatologia, diagnóstico diferencial e condutas terapêuticas em doenças que cursam com sinais e sintomas de fadiga, perda de peso e/ou anemia. Fatores biopsicossociais que influenciam a fadiga, perda de peso e anemias.

6MOD304 – Problemas Mentais e de Comportamento (MED)

- Principais transtornos mentais e de comportamento: epidemiologia, classificação, etiopatogenia, quadro clínico, diagnóstico diferencial, evolução, tratamento e prevenção. Princípios de neuroanatomia, neurotransmissores e neuroimagem. Dependência de psicoativos: diagnóstico, condutas terapêuticas e reabilitação psicossocial.

6MOD305 – Perda de Sangue (MED/CIR)

- Fisiologia da coagulação. Distúrbios da Hemostasia. Principais causas de sangramentos. Mecanismos compensatórios locais e sistêmicos da perda de sangue. Condutas terapêuticas frente à perda de sangue: manejo, bloqueio do sangramento, estabilidade hemodinâmica. Condutas terapêuticas transfusionais e não transfusionais.

6MOD306 – Febre, Inflamação e Infecção (MED/MIB/PAT)

- Mecanismos de termorregulação e suas alterações patológicas. Reações inflamatórias infecciosas e não infecciosas. Manifestações clínicas das doenças febris. Vínculos entre febre, inflamação e infecção.

6MOD307 – Habilidades Clínicas e Atitudes III (MED/CIR/LAC/PED)

- Treinamento para o estudante ser capaz de: executar com proficiência a anamnese e o exame físico para a consulta médica de clínica geral da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso, nas doenças de maior prevalência; praticar a correlação clínica de casos mais simples; desenvolver uma atitude facilitadora da comunicação frente aos diversos padrões de comportamento dos pacientes; saber orientar/educar família e comunidade; manusear instrumental cirúrgico básico conhecendo suas características e indicações de uso; executar algumas técnicas de coleta de material biológico para exames laboratoriais que requeiram métodos especiais; realização das técnicas do suporte avançado de vida – ACLS; conhecer técnicas e manusear instrumentos utilizados em procedimentos de baixa complexidade de urgência (assistência ventilatória, uso de monitores, desfibrilador, realização do ECG); realizar imobilizações, tamponamentos, suturas, drenagens e sondagens; conhecer a rotina de realização dos exames de laboratório de maior utilidade na prática médica geral; saber diferenciar exames de urgência e rotina, como são obtidos os resultados e tempo de realização dos exames; conhecer os principais interferentes nos exames mais comuns; diagnosticar: úlceras gastroduodenais, colecistopatias litíasicas, pneumoperitônio, obstrução intestinal, pneumonias e sinusites.

6MOD308 – Atualização III (COL)

- Atualização de conhecimentos teórico-práticos em temas de interesse da área médica.

6PIN300 – Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade III (MED/DSC/PED/GIN)

- Atenção ambulatorial na rede básica de saúde. Papel do médico nas equipes de saúde da família. Habilidades clínicas básicas. Conduta clínica em patologias de maior prevalência loco-regional. Cuidados de saúde para pacientes acamados no domicílio. Atuação em equipe multiprofissional de saúde.

4ª Série**6MOD401 – Saúde da Mulher, Sexualidade Humana e Planejamento Familiar (GIN)**

- Problemas reprodutivos e irregularidades durante a gravidez e parto e problemas relacionados com a sexualidade humana, contracepção.

6MOD402 – Manifestações Externas das Doenças e Iatrogenias (MED/CIR/LAC)

- Doenças dermatológicas mais freqüentes. Manifestações externas das doenças sistêmicas, iatrogenias mais prevalentes.

6MOD403 – Desordens Nutricionais e Metabólicas (MED/BIQ)

- Distúrbios nutricionais primários e secundários. Noções básicas de suporte nutricional. Doenças endócrinas e metabólicas mais freqüentes.

6MOD404 – Distúrbios Sensoriais, Motores e da Consciência (MED/CIR)

- Aspectos anatômicos, histológicos, fisiológicos, farmacológicos, semiológicos e clínicos dos distúrbios da sensibilidade, motricidade e da consciência.

6MOD405 – Dispnéia, Dor Torácica e Edemas (MED/CIR/LAC)

- Desordens respiratórias, cardiovasculares, renais e fatores contribuintes de seu desenvolvimento. Fisiopatologia e exame físico das características básicas dos quadros clínicos. Epidemiologia das principais patologias envolvidas. Tratamento e reabilitação.

6MOD406 – Emergências (MED/CIR)

- Situações e patologias que constituem riscos agudos à integridade física e/ou mental dos indivíduos e que requerem imediata intervenção médica. Epidemiologia de acidentes e envenenamentos. Envenenamentos por animais peçonhentos (toxicologia).

6MOD407 – Habilidades Clínicas e Atitudes IV (MED/CIR/GIN/PED)

- Treinamento para o estudante ser capaz de: executar com proficiência a anamnese e o exame físico de uma consulta de clínica geral, incluindo o atendimento nas especialidades médicas em patologias mais prevalentes e/ou com risco de vida; correlação clínica com casos clínicos mais complexos; discutir com o paciente a sua situação clínica; saber informar diagnóstico; saber informar planos de tratamento e prognóstico; obter o consentimento informado; aprender a comunicar más notícias; conduzir o manejo de pacientes e famílias em situações difíceis (reabilitação de seqüelados, dementes, incapacitados, pacientes agressivos, sedutores, terminais, familiares em luto); executar algumas técnicas de coleta de material biológico para exames laboratoriais que requeiram métodos especiais; executar drenagens, retiradas de corpos estranhos e procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade (traqueostomia, drenagem de pneumotórax);

cuidados com ostomias em geral; conduzir um parto eutócico; cuidados no puerpério não complicado; realização de técnicas de reanimação cardiopulmonar: básica e avançada pediátrica – PALS; realizar as técnicas do suporte avançado de vida no trauma – ATLS; diagnosticar: Artrites e artroses, fraturas e luxações, artroses piogênicas, AVCI, AVCH, cardiomegalias, pneumotórax e derrame pleural; diagnóstico das alterações eletrocardiográficas da isquemia miocárdica e de algumas arritmias.

6MOD408 – Atualização IV (COL)

- Atualização dos conhecimentos da área médica, com temas a serem definidos.

6PIN400 – Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade IV (CIR/MED/PED/GIN)

- Desenvolvimento de habilidades em semiologia, raciocínio clínico e condutas terapêuticas.

5ª Série

6EST511 – Estágio Supervisionado em Anestesiologia (CIR)

- Pré-anestesia. Clínica de anestesia geral. Princípios gerais dos bloqueios anestésicos. Princípios gerais de assistência ventilatória. Cuidados com pacientes inconscientes. Reanimação cardiorrespiratória.

6EST512 – Estágio Supervisionado em Clínica Médica I (MED)

- Diagnóstico sindrômico funcional e etiologia das afecções prevalentes dos aparelhos respiratório, digestivo, cardiovascular e alterações secundárias do Sistema Nervoso Central. Principais distúrbios metabólicos e do equilíbrio ácido-básico. Princípios de Farmacologia aplicados à Clínica Médica. Afecções gerontológicas e terapêutica medicamentosa no idoso. Intoxicações e envenenamentos. Reações alérgicas. Cuidados intensivos e semi-intensivos. Interpretação de exames complementares (laboratoriais e de imagem).

6EST513 – Estágio Supervisionado em Dermatologia (MED)

- Semiologia cutânea. Principais infecções bacterianas cutâneas. Micoses superficiais e profundas, dermatozoonoses e dermatoviroses. Câncer cutâneo. Eczemas. Eritemas. Prurido e Prurigo. Alopecia. Dermatoses bolhosas. Farmacodermias.

6EST514 – Estágio Supervisionado em Ginecologia e Obstetrícia (GIN)

- Princípios gerais em Ginecologia Geral e Especializada e Obstetrícia Geral e de Alto Risco. Patologias benignas e malignas ginecológicas. Gestação e desenvolvimento. Trabalho de parto prematuro e a termo. Parto normal e cesárea.

6EST515 – Estágio Supervisionado em Moléstias Infecciosas (MED)

- Moléstias infecciosas causadas por vírus, bactérias, fungos, protozoários e helmintos: Aids. Caxumba. Cólera. Coqueluche. Criptocose. Dengue. Difteria. Endocardite infecciosa. Esquistossomose mansônica. Estafilococcias. Estreptococcias. Febre tifóide e paratifóide. Hanseníase. Hepatite por vírus. Herpes zóster. Leptospirose. Malária. Meningites purulentas, meningites virais e meningoencefalite tuberculosa. Doenças meningocócicas. Mononucleose infecciosa. Paracoccidiodomicose. Parasitoses intestinais. Poliomielite. Raiva. Rubéola. Sarampo. Sepses. Shigelose. Sífilis. Tétano. Toxoplasmose. Tuberculose. Varicela – zóster.

6EST516 – Estágio Supervisionado em Pediatria (PED)

- Prematuridade. Hipermaturidade. Disfunção placentária. Toco-traumatismos. Anoxia neonatal. RN: normal, reanimação, distúrbios respiratórios, doença hemorrágica, hipoglicemia, convulsão. Icterícias. Infecções congênitas.. Granuloma de coto umbilical. Oftalmia neonatorum. Pré e pós-operatório em cirurgia pediátrica de urgência e emergência. Mús formações cirúrgicas externas. Patologias congênitas cirúrgicas do pescoço. Afecções cirúrgicas das regiões umbilicais e inguino-escrotal. Anomalias congênitas urológicas. Tumores abdominais. Empiemas. Queimaduras. Vitaminas e desnutrição proteico-calórica. Anemias carenciais e hemolíticas. Doenças cardíacas e reumáticas. Cardiopatias congênitas. Doenças hematológicas e distúrbios de coagulação. Septicemia. Patologias pulmonares em Pediatria. Infecção das vias aéreas superiores. Doenças dos aparelhos digestivo e urinário. Afecções dermatológicas na infância. Parasitoses intestinais.

6EST517 – Estágio Supervisionado em Pronto Socorro Pediátrico e Sala de Hidratação (PED)

- Emergências e urgências de afecções pediátricas dos aparelhos digestivo, respiratório e vias aéreas, cardiovascular, genito-urinário, osteo-muscular e

hematológico. Intoxicações na infância. Causas de desidratação. Condutas de hidratação.

6EST518 – Estágio Supervisionado em Pronto Socorro Tocoginecológico (GIN)

- Emergências e Urgências das principais patologias ginecológicas e obstétricas.

6EST519 – Treinamento em Pronto Socorro Pediátrico (PED)

- Treinamento em plantões noturnos no atendimento de situações de emergência e urgências pediátricas.

6EST520 – Treinamento em Pronto Socorro Tocoginecológico (GIN)

- Treinamento em plantões noturnos no atendimento de situações de emergências e urgências tocoginecológicas.

6EST522 – Estágio Supervisionado em Deontologia e Bioética (MED)

- Conceitos fundamentais em Bioética. Tópicos de interesse médico em Deontologia e Bioética: pesquisa em seres humanos, reprodução humana, transplantes, terminalidade, morte, aborto, eutanásia, suicídio assistido. Código de Ética Médica. Relação médico-paciente. Erro médico. Comissão de ética em pesquisa e bioética. Bioética global.

6EST544 – Estágio Supervisionado em Psiquiatria B (MED)

- Anamnese. Exame do Estado Mental. Relação Médico-Paciente. Transtorno de Humor e Neuróticos, relacionados ao estresse e somatoforme. Esquizofrenia. Transtornos Mentais e de Comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Transtornos Mentais Orgânicos-Terapias Biológicas e Psicológicas.

6ª Série

6EST523 – Estágio Supervisionado em Cardiologia e Cirurgia Cardíaca e Atividades em Radiologia (MED/CIR)

- Insuficiências cardíaca e coronariana. Valvulopatias. Doença reumática. Endocardiopatias. Miocardiopatias. Urgências em Cardiologia. Arritmias cardíacas. Pericardiopatias. Eletrocardiografia. Radiologia clínica. Teste ergométrico. Ecocardiografia. Eletrocardiografia dinâmica. Hemodinâmica. Indicações de tratamento cirúrgico em coronariopatias, valvulopatias, bradiarritmias, patologia da aorta e cardiopatias congênitas.

6EST524 – Estágio Supervisionado em Cirurgia do Aparelho Digestivo e Atividades em Radiologia (CIR)

- Cirurgias eletivas e de urgência do aparelho digestivo. Suporte nutricional. Resposta metabólica ao trauma. Propedêutica armada em cirurgia do aparelho digestivo: paracenteses, sondagens, biópsias, endoscopias altas e baixas. Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento das doenças cirúrgicas eletivas e de urgência do aparelho digestivo. Doenças do aparelho digestivo e oncologia. Cirurgia laparoscópica: indicações, metodologia, complicações. Doenças proctológicas: hemorróidas, fissuras, fistulas, abscessos, hérnias abdominais. Doenças da tireóide – paratireóide. Doenças cirúrgicas cervicais.

6EST525 – Estágio Supervisionado em Clínica Cirúrgica (Angiologia) (CIR)

- Angiologia e cirurgia vascular: anatomia e fisiologia vascular. Exame vascular. Métodos diagnósticos (invasivos e não invasivos). Varizes. Trombose venosa. Hipertensão venosa crônica. Linfedema. Insuficiência arterial crônica. Obstrução aguda. Trauma vascular. Aneurismas arteriais. Doenças arteriais inflamatórias.

6EST526 – Estágio Supervisionado em Clínica Cirúrgica (Cirurgia Plástica) (CIR)

- Cirurgia plástica em enfermaria, ambulatório, centro cirúrgico e sala de pequena cirurgia. Cirurgia reparadora: queimaduras, seqüelas de queimaduras, enxertos, retalhos, deformidades congênitas e tumores de pele.

6EST527 – Estágio Supervisionado em Clínica Cirúrgica (Oftalmologia) (CIR)

- Anatomia do globo ocular e fisiologia. Semiologia ocular. Métodos diagnósticos em Oftalmologia. Manuseio de aparelhos em Oftalmologia. Urgências em Oftalmologia.

6EST528 – Estágio Supervisionado em Clínica Cirúrgica (Otorrinolaringologia) (CIR)

- Semiologia e diagnóstico dos processos patológicos que comprometem a otorrinolaringologia e região cérvico-facial. Tratamento preventivo, clínico, cirúrgico e reabilitação dos principais processos patológicos: má formações, corpo estranho, traumatismo, processos inflamatórios, tumorais, degenerativos, metabólicos, vasculares, endócrinos, iatrogênicos, psíquicos e psicossomáticos em Otorrinolaringologia.

6EST529 – Estágio Supervisionado em Clínica Médica II (Hematologia) (MED)

- Fundamentos de eritropoiese, hemostasia e reposição hemoterápica. Noções do cuidado ao paciente oncológico, através de atendimento ambulatorial e intra-hospitalar - diagnóstico, tratamento e complicações. Propedêutica clínica e laboratorial necessária para o diagnóstico das doenças hematológicas.

6EST530 – Estágio Supervisionado em Clínica Médica II (Reumatologia) (MED)

- Semiologia em Reumatologia. Conhecer as doenças mais freqüentes: osteoartrite, reumatismo de partes moles, artrites microcristalinas, fibromialgia, lombalgias e cervicalgias, osteoporose, doenças reumáticas da infância e da adolescência. Saber reconhecer patologias e encaminhar ao especialista; artrite reumatóide e outras colagenoses, vasculites, artrite séptica. Ter noções básicas de interpretação laboratorial e radiológica. Saber realizar artrocentese, infiltração articular. Farmacologia aplicada à reumatologia. Saber indicar procedimentos ortopédicos, fisioterapia e terapia ocupacional.

6EST532 – Estágio Supervisionado em Clínica Médica II (Unidade de Terapia Intensiva) (MED)

- Noções do cuidado ao paciente criticamente enfermo através do estágio na UTI I. Fundamentos de Humanização, Ética e Bioética, monitorização neurológica, hemodinâmica, respiratória, equilíbrio ácido-básico e hidroeletrolítico.

6EST533 – Estágio Supervisionado em Endocrinologia (MED)

- Ambulatório de Endocrinologia: diagnóstico, tratamento e prevenção das endocrinopatias mais freqüentes. Enfermaria de endocrinologia: assistência nas internações e interconsultas. Urgências e Emergências em Endocrinologia: conduta e encaminhamento.

6EST534 Estágio Supervisionado em Gastroenterologia e Atividades em Radiologia (MED)

- Princípios teórico-práticos em Gastroenterologia. Propedêutica armada utilizada: paracentese, biópsia hepática e biópsia peritoneal, esofagogastroduodenoscopia, colonoscopia, laparoscopia, colangiopancreatografia e retossigmoidoscopia. Suporte nutricional enteral e parenteral.

6EST535 Estágio Supervisionado em Nefrologia e Atividades em Radiologia (MED)

- Função renal normal, metabolismo da água e dos eletrólitos. Metabolismo do Ht. Regulação renal do equilíbrio ácido-básico. Glomerulopatias primárias. Rins e doenças sistêmicas. Hipertensão arterial. Infecção urinária. Insuficiência renal aguda e crônica. Diuréticos. Rins e drogas.

6EST536 – Estágio Supervisionado em Neurologia e Neurocirurgia e Atividades em Radiologia (MED/CIR)

- Semiologia neurológica; anatomia e fisiologia. Patologias neurológicas mais frequentes: quadro clínico, fisiopatologia, diagnóstico diferencial e conduta terapêutica. Patologias neurológicas clínica e cirúrgica. Neuropediatria. Patologias neurológicas de urgência. Treinamento em punção e exames líquóricos. Noções básicas sobre eletroencefalografia: técnicas e interpretação eletromiografia. Noções básicas sobre exames neurorradiológicos.

6EST537 – Estágio Supervisionado em Ortopedia e Traumatologia e Atividades em Radiologia (CIR)

- Semiologia do aparelho locomotor incluindo história clínica e exame físico. Hipótese diagnóstica e exames complementares nas patologias específicas. Lesões traumáticas do aparelho locomotor. Afecções não traumáticas do aparelho locomotor. Imobilizações de urgências, enfaixamento, talas gessadas e trações.

6EST538 – Estágio Supervisionado em Pneumologia e Cirurgia Torácica e Atividades em Radiologia (CIR/MED)

- Métodos diagnósticos em Pneumologia e Cirurgia de Tórax. Pneumonias. Doenças obstrutivas respiratórias crônicas. Enfisema e Tuberculose pulmonar. Micoses pulmonares. Diagnóstico diferencial dos derrames pleurais. Biópsia de pleura. Drenagem de tórax: bronquioectasia. Abscesso pulmonar. Carcinoma brônquico. Tumores benignos e malignos do mediastino. Embolia pulmonar. Traumatismos torácicos. Fisioterapia respiratória. Pneumopatias intersticiais.

6EST539 – Estágio Supervisionado em Pronto Socorro Cirúrgico (CIR)

- Atuação em Pronto Socorro Cirúrgico em área de emergência e enfermagem de pré e pós-operatório. Instrumentação em Emergências cirúrgicas em Pronto Socorro e em cirurgias de emergências. Dissecção de veias sob supervisão. Acompanhamento de pacientes internados e/ou em observação: história clínica, exames complementares, evolução diária, controle e conduta terapêutica.

6EST540 – Estágio Supervisionado em Pronto Socorro Médico (MED)

- Patologias de emergência e urgência. Síndrome convulsiva. Hipertensão intracraniana, coma neurológico. Meningite. Cefaléia. Distúrbios neuro-vegetativos. Intoxicações e envenenamentos por animais peçonhentos. Gastroenterites agudas. Abdome agudo. Pancreatite aguda. Hepatopatias crônicas descompensadas. Hemorragia digestiva alta, colecistite aguda. Hepatite viral. Doenças neoplásicas. Insuficiência cardíaca congestiva. Angina de peito. Infarto agudo do miocárdio. Arritmias cardíacas.

6EST541 – Estágio Supervisionado em Urologia e Atividades em Radiologia (CIR)

- Atividade em pré e pós-operatório: instrumentador, 2o. auxiliar, 1o. auxiliar ou cirurgião, dependendo da complexidade do ato e pós-operatório. Avaliação, evolução, prescrição e demais atribuições inerentes ao pré e pós-operatório. Atendimento ambulatorial de casos novos, elaboração de hipóteses diagnósticas, solicitação de exames complementares e discussão de conduta terapêutica e/ou cirúrgica. Pronto Socorro: atendimento aos pacientes portadores de patologias urológicas de urgência.

6EST542 – Treinamento em Pronto Socorro Cirúrgico (CIR)

- Treinamento em plantões noturnos no atendimento de situações de emergências e urgências cirúrgicas.

6EST543 – Treinamento em Pronto Socorro Médico (MED)

- Treinamento em plantões noturnos no atendimento de situações de emergências e urgências médicas.

6EST545 – Estágio Supervisionado em Correlação Anátomo-Clínica (LAC)

- Correlações entre aspectos morfológicos e os achados clínico-laboratoriais. A ética nas relações da anatomia patológica com as demais disciplinas.

6EST549 – Estágio Supervisionado em Clínica Médica II Geriatria (MED)

- Processo de envelhecimento (Senescência, finitude e morte). Promoção de saúde e rastreamento de doenças, farmacologia e uso racional de exames complementares no idoso. Doenças neuropsiquiátricas (demências, depressão, delírium). Doenças cardiovasculares (doenças coronarianas, arritmias, insuficiência cardíaca, valvulopatias, acidente vascular cerebral, insuficiência

arterial periférica crônica). Doenças Osteomusculares (osteoartrose, artrite reumatóide, osteoporose). Doenças nutricionais e metabólicas (desnutrição, obesidade, distúrbios da tireóide).

9.2.3 Método pedagógico

Como a aprendizagem está centrada nos alunos, a estrutura curricular reserva bastante tempo para o estudo por conta própria. Por isso os alunos só têm atividades programadas pela escola em metade das cinco manhãs e cinco tardes da semana letiva.

A forma predominante de aquisição de conhecimentos é o estudo individual dos alunos, orientado por discussões de problemas, realizadas no grupo tutorial, além dos estágios em laboratórios e serviços para o desenvolvimento de habilidades.

Os professores das disciplinas participam do trabalho nos módulos, como tutores e na condição de consultores, mas não dando aulas como tradicionalmente. As conferências são oferecidas apenas para possibilitar ao aluno uma visão geral sobre um tema que apresente muitas dificuldades conceituais.

Os professores entrevistados ressaltam sempre a importância do aprendizado quanto a busca das informações, entendendo que as pedagogias ativas trazem essa questão como contribuição central.

Os estudantes hoje vão atrás da informação e se o professor não leva na palestra conhecimentos atualizados, eles são chamados à atenção muito claramente. São indivíduos realmente formados realmente na busca ativa da informação, eles vão atrás.

Em geral, quando apresentam alguma crítica, relaciona-se à perda de algum conteúdo. Atualmente a resistência à mudança pedagógica é pouco significativa entre a maioria dos professores, concentrando-se mais entre aqueles do internato. Mesmo entre os adeptos da mudança pedagógica, no entanto, percebe-se por vezes, alguma renitência quanto à plena convicção em sua adoção, como podemos

perceber no depoimento a seguir, no qual o professor considera a mudança a adesão a um modismo.

Eu acho que essa questão pedagógica ela vai muito de encontro ao que a sociedade cobra no momento. Infelizmente, nós, num país subdesenvolvido, nós temos as nossas modas, né? Então, tem o curso da moda, tem o site da moda e a gente tem que acompanhar.

Nas entrevistas que realizamos, os professores de diversas disciplinas básicas, quando indagados, afirmam que tanto os alunos quanto eles percebem a necessidade de maiores espaços para a transmissão de conhecimentos, no formato das aulas tradicionais.

Está faltando aula para criar uma seqüência lógica e dar a base essencial.

Os alunos gostam muito de aula. Está faltando um pouco disso.

Diversas iniciativas já estão sendo empregadas no sentido de suprir essa deficiência, como aumento do número de conferências, a oferta de cursos de férias e disciplinas eletivas.

Faço várias palestras, inclusive superando minha carga horária, para tentar resgatar coisas que estão faltando como biometabolismo que a coordenação acha que não cabe.

Fiz um curso de férias que foi ótimo. As eletivas são bem procuradas.

Oferecemos uma disciplina eletiva de 60h que tem boa procura.

O desempenho da função de tutor requer do professor, além do conhecimento da dinâmica do grupo tutorial, o conhecimento do módulo temático que titora, mas não como um especialista que domina profundamente os conteúdos abordados. O tutor conhece os objetivos do módulo temático através de manuais previamente elaborados pela comissão de currículo e, a partir destes, busca apoiar o grupo de estudantes em suas reflexões.

Busca-se assim contemplar os princípios da educação de adultos, que parte do conhecimento anterior sobre o assunto, com a incorporação das informações que os estudantes percebem como necessárias.

Em cada módulo os alunos são colocados diante de vários problemas para os quais buscarão soluções. Após a leitura e compreensão dos mesmos, formulam hipóteses de solução, estabelecem objetivos de aprendizagem, buscam as informações necessárias para cumprir tais objetivos e apresentam-nas no retorno ao grupo.

O resultado das atividades dos tutoriais tem sido satisfatório no que diz respeito ao interesse dos estudantes, embora, como no método tradicional, alguns continuem estudando “só para cumprir o mínimo dos objetivos, participando ativamente do tutorial só por causa da nota”.

Há um número reduzido de alunos que apresentam dificuldades com o método, participando muito pouco nos tutoriais.

De modo geral os estudantes mergulham no estudo dos assuntos levantados no tutorial, aprofundando os aspectos que são de seu interesse.

O domínio dos assuntos depende muito do tutor de cada grupo. Segundo os entrevistados, professores que não são da área da questão central analisada nos problemas, tendem a deixar deficiências no aprendizado, uma vez que não dominam os conceitos-chave que deveriam ser apropriados pelos estudantes.

Para a maioria dos entrevistados o grande avanço trazido pela nova configuração do curso é que o estudante aprende a fazer pesquisa bibliográfica. Tomando-se como problema uma doença, por exemplo, os componentes do grupo tutorial verificam o que já sabem sobre a mesma, estabelecem os aspectos que precisam conhecer melhor e vão à busca dos mesmos na biblioteca, na Internet e com consultores, que são os professores de Anatomia, Microbiologia, Patologia etc., conforme a área envolvida.

Os alunos percebem que a busca na Internet é problemática, devido à existência de fontes não confiáveis, e buscam mais os livros.

Um dos professores das disciplinas básicas, no entanto, lamenta que

no PBL⁴ o aluno estuda no livro e não aproveita a experiência do professor. Isto não se supera no tutorial por que depende do tutor. A Internet também não dá conta. Perde o contato com a vivência do professor. O livro não tem tudo, a realidade é diferente. O conteúdo do livro é defasado ou não adequado à realidade local ou atual.

⁴ **Problem-Based Learning**

Há perda para os alunos no contato com os professores que não são da área do assunto em discussão.

No início havia uma “consultoria” das disciplinas, com grande procura por parte dos alunos, pois constituía importante espaço de contato dos estudantes com o professor. Esta atividade, no entanto, deixou de existir, devido a uma decisão da coordenação do curso, pois deixou de contar hora/aula para o professor.

Segundo os professores, a consultoria possibilitava a realização da síntese das discussões do tutorial, questão atualmente deficiente, também na visão da coordenação do curso e dos alunos.

A gente consegue abrir o problema, levantar as hipóteses, fazer os estudantes pensarem, levantar as informações recebidas, buscar as informações, acho que a gente ainda não conseguiu fazer de maneira adequada, não se consegue fazer as sínteses em todas as situações. Os estudantes vão atrás, eles fazem os resumos, eles procuram referências pra fazer os resumos, mas não conseguem tirar daquilo o que é importante, o que obrigatoriamente ele tem que saber, o que é fundamental.

Como o estudo é centrado no aluno, muitos dos entrevistados colocaram a preocupação quanto à dificuldade de síntese e de identificação daqueles conteúdos fundamentais para a formação do estudante. Embora o estudo esteja direcionado pelo tutorial, através da identificação dos objetivos de aprendizagem, freqüentemente os estudantes recolhem um volume de informações que incluem conhecimentos menos importantes, que apesar de guardarem relação com o assunto em estudo, mais atendem à curiosidade do estudante do que contribuem para a compreensão adequada do mesmo. Assim, mesmo diante de um bom volume de informações pesquisadas, alguns conteúdos essenciais acabam não sendo contemplados.

9.2.4 Avaliação

São várias as modalidades avaliativas utilizadas atualmente no curso de Medicina da UEL. Nas atividades do tutorial o tutor avalia o aluno, os colegas avaliam-se entre si, cada aluno realiza uma auto-avaliação e, finalmente, os alunos

avaliam o tutor. A avaliação dos alunos busca revelar, principalmente, a aplicação dos mesmos ao processo, bem como a convivência com os colegas e professores. O aspecto cognitivo é verificado ainda através de provas, propostas pela Comissão de Avaliação, segundo as estratégias de avaliação propostas pela Comissão de Currículo. As habilidades, exercitadas nos Módulos de Habilidades Clínicas e Atitudes, são também avaliadas o que constitui importante diferencial em relação aos cursos tradicionais, por permitir verificar, de forma sistematizada, a aquisição das mesmas.

Muitos dos professores entrevistados manifestam-se insatisfeitos com a avaliação do tutorial. Embora não avalie diretamente o domínio dos conhecimentos, mas o comportamento, a adequação ao processo, vale 40% da nota necessária para aprovação, o que faz com que, mesmo diante de um mau resultado na prova cognitiva, o aluno possa ser aprovado.

Embora existam instrumentos e normas buscando padronizar este tipo de avaliação, sua aplicação prática ainda envolve muita subjetividade por parte do professor, gerando importante diversidade nos resultados dos grupos, conforme o tutor responsável. Segundo alguns tutores, como os alunos também avaliam o tutor, caso este seja muito rigoroso na avaliação dos estudantes, terá também uma avaliação ruim por parte deles. Disso resulta um pacto silencioso entre tutores e tutorados, que acabam recebendo conceitos altos na avaliação, independente de seu desempenho.

9.2.5 Conteúdo

A adesão entre os entrevistados à idéia do aprender a aprender em detrimento da apreensão do conteúdo é controversa. Praticamente todos acham importante desenvolver nos estudantes a capacidade de aprender, de buscar por si só as informações, mas alguns consideram que o domínio dos conteúdos continua sendo fundamental enquanto outros defendem a idéia de que

O conteúdo é o de menos. O importante é aprender a aprender.

Um dos entrevistados, pessoa chave na difusão e implantação das idéias de reformulação do curso, justifica a pouca importância do domínio dos conteúdos por entender que “o curso de Medicina é um curso profissionalizante” e como tal, deve permitir que os estudantes se apropriem do método que lhes permitirá a busca dos conhecimentos necessários para o desempenho do trabalho em cada momento de sua vida. Como esses conhecimentos são muito mutáveis, devido às constantes mudanças nas tecnologias, não há porque apreendê-los, se logo tornar-se-ão inadequados.

A estruturação do currículo tem mesmo esta fundamentação no trabalho, esta marca utilitária, pois os módulos reúnem temas derivados do conjunto de habilidades e conhecimentos previstos como necessários para a formação do profissional adequado às necessidades da sociedade, ou do sistema de saúde.

A formação do médico é entendida como educação para o trabalho, baseada na idéia de fornecer um bom treinamento para a solução de problemas, uma vez que o trabalho do médico se resume, basicamente, a resolver problemas, para o que deverá ter capacidade de buscar soluções, habilidades manuais e habilidades de comunicação e convivência com o paciente e com os colegas de trabalho.

Mais do que conhecer detalhes anatômicos, microbiológicos etc., valorizam-se conteúdos como os de epidemiologia clínica, medicina baseada em evidências, análise crítica de artigos, entendidos como fundamentais para a prática médica na atualidade. A aquisição de habilidades é freqüentemente mais valorizada que a simples aquisição do conhecimento teórico, como fica evidente no depoimento abaixo.

A idéia é colocar os alunos na dança logo no primeiro ano, para eles se sentirem médicos. Mas o que queremos mesmo, nesse estágio, é que aprendam cuidados básicos de enfermagem.

A gente tá preparando o indivíduo pra diagnosticar, pra ver, observar, diagnosticar e tratar. O que a gente tem só que diagnosticar? E com isso a gente estabeleceu alguns parâmetros importantes: o quê que eles tinham que obrigatoriamente ver e o que era coisas mais raras, mais difíceis de analisar.

Sob essa lógica, houve uma redução importante do tempo destinado às atividades teóricas, com aumento daquelas destinadas práticas para aquisição de habilidades mais operacionais.

O número de temas abordados sofreu grande redução, mas sua integração e a eliminação de repetições acabaram permitindo maior aprofundamento em alguns casos, com o acréscimo de alguns aspectos anteriormente não contemplados.

Alguns assuntos, no entanto, foram retirados por serem considerados muito específicos e desnecessários para a formação geral do médico.

Algumas más formações da parede abdominal, detalhes da cirurgia infantil, hérnias, patologias orificiais, por exemplo, diminuiu bem. [...] Tem uma palestra só, que ele tenta dar uma visão pra, pelo menos, as pessoas saberem o que quê é.

Seguindo a lógica da seleção do conhecimento a partir da prática que o médico com formação geral deverá realizar, permaneceram, nesse caso, apenas informações relativas ao diagnóstico das hérnias, retirando-se inclusive as informações referentes à sua gênese.

9.2.5.1 Conteúdo (das disciplinas do ciclo) básico

No que diz respeito às disciplinas básicas, houve redução importante do conteúdo, mantendo-se apenas aquele entendido como aplicável à prática médica atual, ou seja, útil para a formação do médico com o perfil idealizado.

Disciplinas como embriologia, farmacologia, parasitologia, microbiologia, tiveram seus conteúdos bastante reduzidos e distribuídos ao longo do curso, deixando de abordar diversos assuntos, que anteriormente compunham seu conteúdo.

Tem muitos conteúdos que nós enxugamos, porque devido a menos carga horária, de espaço e tal. [...] Tanto é que quando você vai dar uma palestra sobre certas coisas eles ficam ávidos pelos conhecimentos... porque foi tirado.

Nos momentos reservados para a abordagem daqueles assuntos, como a palestra, o tempo é insuficiente; a divisão do tema com a clínica não permite a abordagem de todos os aspectos necessários. Além disso, a principal finalidade das palestras é discutir aspectos que os alunos já estudaram no tutorial e não repassar informações com as quais ainda não tiveram contato.

Nos tutoriais, a abordagem tornou-se superficial e dependente da iniciativa dos estudantes ou da intervenção do tutor, que nem sempre domina o assunto.

A ausência de uma disciplina, com uma programação que garanta uma seqüência lógica de assuntos, tem feito com que alguns professores retomem as aulas, buscando garantir a apropriação de informações consideradas indispensáveis para a formação do médico.

A título de exemplo citaremos alguns temas referidos por professores como de aprendizado insuficiente nesta escola:

Farmacocinética e Farmacodinâmica das drogas, formas de apresentação da Penicilina (Cristalina, Benzatina etc) e suas particularidades; os diversos microorganismos (estafilococo, micobacterium tuberculosis...) sua classificação em gram + e gram -, suas características morfológicas, suas toxinas, sua patogenicidade, virulência, mecanismos de agressão e resistência; a relação entre o tipo de microorganismo e a clínica. Nas palavras de um professor entrevistado

não são dadas as bases para extrapolar para todas as bactérias.

Na parasitologia não são abordados os ectoparasitos, o que faz com que os estudantes se deparem com problemas comuns, como escabiose, somente no atendimento aos pacientes no internato, quando a abordagem é mais direcionada ao diagnóstico e ao tratamento.

Os parasitos intestinais são vistos superficialmente. São estudados apenas os mais comuns na região, deixando de lado, por exemplo, o estudo da Trichiuríase e da Toxoplasmose. A Filariose foi retirada, porque não é endêmica na região e a Malária, que havia sido retirada, foi recolocada porque ocorreram casos de pacientes que vieram de fora de Londrina já com a doença.

Mesmo nos casos dos parasitos que ainda são abordados, seu estudo é mais voltado para a prática clínica, sendo pouco valorizado o conhecimento de aspectos como a sua morfologia.

Na embriologia, houve uma redução importante nos conteúdos, o que tem impedido a abordagem de assuntos considerados fundamentais pelos docentes.

Falta a organogênese. Ele fala de mal formação congênita e um médico precisa saber mal formação congênita. [...] eu vejo assim cada absurdo de laudo médico por falta de conhecimento que é assombroso. Então isso faz falta pra

quem? Faz falta para os acometidos. A gente vê muita criança sem diagnóstico, sem encaminhamento e tomando a medicação errada.

Apesar de reconhecerem que os estudantes desenvolvem a capacidade de busca de informações, os professores das disciplinas básicas em geral demonstram certa apreensão, diante do fato do curso, nos moldes atuais, não garantir o domínio das bases fundamentais de cada área.

O curso não garante o domínio da base da disciplina. No contato com os residentes percebo deficiências básicas importantes. Nos que vinham do curso tradicional não havia tanta deficiência. Porém, hoje os residentes chegam com maior capacidade de pesquisa.

Os alunos ficam com deficiências importantes no ciclo básico. O risco de formar práticos é grande.

Diante dessas dificuldades algumas disciplinas voltaram a ter aulas complementares visando superar as lacunas deixadas pelo novo método.

Se a maioria dos professores das disciplinas básicas manifestou essa preocupação, o professor de Anatomia mostrou-se satisfeito. Com exceção da questão de alguns conteúdos que não são contemplados, segundo ele, a mudança trouxe vantagens, pois anteriormente o aluno memorizava a anatomia descritiva para responder às questões de prova e agora estuda a anatomia topográfica, entendendo sua utilidade para a prática médica.

Na anatomia, apenas a parte de cabeça e pescoço não é contemplada. Boca, faringe, glândulas salivares, ficaram de fora do recorte que o curso fez no conteúdo de anatomia, o módulos montados não trazem problemas relativos à boca. Começam no esôfago.

Na fisiologia há também alto grau de satisfação com a mudança, pois, segundo os entrevistados, não houve retirada de conteúdos essenciais com a reforma.

9.2.5.2 Conteúdo (das disciplinas do ciclo) profissionalizante

Na terceira e na quarta série, que constituiriam o ciclo profissionalizante, o tratamento dos temas continua a dar-se de forma integrada, na solução de problemas, não por aparelhos, por sistemas ou por doenças como nos currículos tradicionais.

Os problemas agora escolhidos aproximam cada vez mais o estudante das competências necessárias para o desempenho da prática médica. Estuda-se, por exemplo, casos de pacientes com dor, fadiga, febre, inflamação, infecção, problemas mentais e de comportamento, perda de sangue, no sentido de compreender seus diferentes tipos, caracterização, classificação, fisiologia, tratamento, epidemiologia, diagnóstico diferencial, principais patologias envolvidas, etiopatogenia e aspectos biopsicossociais.

O enfoque dado na abordagem dos problemas é o da formação geral do médico. O curso da UEL, mesmo antes da reforma em questão, já era marcado por um direcionamento às especialidades básicas, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia, entendidas como necessárias para a formação geral do médico, característica que permanece no currículo atual. Apenas no internato é que os estudantes têm contato com as diversas especialidades e sub-especialidades.

Cabe, no entanto destacar, que apesar da preocupação com a formação geral do médico, os entrevistados reconhecem que, predominantemente, ainda não alcançaram formá-lo para o atendimento ambulatorial geral, em especial na atenção básica.

Nosso aluno sai pronto para atender num serviço de pronto-socorro, não para uma Unidade Básica.

9.2.6 Integração e interdisciplinaridade

A reforma trouxe para o currículo uma grande contribuição no sentido da integração entre os professores.

A integração básico-clínico melhorou muito. Os professores do básico foram muito valorizados. Os problemas são discutidos de forma integrada. Os docentes do clínico estão junto com os do básico planejando junto, apoiando uns aos outros.

A integração entre os assuntos do antigo ciclo básico com os do antigo ciclo clínico ocorre na solução dos problemas, quando o aluno é levado a recorrer aos conhecimentos de várias disciplinas para atingir os objetivos de aprendizado traçados nos tutoriais.

Os conteúdos das disciplinas básicas são contemplados dessa forma, integrados ao paciente, ao contexto biopsicossocial, ao diagnóstico e tratamento da doença.

Apesar de satisfeitos com a integração com os professores das disciplinas do ciclo clínico, os professores das disciplinas básicas entendem que a correlação dos assuntos das diversas disciplinas para o estudante é insuficiente.

A questão da integração não está bem resolvida. A correlação básico-clínico é insuficiente. (...) o tutorial não dá conta. O tutor teria que saber questões do básico e da clínica.

Professores dos módulos mais avançados também percebem algumas deficiências de conteúdos básicos que atribuem ao modo de organizar a aprendizagem nos tutoriais.

Agora, no tutorial a gente também orienta como buscar essas informações. Agora, eles também, eles tem uma autonomia, eles também buscam essas informações. Agora veja bem, vamos supor que você tenha que estudar um determinado assunto. Ele tem as diretrizes do que ele tem que buscar nesse assunto. Essas diretrizes, eles muitas vezes podem distorcer essas diretrizes, certo, como buscar essas informações e onde buscar essas informações, muitas vezes eles procuram em locais, em sites que não são legais. Então, acho que isso é problema.

O caso em si, talvez não tenha, assim, não direciona exatamente pra você saber o que que é. Você precisa saber exatamente o que é esse metabolismo e o que que é essa estrutura? Não!

No final do tutorial nos começamos a conversar sobre infecções, até no ponto que um aluno me comentou que ele não sabia a definição, o que que era, por exemplo, ele achava que a tuberculose era causada por um vírus. Isso no terceiro

ano. Eu fiquei inicialmente assustado com isso, só que foi uma coisa extremamente pontual, só que até que ponto isso é relevante ou não, isso eu não sei te dizer.

Um exemplo que ocorreu com aluno do quarto ano: coagulação na perda de sangue. Então você vê que eles sabem alguns controles da coagulação sanguínea, sabem profundamente; aí, de repente, você faz uma pergunta básica: “oh, fator de coagulação são proteínas”. De repente eles têm dificuldade em dizer o que que é uma proteína. Entendeu? Então parece que são conhecimentos que se aprofundam em determinadas coisas e em outras nem tanto. E uma coisa básica talvez eles não saibam.

A parte de conhecimento de algum mecanismo, eles vem com uma boa preparação. Só que eventualmente eles vêm com o conhecimento um pouco segmentado, eles não conseguem, assim, interligar algumas coisas. Mas assim, alguns pontos... por exemplo, assim, a estrutura de uma proteína ou de uma hemoglobina, eventualmente eles não sabem. Por outro lado, alguns mecanismos eles sabem sim, profundamente. Então se vê que tem conhecimentos, em determinados pontos, que eles vêm bastante preparados e outros nem tanto. Não seria assim... eu acho que oscila muito tem coisa que tem bastante profundidade e outras ficam muito superficial.

A integração dos assuntos de uma mesma área, segundo a opinião dos entrevistados, sofreu grande melhora, em relação ao tempo da organização por disciplinas, com boa articulação entre as atividades seqüenciais. Anteriormente, cada aula não guardava necessariamente uma relação de coerência com as demais, o que atualmente ocorre.

Dentro da própria disciplina. Eu não sabia o que o professor tava falando, então se ele deu aula de *helicobacter* ontem, e eu dou aula de úlcera hoje, eu não me interessava, ninguém sabia nada. [...] Eu fazia o programa da disciplina de gastro: segunda-feira aula de hérnia de hiato, terça de úlcera, quarta-feira aula de... não tinha nenhuma integração entre as matérias dentro da gastro e hoje tem.

Outro aspecto destacado como fruto da melhor integração foi o fato de que alguns assuntos deixaram de ser pulverizados entre diversas disciplinas, o que causava repetições ou informações conflitantes, como bem ilustra o depoimento abaixo.

Eles estudavam icterícia. Estudava icterícia na pediatria, estudava na icterícia nas moléstias infecciosas, estudava icterícia na gastro, tudo isso de uma maneira muito estanque. Então na cabeça dos meninos tinha três tipos de icterícia. E era a mesma coisa. E agora eles estudam nesse módulo, começa a icterícia que é mais da hepatite aguda, depois eles vão pra causas obstrutivas, depois eles voltam, depois que eles entendem todo esse processo, eles voltam pra icterícia do recém-nascido. [...] Estudava diarreia na criança, era uma, diarreia do adulto era outra. Hoje a gente começa por diarreia aguda e vai pra diarreia crônica pegando todas essas fases da vida da pessoa.

9.2.7 Compreensão do processo saúde-doença

A compreensão do processo saúde-doença, das relações do biológico com o social, do individual com o coletivo está fundada, principalmente no conceito ecológico de saúde, que a compreende como resultado do equilíbrio entre agente, hospedeiro e meio ambiente.

As questões ligadas à relação biológico-social, individual-coletivo, são garantidas quase que exclusivamente nas atividades de pesquisa feitas no 2º ano.

Houve, com a reforma, uma preocupação com o incremento da reflexão sobre o processo saúde doença e atualmente discute-se muito mais a relação biopsicossocial. Os entrevistados, no entanto, ainda consideram que a abordagem da relação individual-coletivo, biológico-social é insuficiente, sendo muito pouco abordada em alguns módulos, mesmo nas atividades ambulatoriais realizadas nas Unidades de Saúde. Essa, no entanto, é uma característica que o curso já possuía, mesmo antes da reforma e que sofreu pouca alteração após a mesma.

A questão social é analisada em relação às condições do meio em que se inserem os pacientes, suas condições de moradias, hábitos, costumes, credences, conhecimentos populares, capacidade de aquisição de medicamentos, no sentido de verificar as possibilidades de adesão às recomendações da equipe de saúde e buscar possíveis soluções locais para os problemas observados como bem demonstram os depoimentos abaixo.

Se o médico ou essa equipe multiprofissional não tiver um entendimento adequado de tudo que cerca o paciente, a tentativa terapêutica dele falha.

Entender que o que está acontecendo com ele é resultado da condição que ele tá vivendo. Que não tem jeito de dissociar o indivíduo da questão social, da questão biopsicoemocional.

O modelo que a gente tinha anteriormente era assim: “fiz o diagnóstico, proponho a terapêutica, agora se o paciente não consegue comprar o medicamento, o problema é dele. Se ele não consegue ter uma área de trabalho adequada a questão emocional dele, não é um problema não é nosso.

Talvez o paciente com AVC não estivesse no hospital se tivesse sido cuidado na hora... não soubesse, tivesse sido cuidado da hipertensão que aqui é importante; ou quais os fatores que fizeram que ele não tivesse o atendimento adequado aqui pra chegar lá.

10 DISCUSSÃO

O estabelecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, assim como para os demais cursos da área da saúde, tem sido encarado como importante passo contributivo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, uma vez que resultaria na produção de profissionais com uma formação adequada às necessidades do trabalho moldado por este sistema.

Há, portanto, um forte pensamento de que a adesão a tais idéias representaria uma posição progressista, com a adesão ao projeto democrático e solidário de construção e solidificação de um sistema de saúde público e universal.

Em tempos neoliberais, nos quais, ao lado da drástica redução de renda, aumento da precarização das relações de trabalho e do desemprego, o Estado se desvencilha das políticas sociais, num movimento de firme retrocesso e abandono da responsabilidade pela reprodução da força de trabalho, aderir a propostas que apontam para o sentido inverso, de fortalecimento de uma política pública fundamental como a da saúde, carrega a imagem de “progressista” luta contra-hegemônica, no sentido da construção de uma sociedade mais humanitária.

Diante disso parece-nos imperativo analisar alguns aspectos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e produções afins, buscando captar o grau de coerência entre os propósitos apontados, a orientação pedagógica preconizada e a construção de um sistema de saúde melhor assim como de uma sociedade mais saudável.

Não podemos deixar de reconhecer que as propostas de mudanças guardam grande coerência com a base filosófica e o referencial teórico que as sustentam. Ou seja, para os fins pretendidos, a filiação filosófica e a opção metodológica foram muito adequadas. A política educacional brasileira das últimas décadas do século passado até a atualidade é, nas palavras de Duarte (2004) “parte do projeto de adequação do Brasil aos moldes ditados pelo capitalismo mundializado”, ou seja, uma adaptação ao mercado mundial. (DUARTE, 2004, p.45)

As diretrizes curriculares, no entanto, são marcadas pela ambigüidade o que, intencionalmente ou não, conscientemente ou não, acaba por ofuscar seus compromissos ideológicos com os interesses do mercado. Seu texto, em consonância com os documentos internacionais de orientação das mudanças

educacionais da atualidade, busca conciliar posições ideológicas opostas. Nesse aspecto observa-se nas Diretrizes, por exemplo, uma semelhança com o “Relatório Delors” que, segundo Duarte, busca um equilíbrio e conciliação entre pólos opostos, constituindo um recurso discursivo para manter-se no meio do caminho entre posições antagônicas. Apresenta os conflitos que marcam a sociedade atual, mas, pela posição ideológica assumida, não alcança apontar o capitalismo contemporâneo como gerador desses conflitos. (DUARTE, 2004)

O consenso em torno dos caminhos a serem trilhados, de que falam vários dos defensores das propostas de mudança nos moldes indicados pelas diretrizes, segundo Gentilli (1996), se dá entre os que comungam do ideário neoliberal e de uma visão pós-moderna, da realidade atual.

Para o citado autor, poderíamos dizer que existe um *consenso estratégico* entre políticos, tecnocratas e intelectuais conservadores sobre como e com que receitas enfrentarem a crise educacional. Obviamente, tal consenso decorre da formulação de um diagnóstico comum (a partir do qual é possível *explicar e descrever* os motivos que originam a crise) e, ao mesmo tempo, de uma identificação também comum sobre os supostos responsáveis por essa crise. A experiência internacional parece indicar a existência de um *Consenso de Washington*, também no plano das políticas de reforma educacional. (GENTILLI, 1996 p. 24)

Trata-se, como já dissemos, de uma visão adequada à necessidade de adaptar os trabalhadores às remodelações estabelecidas no mundo do trabalho, marcadas pela insegurança, flexibilidade e desqualificação do trabalhador, que deverá por conta própria manter-se adestrado para desempenhar qualquer tipo de trabalho que possa surgir como oportunidade de emprego.

Buscaremos agora rever os principais aspectos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, no sentido de verificar em que medida as reformas implantadas nas universidades estudadas respondem a suas indicações. Não nos debruçaremos a comentar cada aspecto das diretrizes, somente aqueles que nos parecem fundamentais para a compreensão de nosso objeto de estudo. Naturalmente as diretrizes contêm, pela ambigüidade que as caracterizam, aspectos com os quais concordamos e aspectos com os quais nos posicionamos diametralmente contrários. Em nossa análise excluimos a discussão da totalidade

dos conceitos enunciados nas diretrizes pela impossibilidade de fazê-lo nos limites do presente estudo. Os aspectos cuja análise não realizamos são, no nosso entender, os que menos contribuem para desvelar os fatos que nos propusemos estudar.

10.1 SOBRE A FORMAÇÃO GENERALISTA

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina enfatizam a necessidade de um médico com formação geral, em contraposição à tendência atual de um ensino precocemente voltado para as especialidades médicas.

Para fazermos nossas observações sobre a formação geral ou especializada, entendemos que é necessário compreender o sentido da especialização. Para tal recorreremos a alguns conceitos marxianos, além de contribuições de outros autores como Braverman, Smith entre outros.

O trabalho humano adquire especificidades e diferencia-se em especialidades por motivos muito distintos.

O homem se produz como ser humano, diferentemente dos outros animais, ao produzir seus meios de produção, objetos humanos necessários para sua sobrevivência.

[...] o primeiro pressuposto de toda a existência humana e de toda a história é que os homens devem estar em condições de viver para poder “fazer história”. Mas, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam a satisfação das necessidades, a produção da própria vida material, e de fato este é um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história, que ainda hoje, como há milhares de anos, deve ser cumprido todos os dias e todas as horas, simplesmente para manter os seres humanos vivos. (MARX e ENGELS, 2004, p 53)

A produção humana dos meios de sobrevivência é fruto do trabalho social, constituído pelo conjunto de diferentes trabalhos que se articulam numa relação de

interdependência. Para que alguns possam cuidar da produção de moradias, de transporte ou de comunicação, por exemplo, é preciso que outros se ocupem da produção de alimentos, roupas, cuidados médicos etc. Desta forma, a humanidade realiza uma divisão de tarefas, ofícios ou especialidades da produção, à qual Marx denomina de *divisão social do trabalho*.

Nas formações sociais capitalistas, a divisão do trabalho modifica-se em intensidade e qualidade em relação a essa distribuição de tarefas, ofícios ou especialidades que caracterizam a produção social humana em geral. Se a divisão do trabalho em especialidades produtivas ocorreu em todas as formações sociais conhecidas, “nenhuma sociedade antes do capitalismo subdividiu sistematicamente o trabalho de cada especialidade produtiva em operações limitadas”. (BRAVERMAN, 1987, p.70)

A divisão pormenorizada do trabalho, ocorrida no capitalismo, consiste na fragmentação dos processos inerentes à produção em numerosas operações executadas por diferentes trabalhadores. Como esclarece Braverman (1987), difere bastante, da divisão social do trabalho e gera resultados às vezes opostos aos desta.

A divisão social do trabalho divide a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção; a divisão pormenorizada do trabalho destrói ocupações consideradas neste sentido, e torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção. [...] Enquanto a divisão social do trabalho subdivide a *sociedade*, a divisão parcelada do trabalho subdivide o *homem*, e enquanto a subdivisão da sociedade pode fortalecer o indivíduo e a espécie, a subdivisão do indivíduo, quando efetuada com menosprezo das capacidades e necessidades humanas, é um crime contra a pessoa e contra a humanidade. (BRAVERMAN, 1987, p.72)

É preciso deixar claro, portanto, que o especialista que surgiu já nas sociedades pré-capitalistas, é aquele trabalhador que realiza um ofício, que constitui uma espécie de trabalho diferente de outras espécies. Ou seja, um ofício, uma especialidade, que é uma espécie de trabalho e não um fragmento de uma espécie de trabalho. Uma espécie de trabalho que constitui uma totalidade em relação à sua finalidade, ao fim a que se destina o trabalho. Um fragmento de trabalho, uma fração de uma espécie de trabalho, fruto da divisão pormenorizada, tem um fim também

fragmentado, que não tem significado, senão como parte da totalidade. O especialista pré-capitalista é responsável pela totalidade, pelo trabalho dirigido a um fim. O capitalismo, com a divisão pormenorizada do trabalho, produz o trabalhador parcial, responsável apenas por um fragmento desse trabalho, destruindo, assim, o ofício como um processo sob o controle do trabalhador.

Em nossa sociedade, no entanto, na dependência da parcela que cada trabalhador parcial realiza, sua ocupação se aproxima mais ou menos daquela totalidade do trabalho a qual nos referimos. Assim como o aprendiz de artesão, o cirurgião auxiliar participa de um trabalho inteiro, como uma totalidade voltada a um fim. São especialistas em formação.

Como o cirurgião não consegue fixar determinada estrutura para seccioná-la ou suturá-la ao mesmo tempo, a união de seu trabalho com o de outro cirurgião cria aí uma nova capacidade para a realização de um trabalho sobre o qual ambos possuem boa dose de domínio. Nesse processo, o cirurgião auxiliar vai-se apropriando cada vez mais das técnicas e adquirindo maior destreza para realizá-las.

A divisão do trabalho do cirurgião se dá também com o anestesista, com a diferença de que este não mais auxilia aquele em suas ações, mas realiza ações complementares, que ganham certa especificidade e autonomia, em relação às ações do cirurgião. A introdução da anestesia nas cirurgias desencadeia o surgimento de uma nova especialidade, uma espécie de trabalho que tem como fim evitar a dor do paciente, suscitando a formação de um novo especialista.

Esse tipo de divisão do trabalho difere, no entanto, daquela na qual se insere o instrumentador cirúrgico. Sua ocupação consiste na simples entrega de materiais solicitados pelo cirurgião. A diferença em relação ao cirurgião auxiliar reside no fato do instrumentador realizar um trabalho totalmente subordinado ao controle do cirurgião. O trabalho do instrumentador facilita a ação do cirurgião, livrando-o de realizar um trabalho que exige menor qualificação. Quando o cirurgião divide o trabalho com o cirurgião auxiliar, ou com um aprendiz, cada um faz uma parcela conforme sua capacidade, muitas vezes alternando-se nas ações, inclusive de entrega de materiais um para o outro. A introdução do instrumentador nesse processo, não tem o intuito de capacitá-lo para desempenhar o trabalho de cirurgião, mas de fazê-lo funcionar como fragmento (mais barato) do trabalhador coletivo

(conjunto de trabalhadores parciais que realizam um mesmo trabalho em cooperação).

Com a divisão pormenorizada do trabalho o trabalhador coletivo possui

[...] todas as propriedades produtivas no mesmo grau de virtuosidade e ao mesmo tempo as despende da maneira mais econômica, empregando todos os seus órgãos, individualizadas em trabalhadores ou grupos de trabalhadores determinados, exclusivamente para suas funções específicas. A unilateralidade e mesmo imperfeição do trabalhador parcial tornam-se sua perfeição como membro do trabalhador coletivo. O hábito de exercer uma função unilateral transforma-o em seu órgão natural e de atuação segura, enquanto a conexão do mecanismo global o obriga a operar com regularidade de um componente de máquina. (MARX, 1996, p 465)

Reportando-se à forma de organizar o trabalho dividido pormenorizadamente na manufatura, MARX (1996) afirma que

A manufatura cria portanto em todo ofício, de que se apossa, uma classe dos chamados de trabalhadores não qualificados, os quais eram rigorosamente excluídos pelo artesanato. Se ela desenvolve a especialidade inteiramente unilateralizada, à custa da capacidade total de trabalho, até a virtuosidade, ela já começa também a fazer da falta de todo desenvolvimento uma especialidade. Ao lado da graduação hierárquica surge a simples separação dos trabalhadores em qualificados e não qualificados. Para os últimos os custos de aprendizagem desaparecem por inteiro, para os primeiros esses custos se reduzem, em comparação com o artesão, devido à função simplificada. Em ambos os casos cai o valor da força de trabalho. Ocorrem exceções na medida em que a decomposição do processo de trabalho gerava novas funções compreensivas que no artesanato ou não existiam ou não na mesma extensão. A desvalorização relativa da força de trabalho, que decorre da eliminação ou da redução dos custos de aprendizagem, implica diretamente uma valorização maior do capital, pois tudo que reduz o tempo de trabalho necessário para reproduzir a força de trabalho amplia os domínios do mais-trabalho. (Marx, 1996, p 465-466)

Adam Smith, em sua obra intitulada “Investigação sobre a Natureza e as Causas da Riqueza das Nações”, embora reconhecesse que as diferentes capacidades dos diversos homens fosse resultado da divisão do trabalho e da educação (SMITH, 1979), apresentava com entusiasmo a utilidade daquela divisão

para o “crescente desenvolvimento da produtividade do trabalho, e o aumento do engenho, destreza e discernimento ao qual está ligado”. (SMITH, 1979, p7)

Willian Petty, Babbage e outros economistas também já haviam apresentado as vantagens da divisão do trabalho para o Capital. (BRAVERMAN, 1987)

A questão central, a ser compreendida com base nestes autores e principalmente nos conceitos marxianos, é que a especialização, fruto da divisão social do trabalho, que gera diferentes ofícios, é diferente daquela que é fruto da divisão pormenorizada do trabalho, que gera trabalhadores parciais. Que o trabalhador coletivo que é fruto dessa divisão pormenorizada é composto por diversos trabalhadores parciais, alguns dos quais com baixíssima capacitação. E isso não desqualifica o trabalho coletivo resultante, uma vez que há parcelas de trabalho que não exigem, mesmo, nenhuma ou quase nenhuma qualificação.

Como os processos de trabalho no capitalismo estão organizados na busca permanente da extração máxima da mais-valia, interessa ao capital simplificá-los, possibilitando sua realização por uma força de trabalho menos qualificada e, portanto, mais barata.

A força de trabalho desqualificada é uma força de trabalho não capacitada para um trabalho específico, mas que está disponível para qualquer trabalho em geral, que não exija qualificação.

Nesse sentido, somos contrários à formação de um médico geral, se esse representar aquele que poderia assumir qualquer parcela do trabalho coletivo da assistência médica que não exigisse maior qualificação. Um trabalhador com pouquíssima especificidade, formado quase que para um trabalho abstrato, não para um trabalho específico, mas para uma parcela qualquer muito simples do trabalho médico. Uma parcela sem especificidade, apenas dispêndio de força de trabalho. Um trabalhador flexível, ou polivalente que, segundo Antunes (1997), significa, mais do que alguém com maior qualificação, um trabalhador com capacidade de operar com várias máquinas, combinando várias tarefas simples. (ANTUNES, 1997, p. 26)

Entendemos que, dentro dos limites do curso de graduação em medicina, um médico com formação geral é o mais adequado se por médico geral concebermos o especialista em cuidar da saúde das pessoas, sem limitar-se a um segmento ou função específica do organismo humano, mas principalmente, sem limitar-se a um fragmento desqualificado do processo de cuidado médico.

A formação, na graduação, de um médico voltado apenas a um segmento específico ou função específica do organismo, pode prejudicar o aprendizado dos demais segmentos ou funções e, senão de todos, dos principais processos envolvidos na manutenção da saúde e no combate à doença; pode induzir a uma visão fragmentada do paciente que acaba reduzido a mero portador de um desajuste no segmento ou na função do organismo que é objeto de estudo e intervenção do referido médico.

A formação geral, no entanto, deverá ocorrer a partir da apropriação do máximo dos conhecimentos científicos obtidos até então pelo trabalho médico e que o fundamentam. Isso não significa, de forma alguma, o aprendizado das técnicas de cada especialidade em que se divide socialmente o trabalho médico, mas da teoria que as fundamenta, pois o médico com formação geral deverá especializar-se em técnicas diferentes daquelas utilizadas pelos especialistas de cada segmento ou função.

É preciso formar esse médico geral que presta o cuidado fundamental (básico), resolvendo 80% dos problemas (CAMPOS, 2005) e identificando melhor as situações que requerem recursos diagnósticos ou terapêuticos de maior densidade tecnológica. Na grande maioria das vezes, nem o paciente, nem o médico especializado em um segmento ou numa função do organismo, são mais indicados que o médico de formação geral para decidir sobre os meios profiláticos, diagnósticos ou terapêuticos mais adequados. Mas também é preciso formar os médicos especializados pelas partes ou funções específicas do corpo, mais aptos para realizar as intervenções que exigem conhecimentos e habilidades bem específicos.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina indicam a formação do médico geral durante a graduação e do médico especializado em partes ou funções do organismo humano na pós-graduação.

Com base no que expusemos anteriormente podemos concluir que, na maioria dos casos, tanto o médico geral quanto o especialista podem ser formados durante a graduação, em condições de desempenhar eficientemente uma parcela resultante da divisão pormenorizada do trabalho médico.

Já argumentamos exaustivamente, no entanto, quanto à desqualificação desse trabalhador assim formado. Entendemos que durante a graduação é preciso

formar um médico geral, como já dissemos, com amplo domínio do conhecimento da medicina, que poderá, posteriormente, adquirir conhecimentos, técnicas e destrezas mais específicas para desempenhar atividades também mais específicas próprias do médico especialista.

É preciso muito cuidado, portanto, na leitura das recomendações da formação de um médico para atender os problemas mais comuns/freqüentes; uma formação que evitaria a extensão desnecessária da formação médica, que poderia ocorrer em menor tempo, com menor custo. Argumenta-se que os conhecimentos produzidos atualmente são tantos, que não seria possível transmiti-los durante a graduação, diante do que o importante seria aprender a aprender e, durante a graduação, ocupar-se apenas das informações mais diretamente ligadas à realização das ações mais comuns.

Entendemos, de forma diversa, que o ideal seria que todos se especializassem no sentido de mais se apropriar dos fundamentos científicos do trabalho. Mesmo que, numa divisão pormenorizada do trabalho médico, seja possível desempenhar a medicina sem o pleno domínio desses fundamentos.

É possível formar um médico geral ou um especialista em partes ou funções do organismo com menos gasto se estes não precisarem “perder tempo” estudando toda aquela fundamentação científica geral, mas apenas gastarem seu tempo aprendendo a aprender, aprendendo a pesquisar e seguir os protocolos, além de adquirir as habilidades e destrezas próprias da atividade específica que desempenharão. O trabalhador que é um especialista em realizar uma parcela resultante da divisão pormenorizada do trabalho, não requer, como já dissemos, grande qualificação.

É evidente que aqueles trabalhadores responsáveis pela realização de parcelas mais complexas do trabalho, requerem maior tempo de trabalho para sua capacitação. A tendência do progresso científico capitalista, no entanto, é no sentido de simplificar o trabalho, ao fixar nos meios de produção o conhecimento produzido. Ou seja, ao transferir para a máquina ou para o protocolo o conhecimento o capital simplifica o trabalho, retirando do trabalhador a necessidade do domínio daquele conhecimento. O trabalhador não precisará compreender o funcionamento da máquina, ou a razão dos procedimentos preconizados no protocolo de atendimento

médico. Bastará que aprenda a utilizá-los, o que exigirá pouco tempo de trabalho para sua capacitação.

Por sua vez, assim como demonstrado por Marx em “O Capital (1996), em relação aos trabalhadores responsáveis pela confecção da máquina, os trabalhadores responsáveis pela elaboração do protocolo necessitarão sempre maior investimento em sua formação, pois, constituem força de trabalho que requer grande tempo de trabalho para ser produzida, tendo, assim, valor mais elevado.

Aqueles trabalhadores que realizam um trabalho complexo, que requer um maior número de operações manuais ou intelectuais ou um trabalho que inclui operações que exigem grande habilidade, constituem ao menos temporariamente, como já dissemos, força de trabalho de maior custo que o trabalhador que executa o trabalho simples. Como esse trabalho complexo viabiliza o consumo dos produtos da indústria médico farmacêutica, ou seja, permite realizar a mais-valia dessa indústria, será mantido, até que a ciência, a serviço do capital, consiga simplificá-lo a ponto de dispensar o trabalhador que o executa, substituindo-o pela máquina ou por um trabalhador de menor qualificação.

Em síntese, o que queremos demonstrar é que, seja para formar o trabalhador geral, sem qualificação específica, seja para formar o especialista “pormenorizado”, mero consumidor de tecnologia, a apropriação dos fundamentos científicos é realmente desnecessária e o tempo para sua formação tende a reduzir-se.

Parecer-nos, no entanto, que formar meros consumidores de tecnologia não permitirá obter os médicos com autonomia intelectual conforme se preconiza.

Se o médico hoje formado é um especialista “pormenorizado”, que observa apenas um fragmento do ser humano adoecido, através de intervenções pontuais, episódicas, descuidando da prevenção e da promoção da saúde, é porque está subordinado aos aspectos da lógica do capital que expusemos acima. Aí está a raiz do problema. Se quisermos modificar radicalmente esse profissional, é sobre essa raiz que teremos que intervir.

A especialização, como procuramos demonstrar, como fruto da divisão social, contribui para a humanização. Como fruto da divisão pormenorizada subdivide o homem, subtraindo-lhe possibilidades de apropriação da produção humana.

O aprofundamento da subjugação da natureza pelo trabalho humano produz a necessidade de novos objetos e meios de trabalho, impulsionando o surgimento de novas especialidades, que exigirão por sua vez uma nova qualificação. O mal a ser combatido, portanto, não é a especialização em geral, mas a apropriação privada do conhecimento produzido, e a produção de especialistas “pormenorizados”.

Em nossa pesquisa, pudemos perceber de ambas as escolas estudadas, uma preocupação em formar um médico geral. O modo de buscar a formação do mesmo, entretanto, ocorre de forma diversa em cada uma delas.

A UEL não precisou modificar significativamente seu currículo no sentido da formação de um médico geral, pois já possuía esse direcionamento. Mesmo antes do advento das diretrizes o curso da UEL, em seu “ciclo clínico”, já se caracterizava por organizar nas grandes áreas básicas (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia) a aprendizagem dos alunos. No internato, porém, setor menos afetado pela reforma, a inserção dos estudantes é bastante fragmentada, caracterizada pela passagem por diversos serviços de especialidades.

A grande mudança ocorrida nessa escola, no entanto, refere-se à adesão ao ideário do aprender a aprender, denotando uma tendência à formação do médico geral flexível, com o risco do empobrecimento do conhecimento que lhe dá sustentação. As implicações desse direcionamento serão discutidas adiante.

A UFPR, por sua vez, marcada fortemente por uma formação com direcionamento especializado, buscou atacar frontalmente essa questão, deflagrando a “guerra contra as especialidades”, da qual, segundo o depoimento dos entrevistados, saiu perdedora.

A carga horária das disciplinas de especialidades foi drasticamente reduzida, passando a compor as chamadas disciplinas integradas, nas quais apenas os conteúdos mais gerais de cada especialidade, úteis na formação geral do médico, seriam contemplados. O resultado de tal mudança foi, em geral, uma pauperização dos conteúdos das disciplinas, algumas vezes acompanhada de um descaso pelas mesmas por parte de professores e estudantes. Teve como reação, por parte dos professores especialistas, a proposição de disciplinas optativas, nas quais mantiveram sua perspectiva de especialização. Tais disciplinas, mais valorizadas também pelos estudantes, mantêm a influência da especialização para aqueles que as freqüentam. Somente a cardiologia, no entanto, consegue ofertar um número de

vagas suficiente para todos os estudantes. Nas outras especialidades, cerca de 75% dos alunos ficam impossibilitados de receber tal ensinamento. Portanto, se 25% deles mantém a perspectiva da especialidade, 75% não conseguem sequer assegurar um contato significativo com os temas de cada área, mesmo que com essa perspectiva.

Nas PAG, local no qual deveria ocorrer um atendimento geral, também os professores acabam selecionando pacientes com problemas com os quais sentem maior afinidade e estão mais preparados para o ensino, acabando por constituir, em lugar do desejado ambulatório geral, um verdadeiro mosaico de especialidades.

No internato, assim como na UEL, setor menos afetado pela reforma, a inserção dos estudantes é também fragmentada entre os diversos serviços de especialidades. O internato na Saúde Coletiva, além de optativo, ou não inclui atividades clínicas, por não contar com professores para tal supervisão, ou inclui esse tipo de atividade com supervisão realizada por profissional dos serviços. Esse profissional, sem qualquer vínculo formal com a Universidade e, muitas vezes, sem a liberação por parte do próprio serviço, dificilmente consegue realizar uma prática educativa consistente, que traga efetiva contribuição para a formação dos estudantes.

Assim como na UEL, embora por caminhos diversos, percebe-se o risco de tornar superficial a formação, o que analisaremos com maior profundidade posteriormente quando discutirmos a questão das mudanças no método de ensino-aprendizagem.

10.2 SOBRE A FORMAÇÃO HUMANISTA

O movimento de reforma que hora vivemos tem destacado também a necessidade de se investir no caráter humanista da formação do médico. Entendemos que é necessário definir de que humanismo se trata, pois os documentos, em nossa opinião, tratam esse conceito de forma superficial, como se houvesse um consenso universal que dispensasse sua definição, transitando entre diversas visões ou, até mesmo, tomando-o com o sentido de humanitarismo.

Se entendermos que o homem se humaniza à medida que modifica a natureza, criando os meios de sobrevivência, adaptando-a a seus desígnios, uma prática médica humanista deveria estar a serviço da apropriação do objeto da produção do gênero humano pela totalidade dos indivíduos.

Uma citação de Leontiev feita por Duarte (2004, p.105) vale a pena ser reproduzida aqui por seu caráter bastante esclarecedor quanto a essa questão.

Assim, o desenvolvimento espiritual, psíquico, dos indivíduos, é o produto de um processo antes de mais nada particular; o processo de apropriação, que falta no animal, tal como, aliás, o processo inverso de objetivação das suas faculdades nos produtos objetivos de sua atividade. Convém sublinhar que este processo se distingue do processo de adaptação individual ao meio natural, pois a extensão sem reservas do conceito de equilíbrio e adaptação ao meio ao desenvolvimento ontogenético do homem é quase universalmente admitido. Se se aplica este conceito ao homem sem análise conveniente, apenas estamos a esconder o verdadeiro quadro do desenvolvimento humano (LEONTIEV, 1978, p. 168 citado por DUARTE, 2004)

A humanização de que tratam as diretrizes, nos parecem, nem se aproximam do conceito aqui apresentado, uma vez que o discurso é fortemente marcado pela necessidade de uma educação que adapte o homem à realidade, ou às “necessidades atuais da sociedade”. O ensino por competências, o aprender a aprender, o aprender a fazer, o aprender a ser e conviver, têm a intenção explícita de adaptar o trabalhador ao mundo do trabalho nas condições atuais, buscando garantir sua reprodução, ou seja, sua preservação. Uma mudança efetiva significaria a revolução, que transformaria a sociedade em outra, na qual a produção de valores de uso e não de valores de troca, e a apropriação coletiva desses valores de uso estariam acima de tudo. Uma sociedade que buscasse proporcionar a cada um a possibilidade do máximo desenvolvimento de suas potencialidades, disponibilizando, para isso, todo o necessário para satisfazer suas necessidades. Certamente não é a essa humanização que se referem as diretrizes.

O Humanismo é a doutrina filosófica que coloca o desenvolvimento do homem como fim maior da vida em sociedade. Esta doutrina apresenta diversas correntes (secular, religiosa, renascentista, marxista, comtiana etc.) que se diferenciam dependendo do aspecto que enfatizam na busca do desenvolvimento humano.

Para nossa análise o aspecto fundamental nessa diferenciação é a idéia de humano ou humanidade sobre a qual se fundam essas correntes. A maioria delas entende que o papel do humanismo seria de contribuir para o desenvolvimento humano no sentido de aproximar a humanidade de sua “essência”. Ou, como nos diz Salvatore Puleda a respeito disso em seu livro "Interpretaciones del Humanismo", fazendo com que o homem se aproxime cada vez mais de si. (PULEDDA, 1996)

Trata-se de um “Humanismo Teórico” que, como nos adverte Louis Althusser, em dois textos denominados “A querela do humanismo” e “A querela do humanismo II”, publicados no Brasil pela revista Crítica Marxista, constitui sério entrave para a humanização com o significado de apropriação do produto da humanidade.

Althusser nos explica que o conceito de Humanismo Teórico parte de uma concepção idealista de homem de Feuerbach, segundo a qual haveria uma essência humana genérica que se manifestaria através dos objetos produzidos pelo homem. Esses produtos do “mundo humano” estariam inseridos em diversas esferas: econômica, política, religiosa, moral, filosófica, artística etc.

Nas palavras do autor,

A Essência humana é dotada de atributos genéricos, que se realizam objetivando-se em objetos que são o “espelho” onde o homem não lida nunca senão com sua essência, e apenas com a sua ‘essência, mesmo quando pensa estar lidando com Deus. (ALTHUSSER, 1999.p 25)

Para Althusser, nesse processo de idealização, o homem é tomado como um “ser excepcional que tem por atributos o Universal, a Razão, a Consciência (racional, moral e religiosa) e o Amor”. (ALTHUSSER, 2002, p.56)

Se essa é a essência humana, a história dos homens seria restrita à “relação especular da Essência humana e seus objetos (por excelência a religião, mas também as ciências, a arte, a filosofia, a política o Estado, etc.)”. (ALTHUSSER, 1999, p.25)

Nessa perspectiva a humanização constitui a aproximação do homem àquela sua essência idealizada, em outras palavras, constitui na redução ou eliminação da diferença entre os indivíduos e o “gênero humano”, permitindo realizar o que ainda não foi realizado dos atributos da Essência humana. (ALTHUSSER, 1999.)

Segundo Althusser, ao tomar como reflexo da Essência humana os objetos humanos, entre os quais o Estado, a religião, a moral, entre outros, Feuerbach ou os filósofos do século XVIII “pretendem deduzir a essência do homem da *aparência* do indivíduo burguês e pequeno-burguês de seu tempo”. (ALTHUSSER, 2002, p. 63) dessa forma, todos os que adotam a idéia de que a essência humana está refletida pelos objetos humanos existentes, acabam contribuindo para legitimar a ordem vigente, ao “humanizá-la”, o que neste caso significa naturalizá-la.

Naturalizada a ordem social, ocultada sua historicidade, restará clamar pela reaproximação do homem à sua essência ou fazer como Feuerbach, que segundo Althusser “anunciava, em acentos patéticos e proféticos, os Tempos Novos da Liberdade e da Fraternidade Humanas”. (ALTHUSSER, 1999, p. 26)

Para Althusser existe uma relação não acidental entre o humanismo e o liberalismo (ALTHUSSER, 1999). O Humanismo Teórico, desde seu nascimento, desempenha papel ideológico fundamental na legitimação e manutenção da ordem burguesa, buscando refrear os movimentos da classe trabalhadora, substituindo a idéia da mudança radical da sociedade pela reforma da consciência. É a consciência humana, a religiosidade, a ética, o amor que devem ser buscados e desenvolvidos no interior de cada um, não a mudança social.

Não é sobre as barricadas que se decide o destino da humanidade, nem com mais razão ainda, o destino da classe operária, mas na reforma da consciência no reconhecimento que a religião de Deus não é, por toda a eternidade, senão a religião do Homem que se desconhece. (ALTHUSSER, 1999, p.26).

Para alcançarmos uma sociedade mais humana na concepção que colocamos de início, que permita que os homens participem da atividade humana criadora de suas condições de existência e delas se apropriem, é necessário explicitar o sentido do humanismo a que se referem as diretrizes. O sentido que guarda coerência com o pensamento amplamente divulgado em torno das mudanças atuais na educação em geral e na educação médica em particular, que devem servir para a melhor adaptação dos trabalhadores ao mundo do trabalho da atualidade, é este do Humanismo Teórico.

Somente ao compreendermos que:

O Humanismo Teórico mostrou o que ele era: uma impostura, nem mesmo uma teoria, nada: vento. Ou melhor, um sério

obstáculo à teoria, o qual deverá ser varrido. Sobre o plano da ideologia: um desejo, desarmado, mas perigoso. O desejo da pequena-burguesia, que bem gostaria de uma mudança, mas por nada no mundo gostaria que essa mudança se chame, ou melhor, *seja* a Revolução. O Humanismo Teórico (ou tudo que a ele se assemelhe) é o disfarce teórico da ideologia moral pequeno-burguesa recém-chegada. Pequena-burguesia no pior sentido da palavra: contra-revolucionária. (ALTHUSSER, 1999, p.33)

Poderemos compreender as conseqüências de sua adoção. Para Althusser só nos resta varrer tal concepção:

Nosso primeiro dever teórico, ideológico e político, digo bem, político, é hoje de expulsar do domínio da filosofia marxista toda a quinquilharia “Humanista” que nela se despeja abertamente. Ela é uma ofensa ao pensamento de Marx e uma injúria a todos os militantes revolucionários. Pois o humanismo na *filosofia* marxista não é nem mesmo uma grande forma de filosofia burguesa instalada em Marx: é um dos subprodutos mais baixos da mais vulgar ideologia religiosa moderna. Seu efeito, senão seu objetivo, é conhecido de longa data: *desarmar o proletariado*. (ALTHUSSER, 1999, P. 44).

Esse combate radical à adoção da idéia do Humanismo Teórico é, portanto, fundamental para não nos iludirmos na pregação inócua de uma moral incompatível com a ordem social em que vivemos.

Exemplo emblemático desta questão é o lamentável episódio ocorrido com estudantes de medicina da UEL, que, no último dia de suas atividades curriculares adentraram ao hospital, no qual utilizaram os pacientes para seu aprendizado e os destratarem, dizendo-se aliviados por não mais ter de suportá-los dali em diante. Não pensamos que o curso da UEL, um dos mais adequados do Brasil àquilo que preconizam as diretrizes, tenha falhado clamorosamente na aplicação de suas estratégias de humanização coerentes com o conceito adotado. Entendemos, sim, que o conceito de humanização, advindo do Humanismo Teórico que descrevemos é que é inadequado, pois idealiza uma essência humana a ser alcançada com a superação mágica da ética do capital.

Esse tipo de atitude, aliás, eivada de preconceito e desrespeito pelos semelhantes, não é incomum entre os estudantes de medicina. Um outro exemplo emblemático é dado pela Associação Atlética Acadêmica Pereira Barreto, da Universidade Federal de São Paulo, a Escola Paulista de Medicina, uma das mais

conceituadas do país, em cujo “jornal”, encontram-se freqüentes manifestações de racismo ou preconceito contra pessoas obesas, contra mulheres etc. (ZIBORDI, 2008)

Em nossas entrevistas não investigamos diretamente essa questão, que, quando mencionada espontaneamente pelos entrevistados, trazia essa conotação do Humanismo Teórico ligado ao respeito ao indivíduo, ou a busca da fraternidade, da bondade inerente à “essência humana”.

Nos documentos, publicações e eventos da área da educação médica e do próprio SUS, no entanto, a questão da humanização aparece com freqüência.

O Ministério da Saúde tem norteado essa questão através da implementação da “Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS. Os documentos produzidos sobre essa política de humanização iniciam reconhecendo que, ao lado dos avanços alcançados na construção do SUS, encontramos diversos e graves problemas, cujo enfrentamento é urgente. São problemas ligados às profundas desigualdades socioeconômicas, às dificuldades de acesso aos serviços e aos bens de saúde, à desvalorização dos trabalhadores de saúde, à expressiva precarização das relações de trabalho, ao baixo investimento na formação etc. (BRASIL, 2006, p.8-9)

Concordamos com os problemas apontados e acrescentaríamos pelo menos outro, que talvez seja o principal que é o baixíssimo investimento no setor em nosso país, favorecendo os interesses do setor privado.

Diante dessa situação se propõe, então, como estratégia fundamental para o enfrentamento dos problemas a humanização, entendida como

a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, 2006, p.8-9)

A análise pormenorizada dessa política foge do escopo do presente trabalho, interessa-nos apenas demonstrar como a humanização é utilizada como um manto ideológico que substitui a luta política entre os diversos interesses de setores como o dos trabalhadores, usuários do sistema, empresários dos planos de

saúde, indústria médico farmacêutica, Estado etc., pela idéia de uma fraternidade contagiante que nos levaria a todos a

(...) Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;

(...)

Contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários. (BRASIL, 2006, p.14-15)

Esse tipo de proposição se dá diante da “descoberta” de que os trabalhadores estariam pouco preparados para lidar com a subjetividade, com valorização dos diferentes sujeitos, com o estabelecimento de vínculos solidários, com o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos.

Parece-nos desnecessário prosseguir nas citações diante da evidência do conceito de humanização que ali se inscreve. Um conceito que funda práticas no mínimo ingênuas de pregação de uma postura humanitária e ética deixando intocados os pilares de uma sociedade que subordina o humano à necessidade do lucro.

Sobre essa questão Duarte (2004) nos faz alguns instigantes questionamentos que nos parecem oportunos apresentar.

A naturalização das relações capitalistas de produção e a naturalização do mercado mundializado, por meio do procedimento de considerar a produção como sendo organizada com o objetivo de atender às necessidades individuais, levam também à concepção de que a ética é um problema de moralidade individual e que cabe ao indivíduo procurar agir moralmente, estabelecendo limites à lógica do lucro. Mas como pode falar em ética e virtude uma sociedade que não se escandaliza com a venda do trabalho, isto é, com a subordinação da atividade de trabalho ao seu valor de troca? Uma sociedade que não se escandaliza com o fato de a produção de alimentos ser determinada pela lucratividade? Uma sociedade que não se escandaliza com o fato de que a educação e a saúde transformem-se em mercadorias? Como afirmou Marx [...], mesmo quem defenda um discurso moralizante, ao agir no âmbito econômico não pode deixar de levar em conta a lógica do capitalismo, cuja moral é a da acumulação, da rentabilidade e do lucro. Em última instância, a lógica econômica do capitalismo não é harmonizável com princípios éticos como solidariedade, fraternidade e justiça. Mas o capitalismo precisa que coexistam os dois tipos de discurso, o econômico-pragmático e o discurso moral, pois o segundo é necessário particularmente para evitar o total

esfacelamento do tecido social, que resultaria da radicalização do próprio princípio liberal, segundo o qual o progresso social resulta da busca incessante de satisfação das necessidades e dos interesses pessoais. (DUARTE, 2004, p.143)

10.3 SOBRE A CONCEPÇÃO PEDAGÓGICA E A FORMAÇÃO ADEQUADA (ADAPTADA) ÀS NECESSIDADES SOCIAIS DA CONTEMPORANEIDADE

Para cumprir aquele papel “progressista”, ao qual anteriormente nos referimos, apregoa-se que a educação médica, assim como a educação em geral, teria que se adaptar às “necessidades decorrentes de mudanças próprias da contemporaneidade” (MARANHÃO, 199) o que implicaria na função de capacitação para a solução dos problemas que nos afligem.

Quando nos reportamos, numa sociedade de classes como a nossa, à adaptação às “necessidades decorrentes de mudanças próprias da contemporaneidade”, é preciso estabelecer em nome de quais interesses de classe estamos falando. Frequentemente as necessidades do Capital e da classe trabalhadora não são as mesmas.

Para caracterizar a contemporaneidade, citaremos algumas reflexões de Mello (1999), sintetizadas no último capítulo de seu livro “Marx e a globalização”, intitulado “Século XXI: dilemas e contradições do capitalismo global”, por entendermos que expressam muito bem nossa condição atual.

Segundo o referido autor, a contemporaneidade é marcada pela conformação globalizada das bases produtivas do capital,

da centralização transnacional da propriedade dos meios de produção, do alargamento e aprofundamento ainda maior do mercado mundial, da supranacionalidade institucional dos organismos de administração e gestão das políticas garantidoras da acumulação, da *refuncionalização* – em função das estratégias oligopólicas de lucro – do sistema mundial de nações (agora organizadas em blocos regionais), da globalização das estruturas, processos e movimentos sociais, formatados e/ou movidos pelos dilemas e contradições da civilização planetária da mercadoria. Vive-se o domínio do industrialismo mundial, da riqueza concentrada em mãos do capital em geral como uma gigantesca cia. Ltda.; enfim, da

subordinação de todo trabalho humano, de todas as raças, credos e nações, em todo o globo, a um mesmo e único senhor. (MELLO, 1999, p. 259)

Para Mello, com a globalização revigoram-se “as crises de caráter mundial, as epidemias de super-produção e de sub-consumo; projeta-se o desemprego estrutural, a massificação da miséria, da fome, da violência e da exclusão social” (MELLO, 1999, p. 259-260).

[...] um terço da humanidade, a despeito das conquistas *hi-tec* de última geração, despenca rumo ao calabouço da miséria absoluta e estrutural, condenado a viver [...] o flagelo máximo da aniquilação moral, sem a mínima perspectiva de reversão a curto prazo. [...] Em Nova York, as pessoas marginalizadas vivendo em becos, pontes e parques chegam, hoje, a 10% da população total da cidade [...] (MELLO, 1999, p. 261)

O autor demonstra, ainda, que a tendência à pauperização atinge também os assalariados, que mesmo nos EUA têm experimentado um declínio constante em sua situação financeira, devida, sobretudo, à erosão dos salários, resultando num aumento brutal da presença da mulher no mercado de trabalho e das horas extras no sentido de manutenção da renda.

Nos países de inserção periférica no mercado capitalista mundializado, as taxas de exploração do trabalho atingem níveis dramáticos.

A Nike está produzindo seus famosos e caros sapatos “tênis” na Indonéisa, onde suas operárias trabalham longas horas por um salário mensal de US\$ 38,00. A Wal-Mart, K-Mart e a Sears, o mais importante ícone americano das vendas a varejo, têm produzido suas roupas em Bangladesh pelas culturalmente passivas mulheres islâmicas que se submetem a um salário mensal inferior a US\$ 30,00 em troca de 60 horas semanais de trabalho. E como o padrão de exploração nesses países subdesenvolvidos da mão-de-obra barata é também global, fábricas norte-americanas recentemente instaladas no México, na fronteira norte-americana, chegam a explorar trabalhadores da região pagando não mais que 7% (!) do valor pago à força-de-trabalho empregada no mesmo tipo de atividade, a poucos passos dali na Califórnia. (MELLO, 1999, p. 261-262)

A contemporaneidade, portanto, se expressa pela tendência de empregar um mínimo de trabalhadores, cobrando-lhes o máximo de produtividade, do desemprego industrial em massa, do sub-emprego, da precarização, dos

trabalhadores sem vínculos trabalhistas, da formação de ilhas de desenvolvimento cercadas por todos os lados pelas águas sujas da miséria produzida globalmente. A educação voltada para o trabalho ou para a empregabilidade significa a formação de uma massa cada vez maior de trabalhadores flexíveis, ávidos por manter-se navegando por algum tempo sem submergir na turbulência do mercado precarizado, ao lado de um grupo seletivo, cada vez mais restrito, de trabalhadores de alta qualificação. No Brasil, segundo dados apresentados por Mauro Iasi em colóquio realizado no final de 2008 na Universidade Federal do Paraná, dos 93 milhões de trabalhadores com que conta o país, 60 milhões são trabalhadores informais.

Podemos falar, então, na defesa da satisfação das necessidades de adaptação ao mercado globalizado, ou das necessidades de romper com a lógica de subordinação da vida ao Capital, o que faz toda a diferença. Buscaremos examinar, a seguir, em torno de quais interesses as atuais propostas de reforma gravitam.

10.3.1 A Filiação às pedagogias psicológicas

O ideário da reforma sintetizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina apresenta uma orientação pedagógica fundada no construtivismo, com o argumento de que seria a opção mais adequada para uma proposta de mudança, no sentido da produção das idéias necessárias para o avanço social a outra ordem, mais equitativa e saudável, em contraposição às pedagogias tradicionais.

A forte filiação pedagógica do ideário da reforma ao construtivismo piagetiano e ao escolanovismo é evidente. Tanto no texto de Efreim Maranhão (ex-presidente da Câmara de Educação Superior do CNE e relator dos projetos de diretrizes para os cursos da área da saúde) intitulado “A construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde”, assim como no texto de Almeida, introdutório à segunda edição das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde, e no próprio texto das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, diversas evidências da adesão às

pedagogias ditas construtivistas, ao ideário da Escola Nova, ao aprender a aprender à idéia da aquisição de competências são encontradas.

O pensamento norteador desse ideário é o redirecionamento da educação no sentido de atender às necessidades decorrentes de mudanças próprias da contemporaneidade. O médico a ser formado deverá ter uma visão generalista, humanista, crítica e reflexiva, capaz de realizar, além das tradicionais ações de recuperação e reabilitação, ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Saber identificar os fatores sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, determinantes do processo saúde-doença, constituindo-se como um agente de mudança social pelo desenvolvimento de estilos de vida saudáveis em seus pacientes. Com base na identificação das reais necessidades de saúde da população deverá ser capaz de indicar os procedimentos mais adequados, considerando a relação custo-benefício.

Os defensores dessa proposta entendem que para a formação de um profissional adequado para tal, necessita-se de um ensino centrado no estudante, uma vez que o conteúdo a ser apreendido, além de estar em constante mudança, depende dos requerimentos de cada sujeito, percebidos por ele mesmo, no enfrentamento das situações problemas diante das quais deverá ser colocado nos serviços de saúde.

Defende-se a idéia do aprender a aprender, aprender a fazer e aprender a conviver em harmonia no mundo contemporâneo, muito mais do que o aprender os conteúdos em si; o respeito à individualidade do processo de aprendizagem de cada aluno, centrado na busca de soluções para os problemas mais comuns das comunidades onde estará atuando, em contraposição às imposições de conteúdos pré-formatados transmitidos por professores segundo seu arbítrio.

Nessa linha de pensamento, o objetivo da escola não deveria ser a transmissão de conteúdos, mas o preparo para a vida na sociedade moderna, o que seria obtido com o desenvolvimento daquelas habilidades e competências em cada indivíduo.

Nesse sentido, a adesão às pedagogias que se filiam ao construtivismo e ao escolanovismo, ou às “pedagogias psicológicas”, para utilizar a denominação tomada por Varela (1991) é tida como consenso. O referido autor, segundo Miranda (2005), reúne sob a denominação de pedagogias psicológicas aquelas com um

conjunto de influências advindo das teorias psicológicas presentes nas reformas educacionais que se verificam em diferentes lugares, orientadas pela premissa de que é preciso mudar a educação para que esta possa se adequar às demandas do mundo contemporâneo.

Essas pedagogias, assim como as pedagogias tradicionais, enquadram-se entre aquelas fundadas em teorias que Saviani (1984) denomina de não críticas, segundo as quais a educação é vista como tendo grande autonomia em relação à sociedade, sendo capaz de garantir a construção de uma sociedade igualitária. E é justamente diante do fracasso da escola tradicional na solução dos problemas que a educação, sob essa ótica, deveria resolver, que surgem as idéias da Escola Nova.

Nessa perspectiva, se a escola tradicional não vinha conseguindo realizar adequadamente sua função, era pelo modo como estava organizada, o que exigia uma mudança, uma renovação.

O “escolanovismo” constitui, segundo Saviani (1984), a expressão mais típica do movimento de reforma então surgido. A Pedagogia Nova critica a pedagogia tradicional e entende que a falha metodológica da educação tradicional repousa no fato de buscar resolver a ignorância, quando o que deve ser perseguido é a integração pelo combate à rejeição. Caberia à educação fazer o indivíduo sentir-se aceito pelo grupo e, através dele, pela sociedade.

Estas idéias foram se consolidando na proposição de métodos de ensino para “anormais”, questão com a qual alguns dos principais representantes dessa pedagogia defrontaram-se inicialmente.

A partir de experiências com crianças “anormais”, pretendeu-se generalizar procedimentos pedagógicos para o conjunto do sistema escolar, gerando uma verdadeira bio-psicologização da sociedade, da educação e da escola. Em resposta às anormalidades biológicas relacionadas a deficiências neuro-fisiológicas e às anormalidades psíquicas, detectadas através de testes de inteligência, de personalidade etc., apresenta-se uma pedagogia que propõe um tratamento diferenciado a partir da “descoberta” das diferenças individuais. (SAVIANI, 1984)

Nessa linha de pensamento, como os homens são diferentes, não se repetem, são únicos, o insucesso de cada um não pode ser explicado pelas diferenças entre eles, sejam de cor, raça, classe, ou de domínio do conhecimento, na participação do saber, no desempenho cognitivo. Os marginalizados seriam os

“anormais”, desajustados e desadaptados de várias formas. Mas ser “anormal” é simplesmente uma diferença, que deve ser respeitada e aceita. O problema está na falta de adaptação, ou desajuste, fenômenos associados ao sentimento de rejeição. A educação cumprirá seu papel de equalização social na medida em que cumprir sua função de adaptar os indivíduos à sociedade, aprendendo a viver aceitando os diferentes.

Foi essa compreensão de educação, que segundo Saviani (1984) privilegiou a questão psicológica em detrimento da lógica, que desviou o eixo pedagógico dos conteúdos para o método de aprendizagem, do intelecto para o sentimento, do professor para o aluno, do diretivismo para o não-diretividade, ou seja:

de uma pedagogia de inspiração filosófica centrada na ciência da lógica para uma pedagogia de inspiração experimental baseada principalmente nas contribuições da biologia e da psicologia. Em suma, trata-se de uma teoria pedagógica que considera que o importante não é aprender, mas aprender a aprender. (SAVIANI, 1984, p 13)

A organização escolar apropriada à concepção escolanovista propõe, então, agrupar os alunos por áreas de interesse decorrentes de suas atividades e não por disciplinas. Uma educação centrada nos alunos, protagonistas da busca pelos conhecimentos, onde o professor assume um papel de mero animador pedagógico. O cerne da ação educativa localiza-se na relação professor-aluno, na relação interpessoal, intersubjetiva.

Na Nova Escola, como a aprendizagem é decorrência espontânea de um ambiente estimulante e da relação entre os alunos e entre eles e o professor, é preciso trabalhar em pequenos grupos, num ambiente estimulante, dotado de materiais didáticos ricos, biblioteca e outros meios de acesso às informações. Ao professor cabe auxiliá-los a buscar estes conhecimentos, ou seja, auxiliá-los a aprender a aprender.

Em que pese a Pedagogia Nova ter-se tornado dominante, enquanto concepção teórica tomada como ideal em face da pedagogia tradicional, “dona de todos os vícios”, na prática não conseguiu resolver a questão da marginalidade. Diante disso radicalizou-se a preocupação com os métodos pedagógicos presentes no escolanovismo, buscando uma educação voltada para a eficiência instrumental. Surgiu assim a Pedagogia Tecnicista.

Esta pedagogia funda-se na crença de que o processo educativo deverá objetivar-se a tal ponto de livrar-se das falhas humanas, seja de alunos, seja de professores, com vistas à máxima eficiência.

Técnicas como as das operações programadas deverão garantir que professores e alunos cumpram os passos de um processo educativo concebido por especialistas, voltados para a obtenção de um aluno eficiente e produtivo. Prevalece agora a idéia do aprender a fazer.

A educação estará cumprindo seu papel na medida em que formar indivíduos eficientes, capazes de darem sua parcela de contribuição para o aumento da produtividade da sociedade. (SAVIANI, 1984)

Saviani (1984) defende a idéia de que a Pedagogia Nova, ao contrário de seu aparente caráter revolucionário, é, em verdade, uma pedagogia reacionária, constituindo um retrocesso em relação à pedagogia tradicional.

A pedagogia tradicional funda-se numa concepção filosófica essencialista, a Pedagogia Nova numa concepção filosófica que privilegia a existência sobre a essência.

Na época moderna, na contraposição da burguesia ao domínio da nobreza e do clero, a filosofia da essência faz uma defesa intransigente da igualdade essencial dos homens. Sobre essa igualdade é que se vai assentar a idéia da liberdade, tão necessária para o estabelecimento do novo regime. A burguesia propunha, então, escolarização para todos, como forma de consolidar a ordem democrática burguesa. Uma vez estabelecida a nova ordem, no entanto, as contradições entre os interesses dos burgueses e proletários logo se evidenciam e o avanço das mudanças passa a ameaçar os interesses da burguesia, que agora precisa legitimar a desigualdade.

Consolida-se a filosofia da existência sobre a qual se funda a pedagogia da existência, com o pressuposto de que os homens não são essencialmente iguais. Os homens são essencialmente diferentes e suas diferenças quanto à capacidade, ao ritmo de aprendizagem, aos interesses cognitivos devem ser respeitadas.

Com esta justificativa a pedagogia da existência vai contrapor-se ao movimento de libertação da humanidade em seu conjunto, legitimando as desigualdades, a dominação, a sujeição e os privilégios. (SAVIANI, 1984)

A pedagogia da essência é contraposta pela pedagogia da existência com o argumento de que a primeira constituiria uma educação fundada num método

medieval, pré-científico, dogmático. Esta argumentação é descabida, pois, na verdade o ensino tradicional se constitui após a revolução industrial, com um método que guarda correspondência com o método indutivo de Bacon.

Francis Bacon, autor da obra “Novum Organum ou Verdadeiras Indicações Acerca da Interpretação da Natureza” (1973), propõe o método base do desenvolvimento da ciência moderna, que apresenta, sinteticamente, um momento inicial de observação, seguido da generalização e culminando com a confirmação. Isto corresponde aos passos formais de Herbat do método expositivo tradicional: Preparação, Apresentação, Comparação e assimilação – correspondentes à observação do método indutivo de Bacon-, Generalização – correspondente à abstração - e aplicação correspondendo ao momento de confirmação do método de Bacon.

O método tradicional, no entanto, articulava o ensino com a transmissão do produto da ciência e o movimento da Escola Nova tenta articular o ensino com o processo de produção do conhecimento científico. A Escola Nova considerou o ensino como um processo de pesquisa, por isso ela argumenta que os assuntos de que trata o ensino são problemas, isto é, são assuntos desconhecidos não apenas pelo aluno, como também pelo professor. (SAVIANI, 1984)

Se aceitarmos, como a escola tradicional, que o papel da educação é transmitir os conhecimentos socialmente produzidos pela ciência, já sintetizados nas teorias que potencializam a compreensão do real, o professor desempenha papel central. Se, por outro lado, aceitarmos tratar-se de um processo de descoberta, no qual tanto professores como alunos são os descobridores, naturalmente que a educação não poderá estar centrada no professor.

Como já expressamos, citando Saviani (1984), educação não é pesquisa e, ao incorrer nesse erro, a Escola Nova “empobrece o ensino e inviabiliza a pesquisa”.

Uma pesquisa, para pretender-se científica, deve partir do conhecimento acumulado sobre o fato a ser investigado, para que se possa identificar o não conhecido. Mas o desconhecido, a ser revelado pela pesquisa, é o desconhecido pela humanidade e não por um indivíduo isoladamente. É preciso, portanto, ter acesso ao produto da produção científica da humanidade, é preciso que o conhecimento já produzido seja transmitido para aquele que pretende fazê-lo avançar.

Nesse sentido o método da Escola Nova, ao propor a produção do conhecimento pelo mero enfrentamento “desarmado” dos problemas cotidianos, não é científico, como não o são as propostas construtivistas em geral, uma vez que o ideário construtivista tem filiação pedagógica no movimento escolanovista. (ROSSLER, 2005)

No construtivismo a educação está fundada na construção individual do conhecimento. Cada sujeito é que, a partir de sua perspectiva e experiência anterior, irá construindo significados para a realidade, impondo a idéia da impossibilidade de um conhecimento objetivo da realidade.

O construtivismo, no entanto, apresenta diferentes correntes, que, se possuem a epistemologia genética de Piaget como origem comum, diferenciam-se pelas influências de diversos outros autores. Mesmo assim, algumas características que lhe confeririam um núcleo de razoável unidade podem ser apontadas, tais como: o entendimento de que a aprendizagem é um processo de elaboração individual do sujeito, que constrói a realidade a partir de suas representações internas; a aprendizagem deve dar-se em cenários realistas, nos quais os conteúdos são extraídos do próprio cotidiano do sujeito; o conhecimento é fruto da interação adaptativa que cada pessoa realiza com o meio; o ensino escolar deve levar o aluno a “aprender a aprender”, com base em sua realidade, reduzindo-se os conteúdos pré-determinados; a idéia de que o professor não ensina, apenas anima a construção do conhecimento pelo sujeito a partir de seus conhecimentos prévios. (ARCE, 2005., p 50)

10.3.2 Construtivismo: uma opção pedagógica reacionária

Segundo Arce (2005), a partir do reconhecimento destas características, fica evidente, no entanto, a “irmandade ideológica” do construtivismo com o pós-modernismo e o neoliberalismo, o que torna bastante questionável a idéia de que essa concepção do processo educativo seria progressista.

Quando se afirma que o construtivismo não aceita que exista conhecimento objetivo, universal, e que a atribuição de sentidos e significados para a realidade é fruto de construtos pessoais, vemos o cerne da questão pós-moderna presente,

pois esta também nega a capacidade do ser humano de conhecer a realidade de forma objetiva e, conseqüentemente, também transforma o conhecimento em uma construção individual. Com isso é destruída toda possibilidade de conhecimento racional e de uma visão que possibilite abarcar a totalidade da produção humana, o que resulta na impossibilidade de um processo de controle coletivo consciente dos rumos da sociedade como um todo. Neste ponto pós-modernos e construtivistas disponibilizam para o neoliberalismo uma ferramenta poderosa para explicar as diferentes condições socioeconômicas dos indivíduos que não são mais frutos da história mas artimanhas do destino, do cotidiano fragmentado, do presente. (ARCE, 2005, p. 51)

É a partir desta compreensão que se introduz a idéia de que a educação não precisa ser a mesma para todos, uma vez que cada um percebe o mundo a partir de sua perspectiva e estabelece para si diferentes necessidades educacionais. Assim, no construtivismo, “a educação escolar deve ter como fonte principal do processo de ensino-aprendizagem a construção individual do conhecimento, a negociação de significados, centrando no cotidiano os conteúdos”. (ARCE, 2005, p. 50)

A visão legitimadora da diferença acaba por contribuir, também, para a aceitação pacífica e passiva da situação de desigualdade em que vivemos. Entendida não como fruto das diferenças de classe, impostas pelas privações originadas nas relações de exploração que se estabelecem entre os homens no capitalismo, mas como saudáveis diferenças econômicas, geradas e geradoras da competitividade, alimento vital da economia neste modo de produção.

Esta compreensão faz soar como perversa ironia a idéia de que o construtivismo estaria a serviço da mudança social. Ao propor a adaptação às novas necessidades sociais, na verdade se propõe adaptar-nos às atualizadas necessidades de exploração do capital. O que há de novo aqui é apenas a forma da velha exploração da força de trabalho. Adaptar-nos aos desígnios do capital não significa avanço nenhum no sentido da emancipação humana. Muito pelo contrário.

O construtivismo, portanto, “seria, ao contrário do que postulam seus defensores, uma concepção educacional com efeitos conservadores, configurando um retrocesso político em relação às análises críticas do fenômeno educacional”. (ROSSLER, 2005. p13)

Mas se os efeitos da adoção de um referencial escolanovista/construtivista seriam esses, diante da evidência da filiação a seus princípios nas reformas

propostas para a educação caberia perguntar-nos porque é que possui uma capacidade tão forte de se disseminar e de obter adesão.

10.3.3 Adesão ao construtivismo pela sedução alienada

Não há como desconhecer a relevância de muitas das figuras que participam da elaboração das propostas de mudança na educação em geral e na educação médica em particular e de sua boa intenção no sentido de contribuir para a formação de um médico que melhor desempenhe suas funções no cuidado à saúde. Dentre esses, encontramos pessoas que lutam pela concretização do sonho de um sistema de saúde universal, solidário e de altíssima qualidade, fruto de uma forma mais justa de organização da vida em sociedade. Teriam, ao aderir ao construtivismo, abandonado o sonho, capitulando diante da idéia do fim das utopias, ou se deixaram dominar por uma inocência pueril que lhes impediria a escolha crítica de seus referenciais teóricos?

Para Rossler (2005), há um processo de sedução e, portanto, de alienação, na difusão do ideário construtivista entre os educadores brasileiros, ideário este que acabou se transformando num dos grandes modismos de nossa educação. Analisemos brevemente os mecanismos deste processo que, segundo o citado autor, envolve nossos educadores e pesquisadores.

No capitalismo, ao lado da grande intensificação da transformação da natureza no sentido da satisfação das necessidades humanas socialmente produzidas, ocorre a alienação tanto dos meios de produção quanto da posse dos produtos do trabalho. O desejo legítimo de participar da humanização, pelo desfrute do produto do trabalho humano em geral, se contrapõe à posse privada dos produtos. O desfrute não é imediato, uma vez que o trabalhador está alienado de sua posse e a realização do desfrute depende da compra do mesmo como mercadoria. A participação no processo de humanização, não somente como produtor, mas também no usufruto dos produtos, depende da compra dos mesmos como mercadorias. Como a produção humana constitui a produção do novo, em relação ao anteriormente dado pela natureza, é a aquisição do novo que simboliza a participação no processo civilizatório.

Segundo Rossler (2005), esta orientação para o futuro aliena-se e transforma-se em moda, ou seja, na necessidade de não ficarmos atrasados em relação àquilo que existe de novo na nossa sociedade. Onde, a moda e os modismos são sempre e necessariamente fenômenos de alienação.

Para o citado autor, o modismo, gerado pela sedução do construtivismo, advém da própria idéia de que este ideário seria algo novo em educação, um modelo teórico que além de apresentar-se como crítico, seria “prescritivo”, no sentido de que traria respostas concretas para o dia-a-dia escolar, inspirando uma prática educacional progressista e transformadora. Finalmente, mais sedutor ainda torna-se esse modelo quando se apresenta como uma teoria investida do prestígio científico de Piaget, passível de articulação com as teorias críticas da educação.

A importância da compreensão do processo de adesão ao construtivismo constituir-se como sedução repousa no fato de que, assim sendo, a adesão ocorre sem um posicionamento crítico construído a partir de uma análise lógica profunda. Pelo contrário, a adesão obtida pela via da sedução supõe apenas uma relação passional, imediata, carente de reflexão, portanto, alienada.

A presença de processos de sedução na vida dos indivíduos é um sinal do grau de alienação desses mesmos indivíduos e, sendo assim, a sedução nas atividades que compõem a prática educativa dos educadores e, por sua vez, uma manifestação da alienação desses mesmos educadores, assim como da alienação de sua prática, de seu pensamento e, em última instância, de sua formação... (ROSSLER, 2005. p16)

De acordo com o pensamento exposto nossos educadores estariam aderindo ao ideário construtivista sob um processo de alienação, vulneráveis à manipulação ideológica e à dominação. Se esta afirmação é muito grave, torna-se ainda mais quando observamos que a adoção desta pedagogia é justificada exatamente pela necessidade de formar sujeitos críticos, reflexivos, com autonomia intelectual, uma vez que

a presença da sedução na difusão e na incorporação do ideário construtivista contradiz o objetivo central por ele proclamado: a busca da autonomia intelectual e moral dos sujeitos. Pois na sedução o indivíduo deixa de ser o sujeito de sua razão e de sua vontade. (Rossler, 2005. p. 18)

10.3.4 O Pragmatismo utilitário do ensino por competências

No âmbito da teorização curricular Philippe Perrenoud constituiu-se em disseminador da proposta de uma abordagem centrada no desenvolvimento de competências. (SILVA, 2008)

Para Perrenoud, “competência é a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações etc) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações”. (PERRENOUD, 2000; PERRENOUD, 2002)

Tomemos uma citação do referido autor de um exemplo de competências afetas à área da saúde:

Saber curar uma criança doente mobiliza as capacidades de observar sinais fisiológicos, medir a temperatura, administrar um medicamento; e os seguintes saberes: identificar patologias e sintomas, primeiros socorros, terapias, os riscos, os remédios, os serviços médicos e farmacêuticos. (PERRENOUD, 2000)

Segundo esta lógica, ao preparar o futuro trabalhador para mobilizar seus recursos cognitivos para solucionar situações, e não com a preocupação central da apropriação de conteúdos, poderíamos imaginar a seguinte situação-problema:

Diante de um paciente com história de falta de apetite, emagrecimento, sudorese noturna, febre vespertina de baixa intensidade, tosse há mais de três meses, com eliminação de catarro por vezes sanguinolento, o estudante vai procurar as informações necessárias para realizar o diagnóstico. Depois de uma busca na literatura, comparando os sinais e sintomas apresentados, levanta a possibilidade diagnóstica de tuberculose pulmonar. Ainda no intuito de resolver o problema com o qual se defronta, buscará formas de comprovar a hipótese diagnóstica. Com base na literatura, ou em situações que observou em estágios, ou até mesmo em conversas com médicos ou outros estudantes mais experientes, decide que solicitaria inicialmente um exame de escarro buscando identificar o Bacilo de Kock, agente etiológico da tuberculose.

Uma vez confirmado o diagnóstico, resta agora tratar o paciente. Busca novamente informações, encontrando, na Internet, o último consenso sobre o tratamento da tuberculose, que prontamente recomenda para o paciente em

questão. Não parece restar qualquer dúvida quanto à eficiência do método proposto para a formação de um profissional também eficiente na solução dos problemas com os quais venha a defrontar-se no atendimento de seus pacientes. E ficou claro, pelo exemplo apresentado, que conteúdos que são impostos aos estudantes atualmente, para que memorizem, são totalmente desnecessários para criar a competência ilustrada acima. Em relação à situação apresentada, o conhecimento sobre o Bacilo de Kock, bactéria aeróbica cuja parede celular apresenta características que lhe conferem a ácido-álcool-resistência, mostra-se totalmente inútil e, portanto, desnecessário.

Mas será este mesmo o profissional que queremos formar? Este técnico apto a consumir as informações geradas por outros, que preconizam determinados procedimentos que ele adota por confiar nas fontes geradoras? É este o profissional crítico e autônomo que, ao mesmo tempo, as diretrizes recomendam formar? A autonomia proposta é esta, limitada à iniciativa de buscar informações que ele entenda necessárias para a solução da questão mais imediata?

Não pode haver dúvida quanto à necessidade de formar um médico que saiba o que fazer diante de um paciente enfermo que busca seu auxílio, mas nos parece que um médico no qual esta capacidade esteja fundada na autonomia intelectual deve dominar solidamente a base científica sobre a qual se sustentam suas decisões diagnósticas e terapêuticas. Se assim o for, o conhecimento das características moleculares da parede celular do bacilo de Kock, torna-se fundamental. É o conhecimento profundo das características do bacilo e de sua interação, gerando respostas no organismo humano, que permitirão a compreensão da fisiopatologia da tuberculose, das manifestações clínicas, das alterações observáveis nos exames complementares, assim como dos caminhos mais indicados para o desenvolvimento de meios terapêuticos.

Ou seja, se autonomia intelectual significa uma tomada de decisão consciente diante das diversas situações e possibilidades que se apresentam, para tal, a apropriação do conhecimento científico que a humanidade produziu até então sobre o assunto é imprescindível. E, vale lembrar, estes conteúdos não são identificáveis espontaneamente pelo sujeito que aprende na busca da solução dos problemas com os quais se defronta. O recorte do conteúdo não pode ser obtido a partir do que se mostra necessário para a solução imediata de um problema. Há de

ser voltado para o domínio do arcabouço acumulado pela humanidade, que permitem o avanço em sua relação com a natureza e com os outros homens na permanente produção da vida em sociedade.

Muito diferente dessa participação no movimento de avanço da produção do gênero humano é a idéia do desenvolvimento de competências para a solução de problemas em busca da eficiência necessária para a sobrevivência no competitivo mercado de trabalho.

Compreender a educação como mero processo de treinamento para a mobilização de conhecimentos com o fito de resolver questões apresentadas pela prática cotidiana constitui perversa restrição das finalidades de um processo que, desinteressado, pode disponibilizar a imensa gama de conhecimentos socialmente produzidos, potencializando as possibilidades de humanização de cada indivíduo, como partícipe de uma práxis emancipatória.

Na lógica das competências, o conhecimento se expressa no alcance de comportamentos esperados, num saber-fazer que delimita também um poder-fazer configurando, segundo Silva (2008) uma “formação administrada”.

É o retorno aos princípios da Pedagogia Tecnicista que, como já dissemos, radicaliza a preocupação com os métodos pedagógicos na busca da eficiência instrumental. Nessa concepção à educação cabe combater a baixa produtividade, cumprindo seu papel na medida em que formar indivíduos eficientes, capazes de contribuir para o aumento da produtividade. Assim a educação ao ter a incumbência de treinar as pessoas para desempenhar os diversos papéis no sistema social produtivo, funciona como um subsistema, cujo funcionamento eficiente é essencial para o equilíbrio do sistema social do qual faz parte. (SAVIANI, 1984.)

Enquanto a pedagogia tradicional visa a transmissão do conhecimento, onde o fundamental é aprender (os conteúdos), a Pedagogia Nova busca o aprender a aprender e a Pedagogia Tecnicista o aprender a fazer. Nessa perspectiva, mais importante do que dominar os fundamentos científicos é demonstrar a capacidade de solucionar os problemas com os quais nos defrontamos, para o que a habilidade de buscar informações sobre os procedimentos mais indicados é o mais importante.

Na medicina, saber buscar e utilizar os consensos e protocolos mais atuais, legitimados pelas convenções do meio médico, passa a ser o fundamental. Para tal, mais do que saber explicar a fisiopatologia das enfermidades ou as determinações

do processo saúde doença nos âmbitos individual, particular e geral, o que se pretende é desenvolver a habilidade no uso de tais referências sobre o modo mais apropriado de agir. E assim se justificam todas as formas de treinamento e avaliação, não mais voltadas para o domínio do conhecimento, mas das habilidades desenvolvidas e avaliadas numa espécie de instrução programada.

Como já dissemos, é óbvio que além do domínio dos fundamentos científicos o médico precisa saber agir, saber colocar o conhecimento sistematizado em função do desenvolvimento de seu trabalho. E, nesse sentido, a existência de um protocolo de ação pode ser muito positiva. O protocolo constitui um roteiro de ação para determinadas situações, baseado nos procedimentos reconhecidamente tidos como os mais adequados conforme as evidências científicas produzidas. Tem por base, idealmente, os estudos de evidência, que constituem o que se conhece por medicina baseada em evidências.

A medicina baseada em evidências caracteriza-se, segundo França (2003), pelo

emprego do que se depreende melhor dos resultados científicos disponíveis procedentes da pesquisa e investigação, e não do que possam dispor as teorias fisiopatológicas e a autoridade ou experiência individual. Uma medicina baseada na análise estatística de efeitos. Em suma, uma medicina de resultados. (FRANÇA. 2003, p.24)

Fica clara a opção, portanto, pela valorização do empírico, em detrimento das possíveis explicações fisiopatológicas. Uma vez que os resultados nem sempre podem ser explicados pela compreensão até hoje obtida dos mecanismos de adoecimento e cura, opta-se por adotar o resultado observável como norteador das condutas médicas, em detrimento da busca de explicações para tais fatos. Nessa perspectiva, com a qual discordamos, o importante é saber o que acontece, não importando tanto o porquê, já que não temos hoje a resposta pronta e jamais teremos resposta para tudo.

Os riscos mais evidentes de se adotar tal racionalidade constituem, por um lado em desconsiderar o conceito de que não existem doenças e sim doentes, padronizando o atendimento baseado unicamente em dados estatísticos, fugindo da avaliação da experiência pessoal e capacidade de conduta do médico diante de cada caso. (Idem. p.25)

Por outro lado, o perigo é a consolidação da absoluta hegemonia de uma medicina direcionada pelos interesses do mercado, subordinando total e inescrupulosamente o interesse pela vida e bem estar dos pacientes à necessidade do lucro. O risco de uma medicina prisioneira das empresas de saúde, da indústria farmacêutica, editora das revistas e promotora de eventos médicos indutores de condutas. (Idem. p.29)

No tocante às fontes das evidências existem muitos interesses financeiros e profissionais conflitantes entre os que detêm o poder de informação – onde não falta o patrocínio das empresas fabricantes de remédios e equipamentos médicos. (FRANÇA, 2003, p.29)

A adoção acrítica de protocolos de procedimentos assim produzidos, numa realidade na qual as regras do comércio internacional aprimoram a defesa da propriedade intelectual, dificultando o acesso às tecnologias de ponta, afasta-nos cada vez mais da possibilidade da produção autônoma de uma prática que atenda às necessidades de humanização do conjunto de nossa população. Constitui forte estratégia de imposição de práticas voltadas para atender interesses alheios e de exacerbação de nossa dependência e subserviência, como é o caso, por exemplo, dos medicamentos para a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA). (MARQUES, 2005) (GALLARDO, 2006.) (HARVEY, 2007.)

Retomando a questão das competências, se as diretrizes recomendam a formação de um profissional com autonomia intelectual, como é que seus formuladores buscam fundamentos em Perrenoud e seus seguidores, que defendem a redução dos conteúdos, com a retirada daqueles “saberes” cuja mobilidade não se mostre necessária para a ação eficiente?

Para que possamos compreender a visão de autonomia de Perrenoud, vejamos o que o autor aponta como “competências de um autor autônomo em diversos campos sociais”:

1. Saber identificar, avaliar e fazer valer seus recursos, seus direitos, seus limites e suas necessidades.
2. Saber, individualmente ou em grupo, criar e comandar projetos, desenvolver estratégias.
3. Saber analisar situações, relações, campos de força de maneira sistêmica.

4. Saber cooperar, agir em sinergia, participar de um coletivo, compartilhar uma liderança.
5. Saber construir e estimular organizações e sistemas de ação coletiva de tipo democrático.
6. Saber gerar e superar conflitos.
7. Saber jogar com as regras, utilizá-las e elaborá-las.
8. Saber construir ordens negociadas para além das diferenças culturais.

Fica evidente que a concepção de autonomia de Perrenoud é diametralmente oposta àquela que defendemos. Trata-se de uma autonomia para mover-se nos limites estreitos dos interesses do capital na atual reestruturação da produção capitalista.

Para Bendassolli (2001), isso é evidente. Segundo ele, o ideário da habilidade e da competência institui a aceitação inquestionável da perda das narrativas de classe, das narrativas coletivas articuladas em torno das políticas do Estado de Bem-Estar Social e a corrosão da sociedade do trabalho, com o fim do pleno emprego. (BENDASSOLLI, 2001).

Esse autor sustenta que a aceitação das habilidades, competência e desempenho se assenta nas crenças da ação individual, da primazia da necessidade do desenvolvimento da personalidade dos sujeitos, na idéia de *performance* e da *learning society*.

A aceitação dessas idéias e de seu caráter de necessidade torna-se possível no quadro de uma sociedade dita pós-industrial na qual a flexibilidade exigida pelo mercado norteia o mundo do trabalho com direcionamento neoliberal.

10.3.5 O Ensino por competências e a adaptação aos interesses do mercado

É no contexto neoliberal que a idéia da competência joga papel fundamental com o fito de: qualificar as pessoas no sentido de intensificar sua produtividade pelo desempenho de várias funções simultâneas, que demandam diversas “competências”; responsabilizar o próprio indivíduo pela gestão de sua vida profissional, arcando com os custos e com a preocupação de adaptar-se

constantemente às demandas do mercado; corroer a idéia das ações coletivas de interesse público, assim como do Estado provedor. (BENDASSOLLI, 2001).

Com o fim da perspectiva do pleno emprego, impõe-se a necessidade individual da manutenção da empregabilidade, ou seja, da manutenção do maior nível possível de habilidades à disposição das necessidades sempre renovadas do mercado competitivo.

Dá-se assim, a produção e imposição de uma imagem acerca do perfil que devemos ter como trabalhadores, caso queiramos ser aceitos no mundo atual.

Diante do enfraquecimento da ação do Estado, há uma violenta pressão no sentido de levar o indivíduo a agir por sua conta, assumindo a iniciativa e a responsabilidade sobre a própria reprodução. Caso dependa do Estado, ou de qualquer outra instituição, explicita sua incapacidade para viver nessa sociedade.

A possibilidade de sucesso, no sentido de prover a própria sobrevivência, em nossa sociedade é, assim, apresentada como visceralmente dependente da personalidade dos indivíduos. É do desenvolvimento da personalidade, que depende a empregabilidade, que deve reunir agora também as habilidades individuais de comportamentos ou até de sentimentos adequados diante dos desafios que a vida apresenta.

Segundo Bendassolli (2001), é nas crenças na ação individual e na personalidade, que se sustenta o ideário que permite a conversão dos códigos sociais de condutas, baseados na política do “Estado de Bem-Estar Social”, para uma política centrada no indivíduo, de máxima valorização das ações pessoais no trabalho, no lazer e em todos os outros campos da vida.

Agir por si mesmo significa constituir em si mesmo a própria empresa, cujo desenvolvimento corresponde ao desenvolvimento da própria personalidade. Mais importante do que aprender os conhecimentos afetos a determinada profissão, na esperança do amparo da sociedade ou do Estado, é desenvolver a auto-estima, a crença na própria capacidade empreendedora, na capacidade de manter-se empregável aprimorando, permanentemente, as competências para vencer aqueles com os quais se compete pelos espaços no mercado de trabalho. Essa crença baseia-se na idéia do permanente investimento individual, “pressupondo que as competências dos indivíduos são sempre adquiríveis e remodeláveis” (BENDASSOLLI, 2001).

Essa busca permanente de aprender atende às necessidades da “sociedade do conhecimento”. Na verdade, do conhecimento restrito, necessário à otimização da produtividade na competição do mercado de trabalho. O discurso hegemônico, ao referir-se a tal sociedade do conhecimento, apresenta uma idéia de sociedade abstrata, em constante transformação, que nos impõe a todos a atualização contínua, uma vez que os meios de produção exigem, a todo o momento, novas competências, expressas pela capacidade, sempre renovada, de resolver as questões para melhor execução do trabalho no mundo competitivo. Para tal, o conhecimento, entendido como competência, é fundamental para a sobrevivência de cada um no mercado globalizado.

Às empresas, na busca desesperada por esmagar seus concorrentes para poder sobreviver, interessa o ensino centrado na solução de problemas que as atingem de modo particular, resultando daí sua inclinação a induzir processos formadores de força de trabalho apta para solucionar os problemas do dia a dia nos contextos particulares. Esse direcionamento é claro também na área da saúde, na qual se preconiza que os serviços, públicos e privados, funcionem como empresas, competindo pelos recursos e pela clientela, na oferta da atenção. (BANCO MUNDIAL, 1993; MÉDICI, 1997; CARVALHO, 2002; NOGUEIRA e PIRES, 2004; BANCO MUNDIAL, 2007)

Fazer o máximo com o mínimo de recursos torna-se imperativo para a sobrevivência no mercado e depende da ação criativa dos trabalhadores para solucionar os problemas dentro dos limites de cada realidade particular focalizada. Aos trabalhadores da saúde, assim como aos das demais esferas, caberia produzir individualmente suas competências, movidos, na luta pela sobrevivência, pelo desejo de ascensão numa sociedade na qual imperam as leis da “natureza do mercado” onde só os melhores sobrevivem.

Ao nos referirmos à sociedade contemporânea cabe lembrar que se trata de uma sociedade dividida em classes, na qual uma classe minoritária é detentora dos meios de produção e depende, para sua sobrevivência, da exploração da grande maioria que compõe a outra classe. É necessário lembrar, também, que o modo de produção predominante nesta sociedade, ao mesmo tempo em que alcançou desenvolver os meios de produção a um ponto tal que permitiria a todos satisfazer suas necessidades de alimentação, moradia, educação, saúde, segurança com

poucas horas de trabalho semanal (POCHMANN, 2007), não permite que o desfrute dessa possibilidade se realize para todos. Portanto, formar um profissional adequado às necessidades contemporâneas significaria formá-lo adaptado às necessidades desse mecanismo de exploração, para a produção de coisas que satisfaçam as necessidades de lucro antes das necessidades de produção do humano em cada um dos indivíduos.

Se o médico que queremos formar é aquele capaz de resolver problemas, apresentando soluções criativas nas diversas condições de cada comunidade, ou seja, adequado a cada realidade, não tem coerência proferir que seu trabalho estará voltado para a transformação da realidade. Transformação, quem sabe, das reações diante das contradições que a realidade atual nos apresenta. Adaptação, portanto à ordem, contribuindo para sua preservação e não para sua transformação.

Para Saviani (1984), ao advogar-se uma educação voltada para aprender a aprender, aprender a fazer e aprender a conviver adaptado aos requisitos da sociedade atual, abrem-se as possibilidades para a adoção do que há de mais retrógrado e conservador nas pedagogias psicológicas, por constituir uma retomada do domínio da psicologia na educação, despolitizando-a.

Miranda (2005), em consonância com esse pensamento, afirma que a emergência do construtivismo teria, inclusive,

implicações ainda mais regressivas que as influências anteriores, uma vez que se apresentaria como um substituto de uma teoria social da educação, reforçando a tendência à biologização e à naturalização dos fatos sociais. (MIRANDA, 2005, p.27)

Nesta perspectiva, a escolha dos conteúdos deve estar adaptada ao estágio de desenvolvimento, ou seja, dos esquemas mentais de assimilação predominantes em cada estudante. A partir desta identificação, bastaria elaborar uma seqüência de atividades que lhes permitisse evoluir mentalmente, desenvolvendo, progressivamente, outros esquemas mentais mais complexos.

São, portanto esses critérios ligados ao desenvolvimento psicológico que norteiam a seleção dos conteúdos mais significativos e não a possibilidade que esses conteúdos teriam de aprofundar a compreensão da realidade. Perceber essa questão permite compreender, então, porque se privilegia o método em detrimento do conteúdo. Porque a prioridade do como ensinar, em detrimento do que ensinar,

assim como a valorização de destrezas e habilidades cognitivas, em detrimento dos próprios conteúdos curriculares (MIRANDA, 2005).

Na Medicina a idéia da necessidade da adoção desse tipo de pedagogia, embora intensamente presente na atualidade, tomou vulto desde há muito. Arouca (1975) comenta que para obtenção da atitude preventiva, preconizada na conferência de Colorado Spring no início da década de 1950, entendia-se como necessária uma mudança pedagógica no sentido de vencer a resistência dos alunos às ações ou atitudes propostas. Dentro do discurso preventivista propunha-se a aprendizagem ativa, com máxima redução das aulas magistrais, substituídas por seminários, discussões de grupos, dinâmicas etc. (AROUCA, 1975, p.180)

Quanto a essa questão da mudança pedagógica, os resultados das entrevistas demonstram que na UFPR não ocorreu uma mudança significativa no que poderíamos chamar de atitude pedagógica dos professores. Como a maioria deles, inclusive, nunca passou por uma reflexão profunda sobre o assunto, as influências desse ideário foram muito diversas e, em geral, bastante limitadas. As mudanças ocorreram mais no sentido da tentativa de integração das disciplinas, da teoria com a prática, do ciclo básico com o profissionalizante. Além disso, somente a redução de carga horária teórica das disciplinas profissionalizantes e aumento das atividades práticas. Não houve, portanto, uma mudança importante em direção ao aprender a aprender. O professor, na esmagadora maioria das vezes, continua desempenhando um papel de transmissão dos conteúdos que lhe parecem essenciais.

Apesar do relativo constrangimento de alguns dos professores entrevistados, quando indagados sobre essa questão, acreditamos que diante da possibilidade da fragilização do domínio dos fundamentos científicos advindos da adoção do aprender a aprender, esse “fracasso” é muito positivo. A perda de conhecimentos, no entanto, ocorreu nessa escola pela grande redução do espaço de diversas disciplinas, sem a devida compensação pelas outras atividades inseridas, como as disciplinas integradas e as PAG.

Na UEL, por outro lado, a mudança pedagógica foi muito intensa. A própria estruturação curricular, já apresentada, sofreu profundas modificações, com o desaparecimento das disciplinas e a integração em torno dos módulos temáticos interdisciplinares, de habilidades, Práticas de Interação Ensino Serviço e

Comunidade - PINS e internato. As aulas teóricas foram quase que totalmente extintas e substituídas pelos tutoriais e outras atividades de estudo e busca de informações sob responsabilidade exclusiva do estudante. As poucas oportunidades de transmissão do conhecimento restantes restringem-se praticamente às conferências que procuram auxiliar a sistematização das análises realizadas nos tutoriais, dirimir dúvidas ou aprofundar alguma questão que o conferencista julgue necessária.

Alguns dos professores entrevistados aderiram completamente à idéia de que o conteúdo é secundário e que o importante é aprender a aprender. Outros docentes, mesmo alguns que se posicionam favoráveis à nova pedagogia, não abrem mão da transmissão dos conteúdos que lhes parecem essenciais, criando situações muitas vezes extracurriculares para que isso possa acontecer.

A assunção da condução de grupos tutoriais por professores de qualquer área, diferente de sua especialidade, tem sido identificada como uma importante restrição do método por aqueles que defendem a centralidade do domínio dos conteúdos no processo de aprendizagem. Por outro lado, professores de uma determinada disciplina, que conduziram um grupo tutorial nos primeiros semestres e retomam o contato com os alunos em semestres posteriores, consideram bastante satisfatória a relação que os estudantes estabelecem dos conteúdos iniciais, com as práticas ambulatoriais, por exemplo.

Dentre os professores entrevistados, aqueles que acompanham o internato ou que retomam o contato com os estudantes na pós-graduação, mostram-se insatisfeitos com o domínio dos conceitos fundamentais por parte dos alunos.

Há na UEL certo preconceito, assumido por parte dos professores do internato, em relação à nova pedagogia, diante do que temos que examinar com cuidado as insatisfações acima citadas. Podemos, no entanto, afirmar que o contato com os fundamentos científicos da prática médica se dá de maneira mais incerta com o advento dessa pedagogia, o que para seus defensores, não constitui problema nenhum. Alguns estudantes acabam por mergulhar em certos assuntos que mais lhes interessam e menos em outros que lhes pareçam pouco atrativos, o que freqüentemente deixa lacunas importantes na formação, como as citadas por professores da área da parasitologia, farmacologia e microbiologia.

Se na pedagogia tradicional nem todos se apropriam dos conteúdos essenciais, aqui nem todos sequer têm contato com esses conteúdos.

Cabe aqui uma breve observação sobre a questão dos conteúdos essenciais a serem contemplados para a formação do médico.

10.4 SOBRE OS CONTEÚDOS ESSENCIAIS PARA A FORMAÇÃO DO MÉDICO

Na racionalidade das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, os conteúdos essenciais para a formação do médico são aqueles necessários para a solução dos problemas de saúde mais comuns em cada comunidade, com o que não concordamos. O essencial na formação do médico, em nosso entender, é o domínio daquelas leis que regem a manifestação dos fenômenos. Aquelas leis que foram compreendidas pela humanidade e elaboradas em teorias que explicam as manifestações dos fenômenos é que precisam ser transmitidas às novas gerações através da educação, para que estas possam utilizá-las para a modificação da natureza e da sociedade de acordo com suas necessidades e desejos. É a isso que nos reportamos quando falamos de conteúdos essenciais, aos conceitos fundamentais para a compreensão de um determinado fenômeno.

É preciso que os futuros médicos ultrapassem a percepção do concreto sensorial, da aparência dos fenômenos, da mera representação mental da realidade empírica, compreendendo os elementos que a constituem e suas interconexões.

Como já dissemos em relação à produção do conhecimento, é neste movimento do pensamento que permitirá identificar as vinculações lógicas entre os vários elementos mediadores de um determinado fenômeno a fim de representar, no pensamento, a dialética entre singularidade do fenômeno analisado e universalidade da teoria que o explica. Ocorre então uma construção do real a partir das bases teóricas apreendidas. Uma construção do real como totalidade articulada segundo as leis que regem seu movimento. Assim, o movimento do conhecimento retorna ao concreto, não mais caótico, mas “concreto pensado”, a representação lógica do real, permitindo-nos compreender o porquê das coisas.

Se, a pesquisa, a produção do conhecimento, constitui a busca da identificação das leis que regem o movimento do real e suas interconexões, elaborando as teorias, a educação constitui a transmissão do conhecimento produzido. Esses conhecimentos, no entanto, sintetizados em teorias que fundamentam a compreensão do real, não podem ser apresentados descolados da totalidade, ocultando-se seus nexos, suas interconexões.

Se os fundamentos a serem transmitidos não podem ser identificados apenas por sua “serventia” para a solução de determinada situação-problema, devem, no momento da transmissão, ser apresentados em função de uma totalidade. É como parte de uma totalidade que seu conhecimento fará sentido, demonstrando as conexões com situações particulares específicas. Caso contrário, constituirá um fragmento de conhecimento, que deverá ser memorizado, para que em algum outro momento o estudante perceba, quem sabe, aquela conexão.

Os fundamentos, as abstrações, permitirão a compreensão do fenômeno em sua concreticidade, como síntese de suas múltiplas determinações. O fundamento constitui uma característica universal, comum a uma totalidade fenomênica, portanto, presente numa totalidade de manifestações particulares e singulares. A apropriação dos fundamentos pode ocorrer a partir de um problema, desde que a busca esteja bem orientada pelo professor, de modo a garantir que os alunos realizem efetivamente essa apropriação, percebendo cada fundamento como comum a um grande número de fenômenos e compreendendo os nexos entre os fenômenos analisados.

São esses fundamentos, portanto, transmitidos de forma a propiciar a percepção de suas interconexões, constituindo uma totalidade, que permitem a integração do conhecimento. (KLEIN, 2000.)

Na formação médica, por exemplo, se a circulação sanguínea for entendida como a via necessária para o transporte de nutrientes para as células assim como para a remoção dos catabólitos, os conhecimentos de anatomia, fisiologia, bioquímica, cardiologia, nefrologia, pneumologia, hematologia, citologia, histologia etc., farão muito mais sentido que se apresentados de forma completamente isolada. Não estamos defendendo a idéia de que essas disciplinas trabalhem de forma interdisciplinar, todas ensinando ao mesmo tempo as questões relacionadas à circulação. Estamos propondo que ao apresentar seus conteúdos, cada disciplina

estabeleça os nexos com determinada totalidade, como no exemplo da circulação. Ou seja, permita que o aluno entenda a anatomia, a fisiologia, a histologia, a bioquímica da célula cardíaca, por exemplo, em função do papel que desempenha na circulação.

10.5 SOBRE A FORMAÇÃO DE UM PROFISSIONAL ADEQUADO ÀS NECESSIDADES DA COMUNIDADE (DE CADA REGIÃO).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e diversas publicações que respaldam o atual movimento de reforma da educação médica enfatizam a necessidade da flexibilização da educação adaptando-a ao processo individual de aprendizagem do estudante, assim como às necessidades de saúde de cada região.

Em nossa realidade isso pode resultar numa aprendizagem ativa, centrada no aluno, que percebe suas necessidades para a solução dos problemas com que se defronta no dia a dia e aprende a supri-las, mesmo em condições precárias como as de muitas unidades de saúde do SUS. Neste cenário, as ações de saúde muitas vezes se afastam das ideais, pelas limitações dos serviços, ou por deficiências técnicas dos trabalhadores que as realizam. Seja por um ou outro motivo, aprender a resolver problemas, nestas condições, pode significar adaptar-se aos limites impostos por uma realidade distante das possibilidades dadas pelo atual estágio de desenvolvimento do conhecimento e da prática médica. Se é verdade que o ensino médico carece de aprendizagem em espaços extra-hospitalares, é verdade, também, que para que seja de boa qualidade, são necessárias boas condições estruturais e de recursos humanos, para que não se tome a realidade dentro de suas limitações como o possível ou o ideal.

Arce (2005), referindo-se ao ensino fundamental, critica severamente a exaltação, muito em voga, ao trabalho de professores no Brasil, louvados por sua abnegação, por ensinar em condições de extrema precariedade, buscando conteúdos do cotidiano, formando através da prática na qual se encontram mergulhados em suas comunidades, guiados por uma sabedoria ali construída, não

pelo conhecimento científico produzido alhures. Corremos o risco da educação médica enveredar pelo mesmo caminho.

Assim como prescrevia a Medicina Preventiva, hoje se propõe a delimitação do objeto de ação da atenção básica - sobre a qual deve estar fundada toda a estruturação da atenção médica no SUS -, nas responsabilidades individuais e da família sobre a saúde, o que “simultaneamente delimita aquelas condições determinantes das doenças que devem ser estudadas e o espaço das atribuições médicas”. (AROUCA, 1975, p.100). Sob essa ótica, ao médico caberá intervir sobre o sujeito e sua família, buscando a mudança da realidade pelo desenvolvimento de hábitos saudáveis, dentro das possibilidades e limitações dadas nos limites de cada comunidade.

Propor a mudança de hábitos, respeitando as circunstâncias de cada localidade, é, antes de tudo, contribuir para a manutenção dessas condições, ou seja, exatamente o inverso do que se institui no discurso e apenas nele. Não há como negar a importância da adoção de hábitos que comprovadamente contribuam para manter ou recuperar a saúde. Tomá-los como tábua de salvação, no entanto, centrando na adoção dos mesmos, por parte do indivíduo, a solução para os problemas, resulta antes na culpabilização da vítima e na ocultação dos processos determinantes da saúde e da doença.

Nunca é demais lembrar que as atitudes individuais são tomadas dentro das limitações e possibilidades dadas pelo modo como se organiza cada formação social, ou seja, pela forma como os homens de determinada sociedade relacionam-se entre si e com a natureza. E, nas sociedades de classes, também pela inserção que cada grupo obtém no mundo da produção e do consumo. É dentro desses limites, bem definidos, que os indivíduos podem mover-se, independente ou apesar de seu desejo e de seu esforço.

Ao restringir-se a análise das necessidades e a conseqüente proposição de respostas a partir das condições locais de vida, tende-se a tomar as pessoas apenas em sua relação com o meio que lhes é imediato. Este tipo de abordagem, além de padecer das limitações da visão liberal de necessidades (conforme apresentamos no item 6.3), constitui um reducionismo grotesco, pois propõe a análise de fatos locais sem estabelecer os nexos de determinação com as instâncias de maior

generalidade. Acaba por introduzir a compreensão equivocada de comunidade como sinônimo de sociedade. Toma-se o particular pelo geral.

Para Klein (2002),

Essa compreensão tem derivado da idéia de que a apreensão do sujeito é tanto mais concreta e, portanto, histórica, quanto mais intenso o esforço de descrever minuciosamente as especificidades do seu ambiente imediato: o lugar onde vive, com quem vive, os usos e costumes da sua gente, e assim por diante. (KLEIN, 2002, p.42)

Ao se excluir da análise as relações sociais que estão na origem das condições de existência e, conseqüentemente, de saúde das “comunidades” estudadas, admite-se uma causa interna, ou seja, uma “essência” natural, a cada fragmento social que se toma como “realidade” ou totalidade.

Klein (2002), recorrendo a Aristóteles, ilustra bem a insuficiência dessa abordagem quando nos ensina que a “essência” de tudo que diz respeito à realidade humana, se define por uma relação humana. Assim, ao tomarmos “os elementos mais simples” de um objeto de estudo, não devemos tomá-los, nunca, isoladamente, mas sempre em relação àquele que os institui como tal. “Aristóteles não se refere, jamais, a um indivíduo, a uma coisa, mas a uma relação.” (KLEIN, 2002, p. 44-45)

Conhecer as precárias condições de existência de grande parcela da população é fundamental como ponto de partida para a compreensão da realidade, mas extremamente insuficiente para a compreensão de sua gênese histórica.

O erro não consiste na tentativa de compreender uma situação particular, mas em tentar explicá-la apenas nos limites desse mesmo universo particular. Essa forma de análise acaba por “abstrair o conjunto das relações efetivamente constituidoras dos próprios elementos pesquisados e que, embora possam manifestar-se no interior desse campo mais restrito, não têm nele a sua origem.” (KLEIN, 2002, p. 49)

Dessa forma, o foco na “comunidade”, resulta num conhecimento absolutamente superficial, ilusório mesmo, em relação à compreensão dos diversos aspectos da sociedade na qual vivemos. Conhecer, realmente, uma comunidade, implica em percebê-la como expressão particular da formação social na qual se inscreve.

Diversas iniciativas, plenas de boa intenção, ao buscar partir da realidade concreta, têm-se fundado numa compreensão fragmentada da realidade humana que pretende apreender o sujeito a partir de sua comunidade, tomada isoladamente, descolada do conjunto de relações sociais sobre as quais se produz a existência humana. Essa perspectiva de análise impede a apreensão da realidade da própria comunidade e dos sujeitos que a compõem, uma vez que a vida humana só se concretiza no interior de uma totalidade social e, portanto, o conhecimento de seus diversos elementos deve contemplar esta pertinência.

A realidade fica, assim, fragmentada em tantas partes quantos forem os ambientes em que as pessoas vivem, e se supõe que cada um desses fragmentos tem, no seu próprio interior, os elementos que o determinam. Mais uma vez, aqui, abstraem-se as relações mais amplas que fazem com que, para além das diferenças individuais, locais, regionais, todos os homens se encontrem e se reconheçam como homens de uma mesma sociedade. (KLEIN, 2002, p. 53)

O direcionamento do currículo no sentido de formar um médico adequado às necessidades de cada região ou da “comunidade”, tem acarretado, nas escolas estudadas, a omissão de conteúdos não muito comuns em determinadas regiões, formando um médico “regional”.

Como já dissemos, a escolha dos conteúdos nem sempre ocorre com base nos fundamentos científicos, o que conferiria ao médico a apropriação das bases teóricas gerais, que lhe permitiriam compreender novas manifestações particulares com as quais ainda não tivesse contato; a escolha se dá a partir das diversas manifestações fenomênicas daqueles fundamentos, como uma lista de doenças mais comuns em cada região, deixando de fora conteúdos necessários caso mude o perfil de morbidade local, ou o médico passe a trabalhar em outra região.

Na UFPR o conteúdo das disciplinas profissionalizante sofreu grande redução, com a retirada das patologias menos freqüentes. Alguns entrevistados demonstraram-se insatisfeitos, pela permanência, ainda, da abordagem de doenças como a Malária, pela disciplina de parasitologia, uma vez que no Paraná essa doença não ocorreria. Coincidentemente, o docente de parasitologia da UEL, refere que o estudo da Malária, retirado inicialmente, fora retomado, devido ao atendimento, nos serviços de saúde de Londrina, de pacientes portadores dessa doença provenientes de outras localidades.

A UEL, assim como a UFPR, direcionou o recorte do conteúdo pela lógica acima exposta. Os problemas em torno dos quais ocorrem as atividades dos tutoriais são voltados para as questões mais comuns retirados da epidemiologia regional, sofrendo das mesmas limitações que apontamos acima.

Alguns professores, no entanto, entendem que se a disciplina proporcionar aos alunos a apreensão da base científica, do “como funcionam as coisas” os alunos terão a base necessária para compreender doenças que nunca tenham estudado, mas que envolvem tais “mecanismos de funcionamento”.

Por outro lado, essa idéia de adaptação às necessidades locais, quando voltada para a análise da determinação do processo saúde doença, ressalta a fragilidade das análises que não se sustentam em fundamentos científicos. A idéia do trabalho na comunidade, visando a transformação social e a promoção da saúde, conduzida sob a orientação de professores especializados em outras áreas, geralmente ligadas às ciências biológicas, ganha contornos muito rudimentares quando fundada apenas no senso comum e na boa vontade.

Os fundamentos científicos necessários para a compreensão do processo saúde doença e sua conexão com a produção histórica do humano em determinada sociedade, são obtidos através das categorias do Materialismo Histórico Dialético, referentes ao modo de produção e às relações de produção que nele se estabelecem.

Não encontramos menção deste referencial teórico metodológico em nenhuma das escolas estudadas. A UEL explicita sua filiação a teorias sistêmicas que assentam num modelo ecológico a explicação da saúde e da doença. Em ambas as escolas “o social” é tratado como um dos fatores causais da doença ao lado do biológico e do psicológico. Uma visão equivocada que não permite compreender que “o homem não é uma justaposição de características biológicas, psicológicas e sociais, mas uma unidade socialmente constituída de características biológicas e psicológicas”. (KLEIN, 2007)

Como não houve a incorporação de fundamentos que permitissem analisar cientificamente os nexos de determinação entre o âmbito individual, o particular e o geral, as transformações, quando implementadas, redundaram, ou num discurso vazio e infundado sobre o coletivo, observado apenas na sua dimensão empírica, ou persistiram nos limites do individual.

Voltaremos adiante a essa questão quando discutiremos com maior profundidade, a produção social do homem, da saúde e da doença.

10.6 SOBRE A FORMAÇÃO DE UM PROFISSIONAL CRÍTICO, AGENTE DA TRANSFORMAÇÃO SOCIAL

Cabe analisarmos também a intenção de formar um profissional crítico. Entendendo por crítica “o exercício de uma reflexão ampla e profunda, capaz de oferecer elementos para fundamentar uma tomada de posição consciente” (KLEIN, 1999), buscar a formação de um profissional crítico, sem apoio nos conhecimentos científicos que permitem compreender a realidade para além de sua aparência, apenas treinando-o a buscar soluções pragmáticas para o imediato, parece-nos inadequado.

Convém lembrar que o ideário escolanovista/construtivista filia-se àquelas pedagogias que Saviani (1984) classifica justamente como “não-críticas”, uma vez que, para ele, o critério de criticidade seria a percepção dos condicionamentos objetivos da realidade. As pedagogias críticas são aquelas que buscam a compreensão da educação diante de suas determinações sociais, diante da “estrutura sócio-econômica que condiciona a forma de manifestação do fenômeno educativo”. As não-críticas entendem a educação como “uma força homogeneizadora que tem por função reforçar os laços sociais, promover a coesão e garantir a integração de todos os indivíduos no corpo social” partindo, portanto de um pressuposto ingênuo da concepção da educação com alto grau de autonomia em relação à totalidade social. (SAVIANI, 1984, p.9)

Nessa mesma linha, Rossler (2005) posiciona-se firmemente contrário à adoção das concepções pedagógicas construtivistas por entendê-las inadequadas diante da necessidade de

eleger a razão, a crítica radical, a reflexão consciente, a análise coerente, a paixão pela verdade e pela transformação da realidade, como as únicas formas possíveis de se conhecer o mundo e de se alcançar um conhecimento objetivo, que nos permita superar os processos de dominação e alienação da sociedade capitalista contemporânea, o que significa romper

com a situação social e psicológica de alienação na qual se encontra a grande maioria dos indivíduos hoje na nossa sociedade.(ROSSLER, 2005, p.21)

Cabe-nos perguntar, portanto, qual o real significado do discurso enunciado pelas diretrizes e produções afins quando se reportam à formação de um profissional crítico, agente da transformação social.

Há 34 anos atrás, em 1975, em sua tese de doutorado, Antonio Sérgio da Silva Arouca já questionava a idéia de mudança, presente nas propostas da medicina preventiva, por entender que carecia de materialidade, uma vez que não postulava “a mudança como resultado de uma prática política que transforma determinadas relações sociais.” (AROUCA, 1975, p.188)

Atualmente ressurgem a idéia da atitude preventivista na qual é possível conceber um sujeito isolado, o médico, em sua prática cotidiana, aventurando-se como agente de mudança. Ressurgem a idéia da ampliação das responsabilidades sociais do médico na ilusão de que suas ações resultem na mudança social que traga a melhoria das condições de vida da comunidade.

Na verdade o médico, ao desempenhar suas funções no âmbito da medicina capitalista, constitui-se como intelectual orgânico da hegemonia. Como afirma Gramsci,

Os intelectuais são os “comissários” do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político, isto é: 1) do consenso “espontâneo” dado pelas grandes massas da população à orientação impressa pelo grupo fundamental dominante à vida social, consenso que nasce “historicamente” do prestígio (e, portanto da confiança) que o grupo dominante obtém, por causa de sua função no mundo da produção; 2) do aparato de coerção estatal que assegura “legalmente” a disciplina dos grupos que não “consentem”, nem ativa nem passivamente, mas que é constituído para toda a sociedade, na previsão dos momentos de crise no comando e na direção, nos quais fracassa o consenso espontâneo. (GRAMISCI, 1979, P.11)

No entanto, os intelectuais tanto podem desempenhar funções de agentes da hegemonia, representando os interesses da burguesia, como podem estabelecer um vínculo orgânico com a classe subalterna, passando a contribuir para a mudança

social em direção a uma nova hegemonia. Quando as recomendações que encontramos nas diretrizes apontam para a formação de um profissional capaz de contribuir para a mudança da realidade pelo desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, nos limites de cada comunidade, fica claro de que intelectual se está falando.

A que tipo de mudança se reportam as diretrizes curriculares? Que mudança está sendo proposta? É nas relações sociais de produção que se pretende mexer, varrendo de vez a exploração daqueles que vendem sua força de trabalho por aqueles que detêm a posse dos meios de produção, permitindo que ascendamos todos ao mundo da liberdade? Ou, como nos tempos de Arouca, estamos diante de uma proposta abstrata que, segundo suas palavras, “tem sua existência somente na materialidade do próprio discurso”, uma vez que não é mudança enquanto relação social concreta o que se preconiza? (AROUCA, 1975, p.189)

Nesta perspectiva abstrata, quando se propõe formar agentes de mudança, parte-se da idéia de que é possível realizá-la através de ações de sujeitos independentes que, livremente, optam por fazer a história caminhar segundo seus interesses. Trata-se de uma idéia no mínimo ingênua, que contribui apenas para obstar o movimento concreto no sentido de mudança social efetiva.

Entendendo que os indivíduos estão submetidos às determinações das formas históricas das relações sociais de produção e reprodução, eles só agem sob estas determinações, de tal forma que afirmá-los pura e simplesmente como agentes de mudança representa, de um lado, neutralizar conhecimento das determinações e, de outro, na ausência destes conhecimentos, a impossibilidade da própria mudança. (AROUCA, 1975, p.190)

A fragilidade da idéia preventivista ficava clara ao perceber-se que se filiava à teoria da multicausalidade, da realidade que se constrói na relação de diversos fatores que não guardam hierarquia entre si, na qual é possível pensar a saúde como um setor igual a qualquer outro, capaz de realizar a mudança da sociedade à qual pertence.

Trata-se, na verdade, de uma teoria não crítica da saúde, pois, exatamente como demonstrou Saviani (1984) em relação à educação, trata-se a saúde como autônoma, desconsiderando as determinações sociais do setor, entendendo-o como

um instrumento de equalização social, de superação da marginalidade numa sociedade harmoniosa tendendo à integração de seus membros.

A partir da idéia da medicina como setor autônomo, não sobre-determinado, neutro, é possível aceitar que o médico será um agente de mudança. Em favor dos interesses da população, grupo também homogêneo, com interesses comuns, atuará o médico como

(...) sujeito agente da história, que pode polarizar situações, definir problemas, coordenar soluções através da integração institucional, vagar por cima das classes sociais e levar, finalmente, às mudanças. (AROUCA, 1975, p.190-191)

Parece que a sedução também tem nos levado a acolher idéias para além do campo da pedagogia, pois este olhar sincrético volta, na atualidade, a ser proposto como a via explicativa da realidade.

A conformação das idéias preventivistas na América Latina tem algo em comum com as idéias que predominam nas reformas da educação médica na atualidade. Tanto aquelas como as atuais, filiam-se, em alguma medida, ao ideário pós-moderno, que se consolidou, entre os anos de 1968 e 1972, como um movimento marcado pela oposição a todas as formas de metanarrativa, metalinguagem ou metateoria, mediante as quais todas as coisas possam ser conectadas. (HARVEY, 2007; CHAUI, 2001; DOLL JR, 1997)

No pensamento pós-moderno a realidade se explica e se constrói caoticamente, impulsionada pelas subjetividades atomizadas, descoladas de qualquer totalidade. Realidade, portanto, que pode ser modificada pela ação de médicos, enfermeiros, professores, ou qualquer sujeito que se proponha a constituir-se como agente de mudança.

A idéia da formação do médico como agente de mudança está presente em documentos de ambas as escolas aqui estudadas, assim como na fala de alguns dos docentes entrevistados e a efetivação dessa idéia está ligada à ação do estudante individualmente ou em equipe, buscando intervir no estilo de vida da “comunidade”.

10.7 SOBRE A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL ATRAVÉS DA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina anunciam a intenção de formar um médico com competência e habilidades para promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto as de sua comunidade, atuando como agente de transformação social.

Evidencia-se uma concepção de promoção da saúde centrada na atitude dos indivíduos, coerente, aliás, com aquela adotada pelo Ministério da Saúde, explicitada no documento denominado “Pacto pela Vida” que propõe:

elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática da atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo. (BRASIL, 2006)

A concepção de promoção da saúde vem sendo construída a partir da contribuição do relatório Lalonde, apresentado no Canadá em 1974, marcado por uma perspectiva moralista, normatizadora, medicalizadora, que considera o estilo de vida como um agregado de decisões individuais que afetam a saúde. Concepção segundo a qual os maus hábitos dos indivíduos criam riscos auto-impostos. Desconsiderando as relações sociais e de poder da sociedade, que impõem determinadas condições de vida e restringem as possibilidades de escolha dos indivíduos, esta concepção acaba por realizar a culpabilização das vítimas.

Nos anos 80, um novo documento conhecido como “Carta de Ottawa”, marca o surgimento da “Nova Promoção da Saúde”, que, se por um lado reconhece a saúde como bem comum e direito dos homens, propõe que sua promoção seja obtida pelo desenvolvimento de habilidades pessoais e comunitárias, ao lado da implantação de “Políticas Saudáveis”, com o compartilhamento de responsabilidades entre profissionais de saúde, prestadores de serviços e comunidade. (Carvalho, 2005). Elidindo as contradições sociais, que impedem este verdadeiro pacto social proposto em nome do “bem comum”, o que resta dessa proposta é a persistência da centralidade nos indivíduos, de cujas habilidades dependerão as mudanças sociais.

Mudanças essas que mais freqüentemente significam adaptação ou auto-ajuda diante das privações impostas pela sociedade, do que alteração radical dos processos que impedem o desenvolvimento pleno da vida.

Essa visão de promoção da saúde filia-se àquelas correntes de pensamento que recusam a idéia de que os fenômenos são estruturalmente determinados, dando maior importância aos indivíduos e grupos primários que conferem maior estabilidade à sua vida privada como a família e a comunidade. (VALLA e STOTZ, 1993.)

Para Breilh (2008) mesmo aqueles setores atualmente preocupados em considerar os determinantes sociais da saúde para a organização das práticas sanitárias, ou para orientar as mudanças sociais necessárias para o alcance do direito humano à saúde, falham nesse intuito porque

prestam muito pouca atenção ao que a sociedade atual é, centrando-se no que produz em termos do modelo educação-ocupação-renda. Baseiam-se, fundamentalmente, na sociologia funcionalista, de acordo com a qual, da estratificação sócio-econômica deriva a relação entre escolaridade, ocupação e renda. Assim, para eles, um dos pontos centrais que definiria a justiça ou injustiça social é o fato de que a sociedade dê por igual uma boa educação que garanta melhores empregos e, portanto, maiores salários que por sua vez permitam contar com melhores condições materiais e, portanto, melhor saúde. (BREILH, 2008)

Segundo o mesmo autor, sob essa ótica, as transformações vislumbradas são somente as melhoras possíveis dentro de uma sociedade inerentemente não eqüitativa, na qual se tenham aparado as arestas mais agressivas e letais. Nesse enfoque, a defesa da saúde vincula-se fortemente a mudanças nas políticas macroeconômicas, sociais e públicas que possibilitem melhor educação, trabalho e renda, que trarão melhoras nas condições materiais e, portanto, na saúde. (BREILH, 2008)

Entendemos que é preciso superar a forma de organização atual da sociedade, o que significa superar o modo de produção capitalista, uma vez que as reformas empreendidas dentro de seus limites, em lugar de modificar as determinações estruturais fundamentais do adoecimento e dos prejuízos ao pleno desenvolvimento da vida, corrigem algum detalhe defeituoso da ordem estabelecida no sentido de preservá-la.

Assim como afirma Mészáros (2005) em relação às reformas educativas com esse mesmo cunho, entendemos que, também na questão da promoção da saúde, limitar uma mudança radical às margens corretivas interesseiras do capital significa abandonar de uma só vez, conscientemente ou não, o objetivo de uma transformação social qualitativa.

Mais do que superar a visão estreita da determinação subjetiva da realidade, é preciso compreender a questão da determinação social da saúde como a relação dialética que se estabelece entre uma determinada formação social, estruturada de acordo com seu modo de produção e relações de produção daí decorrentes e as possibilidades de realização da vida das pessoas que a compõem.

Marx nos ensina que

O indivíduo é o *ser social*. A manifestação da sua vida – mesmo quando não surge diretamente na forma de uma manifestação de vida comunitária, realizada em cooperação com os outros homens – constitui, pois, uma expressão e uma confirmação da *vida social*. (MARX, 1985, p.146-147)

Marx coloca a produção e reprodução da vida humana como o problema central da organização da sociedade e demonstra sua dupla determinação: biológica e social. A ontologia do homem, sua produção enquanto ser social ocorre na ininterrupta transformação social de sua base biológica. (LUKÁCS, 1979)

Através de sua ação sobre a natureza o homem produz seus meios de sobrevivência, com os quais constitui uma nova realidade, que exerce sobre ele uma inusitada influência. O homem, portanto, “através do trabalho modifica a natureza e modifica sua própria natureza “desenvolvendo as potências nela ocultas”. (LUKÁCS, 1979, p.17)

O homem, assim, produz a si mesmo através práxis social, diferenciando-se dos outros animais a partir do “salto ontológico” marcado pela intencionalidade de seus atos, produzindo objetos que permitirão a sua existência numa nova dimensão, sócio-histórica, ao afastar os limites impostos pela natureza.

Nesse movimento realiza uma apropriação da natureza, incorporando-a à prática social e conseqüentemente sua objetivação por constituir uma realidade objetiva com características humanas.

A reprodução da vida humana, então, depende da manutenção daquelas condições produzidas, ou seja, depende da manutenção da objetivação e

apropriação realizadas (manutenção da apropriação dos objetos humanos produzidos), ao longo da história, pela humanidade.

Esses objetos humanos são todos aqueles que permitem ao homem uma relação com a natureza no sentido de subordiná-la cada vez mais a seus desígnios. Compreendem, portanto, não só os objetos materiais, como também os conhecimentos de como obter da natureza a satisfação de suas necessidades. São objetos socioculturais que carregam consigo a herança da produção das gerações anteriores, exigindo das novas gerações, a apropriação também dos produtos da atividade social objetivadora. É através dessa apropriação que são reproduzidas no indivíduo as aptidões e funções humanas historicamente desenvolvidas e instituidoras do gênero humano. (DUARTE, 2004)

A produção sócio-histórica do homem diferencia-o, dessa forma dos outros seres vivos nos quais a relação entre a espécie e cada ser pertencente a ela é determinada pela herança genética. No homem a relação entre os indivíduos e o gênero humano - constituído historicamente em sociedade-, é mediatizada pela apropriação das objetivações, sínteses da atividade humana, produzidas historicamente. (DUARTE, 2004)

O indivíduo se forma, apropriando-se dos resultados da história social e objetivando-se no interior dessa história, ou seja sua formação se realiza por meio da relação entre objetivação e apropriação. Essa relação se efetiva sempre no interior de relações concretas com outros indivíduos, que atuam como mediadores entre ele e o mundo humano, o mundo da atividade humana objetivada. (DUARTE, 2004, p.124)

Os requisitos para a apropriação e objetivação humanas são construídos socialmente, como exposto, e essa objetivação é sempre uma objetivação atualizada pelas possibilidades dadas pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas e relações de produção ou pelo modo de produção.

Na história da humanidade

[...] em cada uma de suas fases, encontra-se um resultado material, uma reunião de forças de produção, uma relação historicamente criada com a natureza e entre os indivíduos, que cada geração transmite à geração seguinte; uma massa de forças produtivas, de capitais e de condições que, embora sendo em parte modificada pela nova geração, prescreve a esta suas próprias condições de existência e lhe imprime um determinado desenvolvimento, um caráter particular.

Demonstra, assim, que as circunstâncias fazem os homens assim como eles fazem as circunstâncias. (MARX e ENGELS, 2004, p. 66)

Se é em sociedade que o homem produz sua existência, na dependência das condições até então produzidas, para compreender a vida humana em cada momento histórico em determinada sociedade, é preciso compreender como se organiza e funciona essa determinada sociedade.

Althusser (1999b), denomina uma sociedade específica, de formação social. Segundo ele,

[...] uma formação social designa toda “sociedade concreta” historicamente existente, e que é individualizada, portanto, distinta de suas contemporâneas e de seu próprio passado, pelo modo de produção que domina aí. (ALTHUSSER, L. 1999b, p. 42)

Modo de produção é a forma de organizar a produção social dos bens materiais necessários para a sobrevivência humana em cada sociedade concreta num determinado momento histórico.

Uma forma de combater a natureza para *arrancar* dela bens de subsistência (colheita, caça, pesca, extração minerais, etc.) ou *fazer com que ela os produza* (criação de gado, agricultura), não é uma disposição de espírito, um estilo de comportamento, ou um estado de alma. Trata-se de um conjunto de *processos de trabalho*, cujo sistema constitui o processo de produção do modo de produção considerado. (ALTHUSSER, 1999b, p.45)

Um modo de produção é constituído pela unidade das forças produtivas e das relações de produção.

A produção humana é realizada com a manipulação dos recursos naturais transformados em objeto de trabalho humano, com o auxílio dos instrumentos humanos de produção (ferramentas, máquinas etc.), que em conjunto constituem o que Marx denomina de meios de produção. Esses meios são “movidos” pela força de trabalho, ou seja, pelo conjunto de indivíduos aptos para utilizar suas energias na realização das diversas formas de atividades necessárias para a produção.

O modo de utilizar os meios de produção (recursos naturais e os instrumentos de produção), assim como o seu desenvolvimento e o desenvolvimento da força de trabalho, depende do grau de apropriação da natureza e sua objetivação

em cada momento histórico, o que confere determinadas possibilidades e limitações para a existência em cada formação social. Mas o modo de utilizar os recursos naturais e os instrumentos de produção para transformá-los através do trabalho, depende, ainda, das relações que se estabelecem entre os homens em torno da produção.

Numa sociedade sem classes, na qual todos trabalham, são relações entre os agentes da produção. Numa sociedade de classes, são relações entre os agentes da produção e outros que não o são, mas interferem na produção, por deterem a posse dos meios de produção. (ALTHUSSER, 1999b)

Numa sociedade de classes, portanto, além do grau de desenvolvimento das forças produtivas, o modo como se inserem ou interferem na produção determina diferentes condições de existência para aqueles que constituem a força de trabalho e para aqueles que detém a posse dos meios de produção.

A possibilidade e o modo de aceder aos objetos produzidos não são iguais para os diversos grupos, impondo diversas formas de desgaste e reposição da energia necessária para a manutenção da vida, determinando, assim, diversas condições de saúde para cada grupo, conforme sua inserção na produção e no consumo.

O funcionamento de cada corpo biológico, portanto, está na dependência do grau de desenvolvimento das forças produtivas, das relações de produção e da forma de inserção de cada indivíduo na produção e no consumo em cada formação social, em cada momento histórico.

Naturalmente que diferentes indivíduos submetidos a condições de existência muito semelhantes podem apresentar comportamentos e reações muito diversas, mas essa diversidade, para cada grupo a que pertencem os indivíduos, se dá dentro dos limites muito bem determinados, que os diferenciam de outros, pertencentes à outra classe ou a outra formação social, com outro grau de desenvolvimento de suas forças produtivas ou outro modo de produção.

É por isso que afirmamos que a saúde é determinada social e historicamente, porque a vida humana o é em toda sua dimensão

É preciso deixar muito claro que a idéia da determinação social não constitui um determinismo como se apregoa na atualidade pelos filiados ao pensamento pós-moderno e que o pensamento marxiano, tomado com rigor e correção, não induz,

jamais, a enfoques reducionistas “sobre o tema do sujeito, individual e coletivo”, como afirma Carvalho (2005).

A participação ou influência de cada sujeito singular tem que ser considerada na determinação da realidade, mas este sujeito é produzido dentro dos limites e possibilidades dados pela totalidade social. Apontar o pensamento marxiano como reducionista, determinista, é fruto de uma leitura equivocada.

Esse equívoco, como afirma Lukács em sua obra inacabada intitulada “Ontologia do ser social” (1979), em relação aos que acusam a ontologia marxiana de economicista, surge apenas entre aqueles que “perderam toda noção do método filosófico de Marx; um fato que contribuiu bastante para desorientar e comprometer o marxismo no plano filosófico”. (LUKÁCS, 1979, p.15). E mais adiante, na mesma obra, o autor contribui para nos fazer avançar na compreensão dessa questão quando elucida que

As obras econômicas de Marx maduro são, decerto, centradas coerentemente sobre a cientificidade da economia, mas nada têm em comum com a concepção burguesa segundo a qual a economia é uma mera ciência particular, na qual os chamados fenômenos econômicos puros são isolados das inter-relações complexivas do ser social como totalidade e, posteriormente, analisados nesse isolamento artificial, com o objetivo - eventual – de relacionar abstratamente o setor assim formado com outros setores isolados de modo igualmente artificial (o direito, a sociologia, etc.) Ao contrário, a economia marxiana parte sempre da totalidade do ser social e volta sempre a desembocar nessa totalidade. Como já esclarecemos, o tratamento central e – sob certos aspectos – freqüentemente imanente dos fenômenos econômicos encontra seu fundamento no fato de que aqui deve ser buscada e encontrada a força motriz, decisiva, em última análise, do desenvolvimento social em seu conjunto. (LUKÁCS, 1979, p.22)

Lukács esclarece, ainda, que quando Marx afirma que não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência, não vê o mundo das formas de consciência e seus conteúdos como um produto direto da estrutura econômica, mas da totalidade do ser social.

“A determinação da consciência pelo ser social, portanto, é entendida em seu sentido mais geral. Só o marxismo vulgar [...] é que transformou essa determinação numa declarada e direta

relação causal entre economia – ou mesmo entre alguns momentos dessa – e ideologia”. (LUKÁCS, 1979, p. 41)

Compreendida a questão da determinação social da vida humana o que, logicamente inclui a saúde humana, ficam claras as limitações das propostas de ideário da promoção da saúde, sejam aquelas filiadas à corrente canadense, sejam aquelas produzidas originalmente em nosso país, que, sob a influência do pensamento pós-moderno, pretensamente superam as limitações do “determinismo” do pensamento fundado nas idéias de Marx e recuperam a subjetividade.

Se as primeiras pecam por buscar adequar o indivíduo às normas sociais e a responsabilizá-lo pelo próprio cuidado, as segundas buscam recuperar a autonomia do sujeito compreendido a partir de sua relação com o meio que lhe é imediato, com as condições locais de vida.

Klein (2002) referindo-se à tentativa da escola em considerar o aluno concreto, apresenta uma análise na qual denuncia o reducionismo empreendido por esse tipo de pensamento que ao tentar assim definir o sujeito acaba por entendê-lo como fruto de sua situação imediata de vida, sem a compreensão dos nexos de determinação com a totalidade social. Segundo a autora

[...] é um definição de sujeito a partir das condições de vida imediata, ou seja, as condições locais de vida. Nesse sentido, *situar historicamente* se reduz a “situar o indivíduo numa dada comunidade”: a favela, a roça. Essa compreensão tem derivado da idéia de que a apreensão do sujeito é tanto mais concreta e, portanto, histórica, quanto mais intenso o esforço de descrever minuciosamente as especificidades do seu ambiente imediato: o lugar onde vive, com quem vive, os usos e costumes da sua gente, e assim por diante. (KLEIN, 2002, p. 41-42)

Nessa perspectiva, a comunidade é tomada como parâmetro da realidade, entendida como sinônimo de sociedade e não como expressão particular da totalidade social, o que de fato é. O sujeito, seus sonhos, desejos e projetos, ganham uma autonomia fantasiosa em relação à totalidade que os determina.

Essas correntes da saúde coletiva brasileira “pós-marxista” buscam investir num sujeito com maior autonomia, co-partícipe da produção da saúde, e de si próprio enquanto cidadão. Embora propalem a mudança, entendem-na possível no interior do Estado e dos limites da cidadania, ou seja, fundada somente na “relação do indivíduo com o Estado e não na relação do indivíduo com o gênero humano.

Segundo Oliveira (2005) nesta ótica

o objetivo último da relação indivíduo-sociedade fica restrito ao processo de adaptação do indivíduo à sociedade, que, na concepção neoliberal de indivíduo e sociedade, se tornou hoje a palavra de ordem. Essa adaptação não visa a universalização do homem, mas a universalização do mercado. (OLIVEIRA, 2005, p. 49)

Para a promoção da saúde, portanto, devemos agir sobre a determinação dos processos, ou sobre os determinantes, não é sobre a atitude dos indivíduos abstratos descolados da totalidade social, mas sobre as bases do modo de produção, as forças produtivas e as relações de produção e também sobre os indivíduos e os grupos de indivíduos que se movem dentro das possibilidades dadas por essa totalidade. Não é o que se tem proposto no movimento das correntes atuais da saúde coletiva brasileira e das mudanças na educação médica. Compreendemos que esta é mais uma prova inequívoca de que é preciso fornecer uma base teórica sólida para que o médico em formação possa analisar criticamente a realidade entendendo sua determinação nos âmbitos singular, particular e geral, e assim, escolher com autonomia seus caminhos.

Em relação a outros aspectos do enunciado das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina, iremos tecer breves comentários, uma vez que fogem do fulcro da análise aqui proposta.

No seu conjunto, as diretrizes apontam contraditoriamente, ao lado da idéia de mudança social, para a conformação do médico à ordem capitalista atual, como no artigo 4º, parágrafo V, quando se preconiza que a formação do médico contemple se preparo para a administração e gerenciamento dos serviços sob a lógica do capital.

V- Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; (BRASIL, 2001, p. 38)

Ao preconizar que a educação médica deve levar o futuro médico a considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população, as diretrizes também conduzem à adesão à

ideologia dominante, pois incutem a idéia de que a população constitui uma massa homogênea de indivíduos que possuem as mesmas necessidades, ou ao menos necessidades não conflitantes. Como certamente não estão se referindo à atenção das necessidades do gênero humano numa sociedade igualitária, omitem a luta de classes, fruto dos interesses opostos entre aqueles que possuem os meios de produção e vivem da exploração do trabalho e aqueles que não os possuem.

Ao propor, no artigo 6º que os conteúdos essenciais devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina, incorrem no reducionismo sobre o qual já nos posicionamos, de tomar o particular como geral, impedindo a análise crítica deste último, visando sua superação.

Em síntese, diante do perfil do médico indicado pelas diretrizes curriculares, percebe-se que no que diz respeito à formação generalista a UEL pouco mudou. No seu ciclo profissionalizante já adotava esse direcionamento, no seu internato continua fragmentado em especialidades. Os entrevistados da UEL reconhecem que a escola ainda forma um médico mais apto a atuar em hospital que na atenção básica.

A UFPR, nesse movimento, prejudicou muito o aprendizado, pois reduziu as situações de aprendizagem de diversas disciplinas especializadas, sem conseguir compensar com a formação das disciplinas integradas e das Práticas de Ambulatório Geral. Essas práticas mantiveram, em geral, a ótica especializada, com prejuízo da carga horária.

Ambos os cursos, apesar de manifestar preocupação com a humanização, não desenvolveram uma reflexão filosófica sobre o assunto e nem introduziram mudanças concretas no sentido de humanizar o futuro médico, seja lá o que, para as referidas escolas, isso queira dizer.

Os dois cursos procuraram criar espaços de manifestação dos estudantes no sentido de desenvolver a postura crítica, questionadora. O movimento, no entanto, centrou-se na busca de uma atitude menos passiva por parte dos estudantes, não na oferta dos fundamentos necessários para um posicionamento consciente.

Ambos os cursos persistem numa formação quase limitada às ações de recuperação da saúde. A promoção da saúde e a prevenção das doenças são esporadicamente vivenciadas e vistas com as lentes míopes da mudança de atitudes em busca do equilíbrio bio-psico-social, fundado no conceito ecológico de saúde. A determinação da saúde e da doença, quando ocasionalmente tratada, voltou a ser explicada pelas vias da atitude do sujeito, sob a égide do pós-modernismo que desautoriza qualquer tentativa de compreensão de uma totalidade social, taxando-as de deterministas. A determinação social do processo saúde doença, se no passado já foi tratada periféricamente, atualmente é elidida. Os sujeitos agora flutuam sobre formações sociais abstratas, fruto da soma dos desejos e movimentos individuais. Procurar nos cursos estudados a reflexão sobre as leis gerais que determinam os limites e possibilidades desses movimentos individuais em cada situação particular, constitui um verdadeiro “ensaio sobre a cegueira”.

No que diz respeito ao desenvolvimento do senso de responsabilidade, compromisso com a cidadania e com a promoção integral do ser humano, não encontramos mudanças significativas, o que nos parece razoável. Comprometer-se com a cidadania, significa buscar a adequação às regras de convivência dessa sociedade, que está fundada na exploração de uma classe pela outra e na prioridade absoluta dos interesses do Capital sobre todos os aspectos da vida. Não nos parece possível, portanto, conciliar a busca da cidadania com a promoção integral do ser humano.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento de mudança ora examinado traz como contribuição a exposição de diversas chagas de nossos sistemas de saúde e de educação. As dificuldades de acesso e as desigualdades na qualidade, experimentadas tanto na educação quanto na saúde, ocorrem na dependência da inserção na produção, com o conseqüente reflexo sobre a possibilidade de consumo. O Brasil não tem conseguido manter intacto seu fabuloso sistema de saúde universal, cuja construção se iniciou na luta pelo respeito à vida, durante a nefasta ditadura imposta pelo capital através do golpe militar de 1964. O Capital tem corroído com apetite voraz os recursos que deveriam ser destinados ao bem-estar da população brasileira. Se o SUS ainda é um sistema universal, marcado pela integralidade da assistência, pela igualdade do direito, pela possibilidade da participação popular, é graças à resistência ferrenha daqueles que o defendem como necessário para garantia do direito à vida, acima do interesse mercantil. Com as recorrentes crises de superprodução e subconsumo resultantes do movimento irrefreável e autodestrutivo do Capital, a manutenção da vida de uma quantidade cada vez maior de seres humanos torna-se desnecessária. Para o Capital são massas de rejeitos humanos, trabalhadores “fora de linha”, que como não podem ser todos incinerados pelas armas de fogo, terão que ser mantidos anestesiados durante sua precária sobrevivência, para não ameaçar a vida daqueles “de última geração”, sempre atualizada, que continuarão desfrutando das benesses da produção humana. Manter os “fora de linha” controlados e os “de última geração” sempre atualizados é a função da sociedade capitalista atual. Todos os seus setores, incluindo a educação e a saúde, deverão servir, em alguma medida, a esse propósito.

Refletir sobre a formação médica abre a possibilidade de enxergarmos essa realidade. Há uma realidade objetiva que pode ser compreendida e modificada, mesmo que os ideólogos pós-modernos queiram ocultá-la sob o manto da negociação das subjetividades. Mesmo que nos digam que toda a representação da realidade é produzida em cada sujeito, isoladamente, e que o conhecimento não passa da troca dessas realidades subjetivas. Cabe-nos aproveitar a oportunidade para desnudar o engodo pós-moderno que se presta à conformação a essa ordem. Resta-nos divulgar que as pedagogias construtivistas, centradas na produção

subjetiva do saber, servem a esses propósitos, servem ao encarceramento no labirinto pós-moderno, mais do que ao respeito à liberdade de cada sujeito.

A educação que queremos é aquela que servirá para formar os sujeitos de uma sociedade mais humana e solidária, fruto, portanto, daquela sociedade e não “o agente transformador” da sociedade. No entanto, como nos ensina Snyders (1978), “há tarefas pedagógicas que são possíveis e necessárias na sociedade atual. Nós não esperaremos para depois da revolução para extrair da escola o máximo do que pode dar”. (SNYDERS, 1978, p. 390)

É nesse sentido que entendemos como fundamental perseguir a garantia da transmissão pela escola do conhecimento produzido pelas gerações anteriores, sintetizados nas teorias científicas, instrumentos fundamentais para a compreensão e transformação da realidade.

Se, por um lado, a educação médica brasileira pode beneficiar-se pela adoção de medidas que levem à formação de um médico mais adequado a nossas necessidades, por outro lado, se estas medidas não forem estabelecidas com base em rigorosa reflexão, apoiando uma construção coletiva que conte com a competência dos pensadores brasileiros que, mais do que bem intencionados, estejam capacitados para fazê-lo, poderemos obter resultados opostos aos desejados. É necessário, para isto, além de profundo conhecimento das questões de saúde e educação, a utilização de um instrumental teórico que permita a análise dos fatos para além do âmbito das relações intersubjetivas, para além das aparências. É necessário, mais do que tudo isso, que se explicita às necessidades de quem estamos querendo que os novos médicos se prestem a atender.

Na formação do médico, estudar o que é prevalente, resolver os problemas de saúde da população, racionalizar a utilização da tecnologia reduzindo os custos e melhorando as indicações propedêuticas e terapêuticas, é sem dúvida muito positivo. O risco que corremos é, em primeiro lugar, aquele inerente a todas as formações sociais capitalistas, voltadas não para a produção de valores de uso, mas para a produção de valor de troca. Sob a lógica do Capital, o que move o mundo é a reprodução das forças produtivas na direção da extração cada vez maior da mais valia. Quando as vidas de milhões de trabalhadores passam a ser desnecessárias para a realização dessa finalidade, todos os meios relacionados com sua reprodução acabam sendo prejudicados. Os Estados capitalistas, principalmente

aqueles de orientação neoliberal, têm-se voltado a racionalizar os gastos da extensão dos serviços como política de alívio à pobreza. O setor do Capital, representado pelas seguradoras e pelos planos de saúde, também tem interesse em reduzir os custos com a assistência médica, contra os interesses do setor da indústria médico - farmacêutica.

Iniciativas guiadas por estes interesses buscam, segundo Merhy (2002), atingir o núcleo tecnológico do trabalho vivo, descentrando, dos especialistas e dos equipamentos, o trabalho em saúde. Intervindo no trabalho vivo em ato, estas propostas apontam para o desmonte de uma ótica assistencial médico centrada, substituindo-a por uma outra, Capital centrada, onde a decisão clínica é substituída por uma decisão de cunho administrativo.

Em segundo lugar incidem sobre nós os riscos inerentes a nossa condição de país de terceiro mundo. O Banco Mundial nos recomenda, para a saúde, aquela cesta básica que já citamos. Para a educação, uma cesta básica que inclui a despreocupação dos governos em produzir conhecimento de ponta. Segundo o Banco Mundial, os países “em desenvolvimento” devem investir seus recursos para resolver seus problemas mais imediatos e comuns. Não há, segundo aquele banco, porque gastar os recursos em desenvolver tecnologia, pois esta pode ser adquirida dos países desenvolvidos. (BANCO MUNDIAL, 1993).

Este tipo de orientação tem gerado uma intensa campanha a favor da exclusão de conteúdos entendidos como desnecessários para fundamentar as práticas mais comuns, o que pode significar uma verdadeira retirada das bases científicas da Medicina. A formação de práticos, sem o pleno domínio das ciências básicas ou dos princípios científicos que fundamentam as práticas médicas, criaria a massa de profissionais necessária para as políticas de alívio à pobreza e para o consumo da tecnologia produzida nos países centrais.

Mesmo a elite formada pelos médicos que persistiriam tendo acesso ao conhecimento tecnologicamente avançado, necessário para o atendimento à parcela da população cuja reprodução ainda interessa, tornar-se-ia mera consumidora do conhecimento produzido em outras nações. As questões da atualidade ligadas às patentes de medicamentos, à propriedade intelectual e industrial, ilustram com clareza os óbices advindos de tal dependência. (FIER, 2007; MARQUES, 2005).

Cabe, finalmente, lembrar, em relação à produção do conhecimento, que, como nos diz Saviani (1984), ensino não é pesquisa. Com aquela preocupação constante de produzir os conhecimentos necessários para a solução dos problemas encontrados na prática médica cotidiana, esta confusão é freqüentemente apresentada. O ensino, assim, privilegia os processos de obtenção dos conhecimentos. Centrado no aluno, parte de seu interesse em desenvolver procedimentos que o conduzam à posse dos conhecimentos capazes de responder às suas dúvidas e indagações. Arrisca-se, assim, a perder a cientificidade ao desprezar, como ponto de partida, os conhecimentos já produzidos pela ciência.

A aprendizagem ativa, não pode significar a produção do conhecimento, pois isto é tarefa da ciência, que requer amplo domínio dos conhecimentos já produzidos e árduo trabalho de investigação. O que se pode produzir ativamente no processo de ensino-aprendizagem é a apropriação dos conhecimentos que a ciência já produziu, fazendo com que o estudante perceba o caminho percorrido para a construção das teorias científicas, compreendendo-as como sínteses provisórias e percebendo as conexões de cada conceito com a totalidade que se busca apreender.

A adoção de pedagogias problematizadoras pode contribuir significativamente para a formação de um aluno capacitado para detectar os problemas reais e para buscar, em cooperação, soluções originais. O ensino em pequenos grupos de alunos, preconizado por este tipo de pedagogia, permite o acompanhamento sistemático do progresso do aluno por parte do professor. Este, num processo constante de avaliação, percebendo as necessidades de aproximação do aluno ao objeto de aprendizagem, poderá criar sucessivas aproximações ao mesmo, em diversos cenários. Cada nova aproximação do aluno ao objeto não significará um simples reencontro para melhor memorização, mas um contato renovado pelo olhar mais armado com o saber já obtido, num crescente de complexidade e profundidade na busca pelo fundamento científico que explica a manifestação do fenômeno observado. Na dialética particular – universal, o processo do conhecimento transforma leis que valiam como a mais absoluta universalidade, em particulares formas de expressão de uma universalidade superior, cuja compreensão permitirá novas análises da realidade reveladoras de novas

particularidades, que constituem, ao mesmo tempo, expressões da nova universalidade. (LUKÁCS, 1978).

É fundamental, no entanto, observarmos que aprender a aprender, adquirir habilidades, atitudes e conhecimentos para a solução dos problemas mais frequentes nos serviços de saúde é fundamental, mas extremamente insuficiente. Se não garantirmos a apreensão, pelo aluno, dos fundamentos científicos, dos conceitos-chave que fundamentam as práticas médicas, não estaremos formando um trabalhador com autonomia para tomar decisões racionais, para analisar criticamente as situações e contribuir para a construção de uma sociedade mais saudável. Um processo de aprendizagem que não busque conferir ao aluno o domínio dos fundamentos científicos, realizará um contato apenas superficial com os conhecimentos, uma visão reduzida ao nível da aparência dos fenômenos, golpe de morte na possibilidade de compreensão da realidade e seu movimento.

Não advogamos com isso uma pedagogia da memorização acrítica de teorias descoladas da riqueza dos movimentos mais diretamente perceptíveis da realidade. Marx, em seus manuscritos econômico-filosóficos, demonstra que as coisas em si, existentes na natureza, só se tornam objeto do conhecimento humano quando o ser humano relaciona-se com elas dando-lhes significado. (MARX, 1978). É, portanto, através da ação prática sobre a natureza que o conhecimento é gerado. A ação e a reflexão caminham juntas na prática humana. A concepção e a execução do concebido caracterizam o trabalho humano. As propostas pedagógicas que contribuam para desfazer a falsa dissociação teoria-prática serão, desta forma, muito bem-vindas. O cuidado a ser tomado, com as propostas da moda, do aprender fazendo, com inversão da seqüência teoria-prática, substituída por ação-reflexão-ação, é de se evitar o espontaneísmo. É importante lembrar que o fato de se partir da experiência cotidiana não deve implicar em manter os alunos neste nível de análise. Pelo contrário, é só o início de um processo que procurará levá-los à busca das informações necessárias para a compreensão do fenômeno em sua essência.

Não há como olvidar que, em todos os setores da produção, o conhecimento humano ao se objetivar nos processos e nas máquinas, simplifica o trabalho e dispensa o trabalhador de sua apropriação. Formar médicos para as necessidades atuais do mercado apresenta, na maioria das vezes, essa possibilidade de formá-los com cada vez menos conhecimento. Diante disso posicionamo-nos absolutamente

contrários à formação voltada para atender às necessidades da contemporaneidade capitalista. Posicionamo-nos contrários à formação profissionalizante do médico e favoráveis à sua formação politécnica.

O curso de Medicina caracteriza-se por buscar a formação um profissional detentor das habilidades próprias de uma prática determinada, com base no domínio dos fundamentos científicos que a sustentam. (SCHRAIBER, 1989).

Diante das críticas à formação médica contemporânea, quanto ao fato de que a apropriação dos fundamentos científicos ocorre descolada da prática, sendo de pouca serventia para orientá-la, apresenta-se como solução a redução dos conteúdos teóricos e o aumento das atividades práticas.

Caberia perguntar-nos se o curso de Medicina que queremos é um curso profissionalizante e, em sendo, se a formação do médico deve prescindir do domínio daqueles conteúdos que não se mostrarem úteis para a solução dos problemas com os quais se depara com mais freqüência em seu trabalho cotidiano.

Krupskaja (s.d.), num texto inspirador intitulado “Diferencia entre la instrucción profesional y la politécnica”, demonstra a necessidade de fundamento científico sólido até para a formação de operários da indústria têxtil, cujas funções, a princípio, podem parecer que exigiriam apenas o domínio de habilidades motoras. Com base nas reflexões dessa autora buscamos estabelecer um paralelo para a formação médica, no intento de contribuir para explicitar as diferenças entre uma educação profissionalizante, a nosso ver empobrecedora, e uma educação politécnica, substrato para o pleno desenvolvimento humano.

Na Medicina há muitas especialidades ou diferentes “trabalhos”, afazeres, tarefas: anestesia, cirurgia, clínica, cardiologia, nefrologia...

Para ser um bom clínico, há que saber investigar os males que o paciente refere, através da anamnese, e buscar sinais no exame clínico; estabelecer as hipóteses diagnósticas mais prováveis; indicar os procedimentos diagnósticos mais adequados para cada caso e a terapêutica, com base no conhecimento da fisiopatologia da doença e da farmacologia dos medicamentos, quando for o caso.

Quando a Medicina ainda não dispunha dos conhecimentos e recursos diagnósticos e terapêuticos com os quais conta atualmente, o médico tinha que desenvolver outras habilidades de observação e até de intuição dos processos mórbidos que imaginava ocorrerem no interior pouco conhecido do corpo humano.

Mesmo as intervenções de cunho mais mecânico que realizava o cirurgião-barbeiro, exigiam habilidades diferentes daquelas que o metucioso cirurgião realiza atualmente, uma vez que possuíam pouco suporte científico. Ações certamente mais movidas pela ousadia que pela precisão resultante de um movimento calculado, com base em conhecimentos detalhados da anatomia e da patologia em questão. O aprendiz de médico acompanhava por muito tempo seu mestre, auxiliando-o nas tarefas mais simples e pouco a pouco ia realizando as atividades mais complexas, de acordo com a aquisição dos conhecimentos e habilidades necessários. Depois de um tempo mais ou menos longo encontrava-se apto a realizar com autonomia as sangrias, aplicar ventosas, ou prescrever os longos banhos de 12 horas por dia durante vários meses quando a cura do mal assim o exigisse.

Mesmo nos tempos não tão remotos o sucesso diagnóstico dependia quase que exclusivamente de uma anamnese minuciosa e um exame físico exaustivo em busca de sinais que muitas vezes constituiriam somente pistas incertas de alterações que se supunha existir.

Com o avanço da ciência, o melhor conhecimento da anatomia e fisiologia, e da patologia, a introdução de novos instrumentos, aparelhos e medicamentos, muitos daqueles conhecimentos e habilidades anteriores tornaram-se desnecessários. Agora os conhecimentos e habilidades de que necessita o médico são outros. A alteração que somente podia imaginar no paciente em vida, agora observa através dos diversos recursos de imagem ou de avaliação de função, que deverá saber interpretar. A aprendizagem individual da arte e da intuição médica foi perdendo espaço para a exatidão da ciência e a aprendizagem individual do mestre artesão foi cedendo espaço para a escola e o hospital-escola. Se a escola e o hospital-escola são bem equipados, contam com profissionais competentes, laboratórios, equipamentos adequados, os estudantes aprenderão a utilizá-los. Porém, os conhecimentos avançam, modificam-se as técnicas, são introduzidos novos procedimentos, que demandam novos conhecimentos e habilidades, tornando obsoletos muitos daqueles conhecimentos para cuja aquisição tanto se investiu. Em pouco tempo, provavelmente, algumas das habilidades dos atuais cirurgiões tornar-se-ão obsoletas, pois muitas das cirurgias far-se-ão sem incisões ou suturas. Certamente as habilidades que demandam uma cirurgia laparoscópica muito diferem

daquelas necessárias para uma cirurgia realizada com ampla abertura da cavidade abdominal para intervenção “a céu aberto”.

Em países ou localidades pobres, onde os avanços da ciência demoram a serem introduzidos ou a estar acessíveis economicamente à população, o conhecimento antigo ainda pode ser útil e o melhor método de ensino talvez ainda seja aquele do acompanhamento do mestre pelo aprendiz.

Nos locais onde o acesso ao produto da civilização ocorre de maneira adequada, as necessidades são outras. Necessita-se que os estudantes tenham idéia da Medicina como um todo, conheçam em que direção se desenvolvem as técnicas e saibam trabalhar em qualquer área, quer dizer, que possuam cultura geral do trabalho e conheçam em geral a matéria. Que dominem os fundamentos científicos sobre os quais as práticas atuais se assentam. Quem adquiriu uma preparação deste tipo se adapta facilmente às mudanças constantes da técnica. Poderá ser um médico qualificado.

A escola não ensinará, simplesmente, qual é o medicamento mais adequado para tal enfermidade. Mas fará compreender os processos de gênese da enfermidade, desde os aspectos atinentes à fisiopatologia do corpo em sua relação com os agentes mórbidos imediatos, até as questões da determinação geral dos processos que acometem diferentemente, os diversos grupos sociais, de acordo com sua inserção no processo produtivo social. A compreensão mesma do metabolismo social e sua contribuição na gênese dos processos protetores e destrutivos da saúde. Os estudantes conhecerão os fatores que participam do processo de adoecimento ou de promoção da saúde, adquirindo autonomia intelectual para uma análise crítica e tomada de decisão consciente. A escolha das ações serão baseadas no domínio dos princípios e leis que os fazem compreender o movimento do real, não na mera adoção acrítica, seja de práticas empíricas, seja de rotinas baseadas em evidências, mas igualmente pré-estabelecidos e marcadas por uma intencionalidade nem sempre compreendida por aquele que as executa.

Conhecerão desde as bases patológicas que permitem a compreensão da enfermidade na singularidade do corpo, seus mecanismos de ação, os princípios farmacológicos envolvidos na escolha dos medicamentos necessários para combatê-las, assim como os processos protetores que deverão ser reforçados, para

a preservação da saúde, no âmbito do indivíduo, das condições de reprodução dos diversos grupos sociais e no âmbito da ordem social em geral.

Estudarão a produção dos conhecimentos médicos, conhecerão os caminhos e a trajetória histórica de seu desenvolvimento contextualizando as inovações existentes. Ou seja, compreendendo porque foram desenvolvidas e introduzidas, bem como sua utilidade real atual e potencial.

Conhecerão finalmente as formas de organização do setor saúde, os diferentes modelos assistenciais, suas virtudes e deficiências, assim como os interesses dos diversos grupos sociais em torno de cada modo de estruturar estes sistemas.

Este tipo de ensino não propiciará simplesmente aos estudantes uma capacitação técnica específica que talvez seja útil para as necessidades atuais do mercado, mas uma vasta instrução politécnica e o domínio de categorias gerais, conceitos fundamentais que lhes permitirão iniciar sua prática profissional como trabalhadores conscientes, capacitados, que, porventura, necessitarão uma curta aprendizagem especial para o desenvolvimento de atividades mais específicas.

Quando falamos atualmente de formar médicos adequados às necessidades da sociedade, estamos falando de quê? De médicos flexíveis que se prestem a ocupar automaticamente os espaços existentes no mercado de trabalho da sociedade capitalista contemporânea, adaptando-se rapidamente aos protocolos forjados no interior dos interesses da indústria farmacêutica ou da racionalização da assistência pautada na análise mercantil do custo/benefício? Ou estamos falando de médicos com uma sólida formação, baseada no domínio dos conteúdos, dos fundamentos científicos que lhes permitem a autonomia intelectual necessária para a análise crítica da própria prática médica atual? Em síntese, estamos falando de uma formação profissionalizante ou politécnica?

O movimento das duas escolas, aqui estudado, traz como contribuição fundamental o fato de abrir para a reflexão a questão da formação médica em nossa sociedade, expondo suas contradições e, com isto, as contradições da própria sociedade.

As reformas de uma e de outra escola pesquisadas apresentam divergências no grau de aproximação ao ideário sintetizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Ambas, porém, são

fortemente influenciadas pelo pensamento pós-moderno e pela adesão às pedagogias construtivistas, que acabam por retirar bases teóricas fundamentais, tendendo à formação de um médico alienado do conhecimento que lhe proporcionaria a possibilidade de análise crítica da realidade e sua compreensão profunda essencial para a transformação.

A partir destas constatações entendemos que os cursos aqui estudados devem rever seu direcionamento, no sentido de identificar os fundamentos científicos essenciais sobre os quais se assenta o exercício da medicina e garantir a transmissão dos mesmos, para formar profissionais que, com maior autonomia intelectual, possam decidir os melhores rumos para a prática médica a serviço da vida humana na plenitude de suas possibilidades, dadas pelo grau de avanço da produção da humanidade.

Trata-se de um posicionamento político. Numa sociedade de classes, a educação em geral e a educação médica em particular poderá adequar-se mais aos interesses de uma ou de outra classe, nunca aos interesses de ambas, uma vez que, freqüentemente, são opostos. Posicionamo-nos ao lado dos interesses da classe trabalhadora. É possível formar médicos eficientes para o mercado atual sem o domínio dos fundamentos científicos. Defendemos a formação de médicos não para o mercado, mas para o avanço da humanidade, no sentido de que cada um dê, conforme sua capacidade e possibilidade, a cada um, conforme sua necessidade. Necessidade esta marcada pelas possibilidades criadas pela humanidade na transformação da natureza e de si mesma.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. J.; LOPES, A. G. Manual geral do estudante. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2005.
- ALMEIDA, M. J. (org.) Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde. 2.ed. Londrina: Rede UNIDA, 2005.
- 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, 2001.
- ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: Editora UEL/Rio de Janeiro: ABEM, 1999.
- ALTHUSSER, L. **A Querela do Humanismo II** (inédito). Crítica Marxista, São Paulo, n. 14, p. 48- 72, abr. 2002.
- ALTHUSSER, L. A querela do Humanismo. In: CRÍTICA Marxista, São Paulo, n.º9, p.8-51, 1999.
- ALTHUSSER, L. **Sobre a reprodução**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- AMÂNCIO, J. B. Pneumoconiose: silicose. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (org.). **Isto é Trabalho de Gente?**: vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.
- ANDERSON, P. O balanço do neoliberalismo. In: GENTILI, P.; SADER, E. (org.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o estado democrático. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 93-123.
- ANTUNES, R. Adeus ao Trabalho? : ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 4. ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1997.
- ANTUNES, R. Reestruturação Produtiva e Mudanças no Mundo do Trabalho numa Ordem Neoliberal. In: DOURADO, L. F.; PARO, V. H. (org). Políticas Públicas e Educação Básica. São Paulo: Xamã, 2001.
- ANTUNES, R. Trabalho e superfluidade. In: LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D.; SANFELICE, J. L. (orgs). Capitalismo, Trabalho e Educação. 3. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2005.
- ARCE, A. A Formação de Professores sob a Ótica Construtivista: primeiras aproximações e alguns questionamentos. In: DUARTE, N. (org). **Sobre o construtivismo**: contribuições a uma análise crítica. 2. ed. Campinas; SP: Autores Associados, 2005.

ARELARO, L. R. G. Resistência e submissão: a reforma educacional na década de 1990. In: KRAWCZKY, N.; CAMPOS, M. M.; HADDAD, S. (orgs). **O Cenário educacional latino-americano no limiar do século XXI: reformas em debate**. Campinas, SP: Autores Associados, 2000.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 261f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

BACON, F. **Novum Organum ou Verdadeiras Indicações Acerca da Interpretação da Natureza**. São Paulo: Editora Abril, 1973.

BANCO MUNDIAL. **World Development Report**. Oxford: University Press, 1993.

BANCO MUNDIAL. Unidade de Gerenciamento do Brasil. Departamento de Desenvolvimento Humano. Departamento de Redução de Pobreza e Gestão Econômica. Região da América Latina e do Caribe. Brasil. **Relatório Nº. 36601-BR. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. Documento do Banco Mundial. 2007.** Disponível em <http://www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/11/bancomundial-2007.pdf> consultado em 10/04/2007.

BATISTA, N. A.; SILVA, S. H. S. **O professor de medicina**: conhecimento, experiência e formação. São Paulo: Loyola, 1998.

BENDASSOLLI, P. F. O vocabulário da habilidade e da competência: algumas considerações neopragmáticas. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 3/4, p. 65-76, 2000/2001.

BOLLMANN, M. G. N. LDB: do processo de construção democrática à aprovação anti-democrática. **Universidade e Sociedade**, Brasília, v.7, n.12, fev. 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p.38, 9 de nov. 2001.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde, 8080. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela vida**. Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm> consultado em 20/11/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina**: Edital de Convocação 08/2002a. Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Superior – Ministério da Educação. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. Disponível em: <http://www.saude.gov.Br/promed>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. 3.ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Superior. **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina**. Brasília, 2002b.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1987.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

BREILH, J. **Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación**: guía pedagógica para un taller de metodología (epidemiología del trabajo). Quito: Ed. CEAS, 1994.

BREILH, J. Reforma: democracia profunda, no retroceso neoliberal. In: REFORMA en Salud: lo privado o lo solidario. Quito: Ed. CEAS, 1997.

BREILH, J. Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud. In: TALLER latinoamericano de determinantes de la salud –30 de septiembre. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/8738274/Taller-no-Deter-MinAntes-Sociales-Salud>>. Acesso em: 20/12/2008.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. La Organización Mundial de la Salud y la transición de la “Salud Internacional” a la “Salud Global”. In: CUETO, M.; ZAMORA, V. (ed.). **Historia, Salud y Globalización**. Lima: IEP, UPCH, 2006.

BRUNO, L. Poder e Administração no Capitalismo Contemporâneo. In: OLIVEIRA, D. A. **Gestão Democrática da Educação**: desafios contemporâneos. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

CAMPAÑA, A. Salud y Reforma: reflexiones para la defensa de lo humano. In: REFORMA en Salud: lo privado o lo solidario. Quito: Ed. CEAS, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. **Diretrizes para o Ensino Médico na Rede Básica de Saúde**. ABEM, 2005. Mimeo.

CARVALHO, G. C. M. **Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde – 1988-2001**. 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde**: sujeito e mudanças. São Paulo: Editora HUCITEC, 2005.

CASTIGLIONI, A. **História da medicina**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1947.

CATANI, A. M.; OLIVEIRA, J. F.; DOURADO, L. F. Política Educacional, Mudanças no Mundo do Trabalho e Reforma Curricular nos Cursos de Graduação no Brasil. **Educação & Sociedade**, São Paulo, v.22, n.75, ago. 2001.

CHAUÍ, M. S. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

CHAUÍ, M. S. Uma ideologia perversa. **Folha de S. Paulo**, Caderno Mais!, 14 mar. 1999.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. Brasil, líder mundial no ranking de escolas médicas. **Informativo do Conselho Regional de Medicina do Paraná**, Curitiba, v.11, n.71, p.10, jan.-mar. 2006.

CURY, C. R. J. **Educação e contradição**: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 5.ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DOLL JR, W. E. **Currículo**: uma perspectiva pós-moderna. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DRAIBE, S. M. **O 'Welfare State' no Brasil**: características e perspectivas. Ciências sociais hoje. São Paulo: VERTICE – AMPOCS, 1989.

DUARTE, N. **Vigotski e o "aprender a aprender"**: crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da teoria vigotskiana. 3.ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

ESCOLAS médicas do brasil. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br/novas.php>>. Acesso em: 25 mar. 2008.

FEUERWERKER, L. C. M. A formação de médicos especialistas e a residência médica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, n.57, p.39-54, jan./abr. 2001.

FEUERWERKER, L. C. M. **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.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/ Rede Unida, 1998.

FIER, F. Acordos e tratados de livre comércio: implicações para a saúde e o desenvolvimento. In: NOGUEIRA, F. M. G.; RIZZOTTO, M. L. F. (org.). **Políticas sociais e desenvolvimento**: América Latina e Brasil. São Paulo: Xamã, 2007.

FLEURY, S. Partidos, governo e os equívocos sobre o SUS. **RADIS**: comunicação em saúde, n. 77, jan. 2009.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. S.I.: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

FONSECA, M. O Banco Mundial e a Gestão da Educação Brasileira. In: OLIVEIRA, D. A. **Gestão Democrática da Educação**: desafios contemporâneos. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRANÇA, G. V. Os riscos da medicina baseada em evidências. **Bioética**, v.11, n.1, 2003.

FRIGOTTO, G. Estruturas e Sujeitos e os Fundamentos da Relação Trabalho e Educação. In: LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D.; SANFELICE, J. L. (orgs). **Capitalismo, Trabalho e Educação**. 3.ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2005.

FRIGOTTO, G. Globalização e crise do emprego: mistificações e perspectivas da formação técnico-profissional. **Boletim Técnico do Senac. RJ**, v.25, n.2, maio/ago. 1999.

GALLARDO, L. **El negocio del VIH/SIDA**. Patentes farmacéuticas ¿para qué y para quién? Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Abya-Yala, Corporación Editora Nacional, 2006.

GARCÍA, J. C. **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989.

GENTILI, P. Neoliberalismo e Educação: manual do usuário. In: SILVA, T. T.; GENTILLI, P. (orgs). **Escola S.A.**: quem ganha e quem perde no mercado educacional do neoliberalismo. Brasília: CNTE, 1996.

GENTILLI, P. Três Teses sobre a Relação Trabalho e Educação em Tempos Neoliberais. In: LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D.; SANFELICE, J. L. (orgs). **Capitalismo, Trabalho e Educação**. 3.ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2005.

GERMER, C. M. **Contribuição ao entendimento do método da economia política, segundo Marx**. Curitiba, 2001. mimeo.

GRAMISCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979

HARVEY, D. **Condição Pós Moderna**. 16. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

IANNI, O. O Cidadão do Mundo. In: LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D.; SANFELICE, J. L. (orgs). **Capitalismo, Trabalho e Educação**. 3.ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2005.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina.** 4.ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

KLEIN, L. R. Espírito crítico, contradição e maniqueísmo. **Revista Promover**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 19, 1999.

KLEIN, L. R. **Alfabetização: quem tem medo de ensinar?** 4.ed. São Paulo: Cortez; Campo Grande: Editora da Universidade de Mato Grosso do Sul, 2002.

KLEIN, L. R. **Fundamentos para uma Proposta Pedagógica Para o Município de Campo Largo.** Mimeo. 2007.

KLEIN, L. R. **Proposta Político-Pedagógica para o Ensino Fundamental.** Mato Grosso do Sul: Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso do Sul, 2000.

KOSICK, K. **Dialética do concreto.** 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KRAWCZYK, N. A Construção social das políticas educacionais no Brasil e na América Latina. In: KRAWCZYK, N.; CAMPOS, M. M.; HADDAD, S. (orgs). **O Cenário educacional latino-americano no limiar do século XXI: reformas em debate.** Campinas, SP: Autores Associados, 2000.

KRUPSKAJA, N. K. Diferencia entre la instrucción profesional y la politécnica. In: ACERCA de la Educación Comunista: artículos y discursos. Moscú: Ediciones en Lenguas Extranjeras, s.d.

KUENZER, A. Z. A reforma do ensino técnico no Brasil e suas consequências. In: FERRETTI, C. J.; SILVA JR, J. R.; OLIVEIRA, M. R. N. S. **Trabalho, formação e currículo: para onde vai a escola?** São Paulo: Xamã, 1999.

KUENZER, A. Z. As relações entre conhecimento tácito e conhecimento científico a partir da base microeletrônica: primeiras aproximações. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 1, jan. 1981.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas.** São Paulo: HUCITEC / Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

LAURELL, A. C. **Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud.** México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco; Fundación Friedrich Ebert Representación en México, 1994.

LLOMOVATTE, S. A reforma educacional na Argentina: o vínculo educação-trabalho. In: FERRETTI, C. J.; SILVA JR, J. R.; OLIVEIRA, M. R. N. S. **Trabalho, formação e currículo: para onde vai a escola?** São Paulo: Xamã, 1999.

LUKÁCS, G. **Introdução a uma Estética Marxista: sobre a categoria da particularidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

LUKÁCS, G. **Ontologia do Ser Social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx.** São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

MARANHÃO, E. A. **A construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da saúde**: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. (mimeo), s/d.

MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. (org). **Educação médica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

MARQUES, M. B. **Saúde pública, ética e mercado no entreato de dois séculos**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

MARTINS, L. M. As aparências enganam: divergências entre o materialismo histórico dialético e as abordagens qualitativas em pesquisa. In: 29ª REUNIÃO Anual da ANPED, 2006. Educação Cultura e Conhecimento: desafios e compromissos, 2006. v.1.

MARX, C. **El capital**: crítica de la economía política. La Habana: Ediciones Venceremos, 1965. v.3.

MARX, K. **Manuscritos econômicos-filosóficos e outros textos escolhidos**. 2.ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1996. v.1, t.1.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo: Martin Claret, 2005.

MÉDICI, A. C. **Perfil da saúde no Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 1997.

MELLO, A. F. **Marx e a Globalização**. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2005.

MIRANDA, M. G. Pedagogias Psicológicas e Reforma Educacional. In: Duarte, N. (org). **Sobre o construtivismo**: contribuições a uma análise crítica. 2.ed. Campinas/SP: Autores Associados, 2005.

MORAES, R. C. C. As incomparáveis virtudes do mercado: Políticas sociais e padrões de atuação do Estado nos marcos do neoliberalismo. In: KRAWCZKY, N.; CAMPOS, M. M. e HADDAD, S. (orgs). **O Cenário educacional latino-americano no limiar do século XXI**: reformas em debate. Campinas, SP: Autores Associados, 2000.

NAVARRO, V. **La medicina bajo el capitalismo**. Barcelona: Editora Crítica, 1979a.

NAVARRO, V. **Capitalismo, imperialismo, salud, medicina**. Madrid: Tecnicas Gráficas, 1979b.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à Saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.3, maio/jun. 2004.

OFFE, C. **Capitalismo desorganizado**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

OLIVEIRA, B. A dialética do singular-particular-universal. In: ABRANTES, A. A.; SILOVA, V. R.; MARTINS, S. T. F. (orgs.). **Método histórico-social na psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

OLIVEIRA, D. A. **Gestão Democrática da Educação**: desafios contemporâneos. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

PARO, V. H. Parem de preparar para o trabalho!!! Reflexões acerca dos efeitos do neoliberalismo sobre a gestão e o papel da escola básica. In: FERRETTI, C. J.; SILVA JR, J. R.; OLIVEIRA, M. R. N. S. **Trabalho, formação e currículo**: para onde vai a escola? São Paulo: Xamã, 1999.

PEREIRA NETO, A. F. **Ser médico no Brasil**: o presente no passado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

PERRENOUD, P. **A Prática Reflexiva no Ofício de Professor**: profissionalização e razão pedagógica. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

PERRENOUD, P. Construindo competências – entrevista com Philippe Perrenoud, Universidade de Genebra - Paola Gentile e Roberta Bencini. **Revista Nova Escola**, Rio de Janeiro, v.15, n.126, p.19-31, abr. 2000.

PIRES, M. F. C. O materialismo histórico-dialético e a educação. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.1, n. 1, p 83-93, 1997.

POCHMANN, M. A crise do trabalho e do emprego. Entrevista a Álvaro Kassab. **Jornal da Unicamp**, 11/04/2007.

POCHMANN, M. Economia brasileira hoje: seus principais problemas. In: LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W. (org.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

POLACK, J. C. **La medicina del capital**. Madrid: Editorial Fundamentos, 1971.

PONCE, A. **Educação e luta de classes**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

PULEDDA, S. **Interpretaciones del Humanismo**. México: Ed. Plaza y Valdez, 1996.

RELATÓRIO de pesquisa: A Reestruturação do Currículo do Curso de Medicina. Curitiba: UFPR, 1991. Mimeo

RIGOTTO, R. M. **Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva**. 2004. Mimeo.

RIZZOTTO, M. L. F. As propostas do Banco Mundial para as reformas de saúde no Brasil nos anos 90. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, p. 140-147, maio/ago. 2005.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

ROEMBERG, F. Uma introdução ao estudo das organizações multilaterais no campo educacional. In: KRAWCZKY, N.; CAMPOS, M. M.; HADDAD, S. (orgs). **O Cenário educacional latino-americano no limiar do século XXI: reformas em debate**. Campinas, SP: Autores Associados, 2000.

ROMERO, M. **Medicalização da saúde e exclusão social: São Paulo, 1889-1930**. Bauru, SP: EDUSC, 2002.

ROSAR, M. F. F. As políticas de gestão educacional sob a ótica da racionalidade capitalista: a reprodução de uma similaridade forjada entre indústria e escola. In: FERRETTI, C. J.; SILVA JR, J. R.; OLIVEIRA, M. R. N. S. **Trabalho, formação e currículo: para onde vai a escola?** São Paulo: Xamã, 1999.

ROSAR, M. F. F. O Binômio Descentralização Globalização como Parte da Estratégia do Neoliberalismo. In: OLIVEIRA, D. A. **Gestão Democrática da Educação: desafios contemporâneos**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec; Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

ROSSLER, J. H. Construtivismo e Alienação: as origens do poder de atração do ideário construtivista. In: DUARTE, N. (org). **Sobre o construtivismo: contribuições a uma análise crítica**. 2.ed. Campinas; SP: Autores Associados, 2005.

RUGER, J. P. El rol cambiante del Banco Mundial en salud global. In: CUETO, M.; ZAMORA, V. (ed.). **Historia, salud y globalización**. Lima: IEP, UPCH, 2006.

SAVIANI, D. **Escola e Democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação e política**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1984.

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social Capitalista**. São Paulo: HUCITEC / Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: HUCITEC, 1993.

SHIROMA, E. O.; EVANGELISTA, O. Um fantasma ronda o professor: a mística das competências. In: MORAES, M. C. M. (org). **Iluminismo às avessas: produção do conhecimento e políticas de formação docente**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

SHIROMA, E. O. O Eufemismo da profissionalização. In: MORAES, M. C. M. (org). **Iluminismo às avessas**: produção do conhecimento e políticas de formação docente. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

SHIROMA, E. O.; MORAES, M. C. M.; EVANGELISTA, O. Ensino superior em tempos de adesão pragmática. In: MORAES, M. C. M. (org). **Iluminismo às avessas**: produção do conhecimento e políticas de formação docente. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

SHIROMA, E. O.; MORAES, M. C. M.; EVANGELISTA, O. Os arautos da reforma e a consolidação do consenso: anos de 1990. In: POLÍTICA Educacional. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

SILVA, M. R. **Currículo e competências**: a formação administrada. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, T. T. Educação, trabalho e currículo na era do pós-trabalho e da pós-política. In: FERRETTI, C. J.; SILVA JR, J. R.; OLIVEIRA, M. R. N. S. **Trabalho, formação e currículo**: para onde vai a escola? São Paulo: Xamã, 1999.

SIMÓN, J.; MERODO, A. Apuntes Sobre el Proceso de (Des)centralización Educacional en la Argentina. Del Estado Prestador de Servicios al Estado Regulador. In: OLIVEIRA, D. A. **Gestão Democrática da Educação**: desafios contemporâneos. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1981.

SMITH, A. Investigação Sobre a Natureza e as Causas da Riqueza das Nações. In: RICARDO, D. **Princípios de economia política e tributação**. 2.ed. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

SNYDERS, G. **Escuela, clase y lucha de clases**. Madrid: Comunicación, 1978.

STELLA, R. C. R.; CAMPOS, J. J. B. Histórico da Construção das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Brasil. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v.2, jun. 2006.

TAVARES, M. C.; FIORI, J. L. **(Des) ajuste global e modernização conservadora**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

TIRAMONTI, G. Após os anos 90: Novos eixos de discussão na política educacional da América Latina. In: KRAWCZKY, N.; CAMPOS, M. M.; HADDAD, S. (orgs). **O Cenário educacional latino-americano no limiar do século XXI**: reformas em debate. Campinas, SP: Autores Associados, 2000.

TOMAZZI, L.; WARDE, M. J.; HADDAD, S. (orgs). **O Banco Mundial e as políticas educacionais**. São Paulo, Cortez/Ação Educativa, PUC-SP, 1996.

TORRIGLIA, P. L. Argentina: políticas de ajuste e paradoxos na educação. In: MORAES, M. C. M. (org). **Iluminismo às avessas**: produção do conhecimento e políticas de formação docente. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

TUNG, M. T. **O Livro Vermelho**: citações do comandante Mao Tsé Tung. São Paulo: Martin Claret, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Relatório de pesquisa**: A Reestruturação do Currículo do Curso de Medicina. Curitiba: UFPR, 1991. Mimeo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Setor de Ciências da Saúde. Coordenação do Curso de Medicina. **Manual do Currículo Novo**. Curitiba, 1997. Mimeo.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (org.). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VIEIRA, S. L. Políticas Internacionais e Educação – Cooperação ou Intervenção? In: DOURADO, L. F.; PARO, V. H. (org.). **Políticas Públicas e Educação Básica**. São Paulo: Xamã, 2001.

VIOLA, E. Reflexões sobre as dimensões da globalização, as novas forças sociopolíticas transnacionais e a redefinição do horizonte da democracia. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (org.). **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

WANDERLEY, L. E. Espaço público e educação. In: KRAWCZKY, N.; CAMPOS, M. M.; HADDAD, S. (orgs.). **O Cenário educacional latino-americano no limiar do século XXI**: reformas em debate. Campinas, SP: Autores Associados, 2000.

WORLD Development Report, 2000-2001: Attacking Poverty. New York: Oxford University Press. 2004. Comprehensive Development Framework. Disponível em: <[http://web.world-bank.org/WEBSITE/EXTERNAL/PROJECTS/STRATEGIES/CDF/0,,pagePK:60447 ~ the SitePK:140576.00.html](http://web.world-bank.org/WEBSITE/EXTERNAL/PROJECTS/STRATEGIES/CDF/0,,pagePK:60447~theSitePK:140576.00.html)>.

ZIBORDI, M. Caso de Polícia: futuros médicos racistas. **Revista Caros amigos**, v.12, n.141, dez. 2008.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PROGRAMA DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa sobre a formação médica no Paraná. Para tal estamos através deste documento fornecendo informações sobre os objetivos da pesquisa e o caráter livre e voluntário de sua participação. Quaisquer dúvidas que surjam durante a leitura deste documento será esclarecida pelo pesquisador. Após esclarecimento sobre sua participação na pesquisa, no caso de aceite, assine ao final do documento.

- I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA
 1. Nome do entrevistado:
 2. Instituição:
- II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:
 1. Título : As determinações do capital sobre a formação do trabalhador em saúde: um estudo sobre as reformulações curriculares em dois cursos de medicina no Paraná.
Pesquisador: Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque.
Cargo/Função: Doutorando/pesquisador responsável.
Setor da UFPR: Educação
 2. Avaliação do risco da pesquisa (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo): SEM RISCO.
 3. Duração da pesquisa 18 meses
- III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO ENTREVISTADO SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:
 1. Justificativa e objetivos da pesquisa: a pesquisa tem como objeto a análise das mudanças curriculares em implantação em duas escolas médicas do estado do Paraná, diante do movimento de mudança induzido pelo Ministério da Saúde, norteadas pelas diretrizes curriculares. Parte-se da tese de que estas mudanças, se não forem implementadas com sólida fundamentação científica, podem obter resultado diametralmente oposto ao pretendido no que diz respeito à formação de um médico com capacidade para identificar os principais problemas de saúde da população e seus determinantes e com autonomia intelectual para propor as soluções mais adequadas. A pesquisa tem como objetivos verificar adequação das mudanças implementadas na reforma realizada nos dois cursos ao ideário sintetizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e verificar a adequação do ideário das diretrizes curriculares para a formação do médico com o perfil nelas preconizado
 2. Procedimentos de pesquisa: para facilitar o registro dos dados de pesquisa a entrevista será gravada pelo pesquisador e, se necessário, serão feitas anotações sobre o relato.
 3. Desconfortos esperados: relacionados com a privacidade e confidencialidade, apontados abaixo nas salvaguardas da confidencialidade, sigilo e privacidade.
 4. Benefícios que poderão ser obtidos: acesso facilitado posteriormente a uma cópia da tese, assim como a suas publicações na forma de livro e/ou artigos.
 5. Custos ou benefícios financeiros para o sujeito da pesquisa: os entrevistados não terão nenhum ônus e nenhum ganho financeiro ao participar da pesquisa.

- IV. ESCLARECIMENTOS FORNECIDOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS AO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:
1. **Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas:** o pesquisador realizará uma entrevista com os sujeitos desta pesquisa em local pré-determinado. Mediante autorização do entrevistado, o conteúdo da entrevista será utilizado na elaboração da tese de doutorado, como também poderá ser publicado na forma de livro e/ou artigos, ficando, no entanto, vedada sua utilização para outros fins. A gravação realizada na entrevista estará à disposição dos entrevistados a qualquer tempo ficando sob a guarda do pesquisador responsável.
 2. **Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo:** caso você queira desistir de participar da pesquisa, poderá fazê-lo em qualquer tempo e no momento em que desejar. Para quaisquer esclarecimentos durante o decorrer da pesquisa, você poderá utilizar o telefone ou e-mail do pesquisador, mencionado abaixo.
 3. **Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade:** O sigilo sobre suas afirmações será garantido, uma vez que os resultados da pesquisa serão divulgados de modo a jamais identificar as afirmações de cada participante. Nenhum de seus dados pessoais (endereço, telefone, e-mail) aparecerá na pesquisa ou publicação, como preconizam os documentos internacionais, a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e o Código Penal Brasileiro.
- V. INFORMAÇÕES DE NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DO RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO:
Pesquisador responsável: Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque.
Endereço: Rua Pâmphilo d'Assumpção, 268. Rebouças. (Curitiba – PR) CEP: 80 220 040.
Telefone para contato: (041) 99558130
E-mail: proguilhermedicina@hotmail.com
- VI. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO
Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente projeto de pesquisa.

Curitiba, _____ de 2007.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador
(Guilherme S Cavalcanti de Albuquerque)

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

AS DETERMINAÇÕES DO CAPITAL SOBRE A FORMAÇÃO DO TRABALHADOR EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE AS REFORMULAÇÕES CURRICULARES EM DOIS CURSOS DE MEDICINA NO PARANÁ

IDENTIFICAÇÃO

NOME

FUNÇÃO/CARGO QUE EXERCE ATUALMENTE NA ESCOLA

FUNÇÃO/CARGO QUE EXERCIA NA ÉPOCA DA REFORMA

FORMAÇÃO

Breve relato da experiência profissional

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Diante das novas diretrizes curriculares e das iniciativas do Ministério da Saúde no sentido de mudanças nos cursos de Medicina, houve algum processo de mudança ou reforma no curso desta escola?

Qual sua opinião sobre os direcionamentos propostos pelo Ministério?

O que mudou?

No seu entender quais os pontos positivos e negativos das mudanças.

O Ministério tem apontado alguns eixos e vetores norteadores das mudanças preconizadas. Sabendo-se que sua adoção é complexa e envolve diversas questões a serem consideradas, seguem-se perguntas referentes aos aspectos relacionados ao conteúdo do curso abordados naqueles eixos e vetores.

1. Determinantes de saúde e doença

- a. Esta escola optou por investir na abordagem dos determinantes de saúde e doença, bem como na articulação individual-coletivo, biológico-social?
- b. Como e onde (em que momento e espaço) são abordados os determinantes de saúde e doença no curso?
- c. Que situações de aprendizagem desta questão são colocadas para os alunos?
- d. Como se dá a articulação individual-coletivo na abordagem do conhecimento teórico e em sua aplicação assistencial?
- e. Como se dá a articulação biológico-social na abordagem do conhecimento teórico e em sua aplicação assistencial?

2. Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS

- a. Como a escola tem trabalhado a questão da pesquisa?
- b. Quais produções de investigação ocorrem na escola? (linhas de pesquisa)

- c. Em que momento e espaço estas investigações ocorrem (série, disciplina, extensão etc)?
- d. Quais os temas destas investigações?
- e. Após as mudanças curriculares (ou após a reforma) mudou o perfil das pesquisas?
- f. Aumentou a produção voltada à atenção básica?
- g. Diminuiu a produção voltada para as especialidades?
- h. As investigações têm investido na área de produção e avaliação de protocolos clínicos, inovações da gestão, análise de custo-benefício...?

3. Análise crítica do processo assistencial

- a. Como você vê a relação entre o projeto pedagógico e o desenvolvimento da capacidade crítica do aluno?
- b. O curso tem promovido o desenvolvimento da capacidade crítica do aluno?
- c. Na sua opinião o processo de ensino-aprendizagem pode contribuir para a análise crítica da totalidade da experiência assistencial? (serviços básicos, especializados etc e sistema de saúde com seu modelo assistencial)
- d. Isto tem ocorrido nesta escola?
- e. Existem atividades sistematizadas que buscam desenvolver no estudante a capacidade de pesquisa e seleção de informações em livros, periódicos e bases de dados?

4. Integração ciclo básico/ciclo profissional

- a. Como você vê a questão da integração do ciclo básico com o ciclo profissional?
- b. Isto já ocorre nesta escola?
- c. Como?
 - i. Currículo integrado? (descrever)
 - ii. Currículo modular? (descrever)
 - iii. Atividades integradoras? (descrever)
 - iv. Inter, trans, multi, pluri...disciplinaridade?) (descrever)

5. Mudança metodológica

- a. Foram implantadas mudanças pedagógicas no curso?
- b. Quais inovações pedagógicas existem no curso?
- c. O ensino é centrado no professor, fundamentalmente em aulas expositivas para grande número de estudantes?
- d. As atividades são realizadas com que número de alunos?
- e. Este número mudou pelas reformas curriculares, ou já era assim?
- f. As atividades de ensino aprendizagem são estruturadas a partir das necessidades de saúde da população? Como?
- g. Como estas necessidades são identificadas?
- h. Como ocorre a avaliação (formativa? Somativa? Etc todas as formas)
- i. Busca-se avaliar conhecimentos, atitudes e habilidades? Como?
- j. Busca-se que o estudante aprenda fazendo? Como?
- k. Busca-se o aprender a aprender? Como? Porquê?

6. Integração docente-assistencial

- a. Como você vê a questão da articulação da parte teórica com a prática assistencial?
- b. Nesta escola já existe alguma forma de articulação da parte teórica com a prática assistencial? Como ocorre?
- c. Houve, nos últimos tempos, uma retomada na discussão sobre os critérios de seleção dos conteúdos. Qual a posição desta escola em relação a isto?
- d. Como são selecionados os conteúdos?
- e. Houve alguma mudança a partir das diretrizes curriculares?
- f. Os conteúdos são escolhidos a partir das habilidades necessárias para a prática assistencial?
- g. Como se dá esta escolha?
- h. Que prática assistencial orienta esta escolha? (a prática da assistência básica ou especializada)?
- i. Se forem as duas, houve mudança no % entre básica e especializada?
- j. Os conteúdos teóricos são identificados a partir das necessidades que a prática assistencial apresenta?
- k. Poderia exemplificar o recorte do conteúdo (de uma disciplina básica) voltado para a prática assistencial?
- l. Sob esta lógica, de escolher o conteúdo a partir da prática que fundamenta, que parte do conteúdo passa a ser “desnecessária”? Que parte do conteúdo passa a ser necessária?
- m. Em que momento do curso existem práticas (assistenciais ou não) visando desenvolver destrezas (habilidades) = quais habilidades?
- n. As práticas aumentaram? Quais?
- o. Os conteúdos teóricos foram reduzidos? Quais? Como?
- p. O curso privilegia o conhecimento especializado ou a formação é de um médico geral?
- q. Ouve mudança no contato dos alunos com a tecnologia e os conhecimentos das especialidades?

7. Diversificação de cenários do processo de ensino

- a. Onde são desenvolvidas as atividades práticas
 - i. No ciclo básico
 - ii. No ciclo clínico
 - iii. No internato
- b. Qual é o tempo de permanência em cada cenário?
 - i. Hospital
 - ii. Ambulatórios/clínicas especialidades
 - iii. Unidades de Saúde
 - iv. Escolas
 - v. Laboratórios
 - vi. Outros _____
- c. Que atividades são desenvolvidas em cada um destes cenários?