

ARTIGO ORIGINAL

Caracterizando a Escola Médica Brasileira

Luiz Roberto Agea Cutolo¹, Demétrio Delizoicov²

Resumo

Discutem-se as principais características das práticas curriculares hegemônicas dos cursos de graduação em medicina. Parte-se do princípio de que o núcleo da questão da educação médica não é de ordem metodológica primariamente, mas epistemológica, baseada na concepção saúde e doença. Apontam-se as mudanças curriculares da UFSC como uma possibilidade de superação do modelo dominante.

Descritores: 1. *Educação Médica;*
2. *Currículo;*
3. *Educação superior.*

Introdução

Uma análise dos conteúdos programáticos das escolas médicas brasileiras revela uma hegemonia absoluta no entendimento do processo saúde/doença centrado em indivíduos biológicos (CINAEM, 1997). Hoje, as Escolas Médicas, seus professores e seus livros enfatizam os fatores particulares produtores de doenças. Esta abordagem tradicional, sustentada pelo modelo biomédico, argumenta que mudanças biológicas precedem e sucedem mudanças biológicas. Entretanto, a sociologia oferece três desafios a essa perspectiva:

1. *A presença de muitas causas biológicas de doenças é fortemente influenciada por fatores sociais.*
2. *Como a doença tem um caráter multidimensional, a descrição de causas de lesões biológicas isoladas não oferece uma explicação adequada, pois a doença possui uma dimensão psicossocial que igualmente necessita ser compreendida.*

Abstract

The main characteristics of hegemonic curriculum practices of Medical School are discussed. The article was developed from the principle that the core of medical education is not primarily a methodological issue, but epistemological, based on the health and disease conception. Curriculum changes at UFSC are pointed out as a possibility of overcoming the dominant model.

Keywords: 1. *Medical Education;*
2. *Curriculum;*
3. *Undergraduate education.*

3. *Existem evidências de que doenças aparentemente baseadas na estrutura biológica, e até mesmo a morte, podem ser manifestações de fatores sociais.*” (ARMSTRONG, 1995, p. 23, minha tradução)

Faz-se necessária uma reconsideração da base científica da medicina, buscando uma articulação dos conhecimentos biomédicos e sociais (OPS/FEPAFEM, 1994; AGUDELO, 1990). O objeto de estudo da medicina é o ser humano dentro de sua dimensão biológica e social indivisível. O enfoque estritamente clínico-biológico pode criar um falso dilema entre as ciências biológicas e as ciências sociais. Entender a sociedade e a inserção da medicina dentro desse contexto torna-se cada vez mais imperativo, pois

“Esta lacuna de conhecimentos frente à crescente complexidade de nossas sociedades, dá como resultado a formação de profissionais inaptos em maior ou menor grau, com conseqüências negativas tanto para a sociedade e a vida de seus pacientes, quanto para sua vida familiar e profissional.” (OPS/FEPAFEM, 1994, p. 133, minha tradução)

Parece não restar dúvidas sobre a importância histórica do significado do modelo biomédico. Muitas pergun-

1. Prof. do Programa de Mestrado em Saúde da UNIVALI; prof. do Programa de Mestrado em Ciências Médicas da UFSC.

2. Prof. do Programa de Pós-graduação em Educação da UFSC.

tas não respondidas puderam sair do obscurantismo e ser melhor clareadas; muitas doenças puderam ser conhecidas e tratadas e novas perspectivas foram abertas. Por outro lado, tivemos reducionismos. O foco no paciente e sua enfermidade deslocou o cuidado à saúde. A busca por causas com estabelecimento de etiologias específicas tirou-nos a visibilidade biográfica e social do paciente. Não se trata de querer substituir um padrão pelo outro, trata-se de tentar articular o modelo hegemônico bionatural com modelo biosocial (AGUDELO, 1990).

Os limites bionatural e social são imprecisos e devem ser particularizados dentro do fenômeno. A complexidade do processo saúde-doença não permite um modelo único. Segundo AGUDELO (1990), não se pode entender a epidemiologia da AIDS sem integrar os fundamentos da virologia e da imunologia. Tampouco se pode desenvolver estudos da virologia e imunologia sem compreender a difícil trama social que envolve a doença, tanto em seu aspecto epidemiológico como em suas conseqüências sociais. Não são duas entidades (bionatural e social) que se alternam no ser social. A compreensão da complexa estrutura bionatural do ser humano exige disciplinas específicas com seus suportes conceituais e metodológicos, mas são insuficientes no entendimento das condições sociais que determinam o seu estado processual de saúde e de doença.

A formação dos professores/médicos é a superespecialidade.

Como a formação docente é especializada, a imagem de indivíduo e o entendimento de seus problemas passam a ter origem topográfica. O indivíduo é encarado de forma cartesiana como o resultado da soma das partes.

A presença de superespecialistas nas escolas médicas é algo absolutamente necessário, embora o seu campo de atuação devesse ser prioritário nos programas de residência médica (FURTADO, 1986). Um aspecto que deve ser ressaltado é que a especialização amplia a base cognitiva da ciência médica, fato necessário (MACHADO, 1999). O desenvolvimento científico e tecnológico ocorrido na área médica reforça o aparecimento dos especialistas (OPS/OMS, 1992), mas é indispensável que docentes generalistas representem modelos de identificação para o médico geral que desejamos preparar (FURTADO, 1986). O professor superespecialista acaba sendo um exemplo a ser seguido: alguém profissionalmente e economicamente bem sucedido com conhecimento profundo em área específica. Do ponto de vista de aceitação social, o especialista é...

“...premiado por sua capacidade resolutiva pontual em prejuízo da indispensável visão de conjunto do estado de saúde do indivíduo e da sociedade.” (OPS/OMS, 1992, p. 51)

É momento de se valorizar e reconhecer o generalista e identificá-lo em sua posição legítima com alta capacidade de resolução dos problemas comuns de saúde e como indispensável agente modificador dos padrões de promoção à saúde. Nesse sentido, é necessário também que essa valorização se dê em nível de honorários para que a atividade se torne atrativa aos alunos de medicina.

Do ponto de vista histórico, é inegável a evolução das especialidades médicas surgidas na medicina moderna. Seguindo-se o desenvolvimento da medicina científica e da tecnologia médica, cada vez mais a superespecialização tem crescido. Poderíamos dizer que suas presenças são necessárias e até mesmo indispensáveis, mas não devem funcionar como modelos para os propósitos educacionais de formar um profissional com visão integradora dos problemas de saúde e doença. Como docentes, os especialistas realizam suas atividades didáticas dentro do hospital, enfatizando a atenção terciária à saúde.

Atualmente são registradas 64 especialidades no Conselho Federal de Medicina, o que, do ponto de vista sociológico, representa a autonomia técnica e econômica do médico, com divisão não competitiva de mercado (MACHADO, 1999).

MARTINS (1998), citando Fletcher & Fletcher, afirma que a excessiva superespecialização é cara e ineficiente para os problemas de saúde gerais da população. Além do mais, ela induz ao consumo e cria necessidades na área tecnológica.

A abordagem individual é tecnicista e não humanista.

ALBANESE (2000) afirma que a compaixão e o altruísmo presentes nos estudantes recém-admitidos nos cursos médicos vão se diluindo com o passar dos anos até a formatura.

A supervalorização da tecnologia ocorrida na medicina aproximou o paciente das máquinas e o afastou dos médicos. A anamnese e o exame físico têm sido gradativamente substituídos pelo procedimento. Os procedimentos, por sua vez, tornam o ato médico caro e excluem grande parcela da população.

A formação humanista é deficiente, sendo a ênfase predominantemente tecnocêntrica (CINAEM, 1997). A compreensão da dimensão humana tem sido abandonada nos cursos de medicina, dificultando o entendimen-

to psicossocial do paciente e sua comunicação com ele (BYRNE & ROSENTHAL, 1994).

A ênfase que o modelo flexneriano dá à atividade laboratorial e seus dados “objetivos” e quantificáveis e o entendimento mecanicista em relação à doença tem afastado o médico da arte de curar.

Modelos atuais de ensino médico tendem a equilibrar a capacitação científica com os aspectos humanos do paciente. A base da aproximação do modelo humanístico referencia-se nos pressupostos de Engel, desenvolvidos em 1982 (BYRNE & ROSENTHAL, 1994).

HONGLADAROM et al. (2000) chegam a colocar a importância da literatura, história e filosofia nos currículos médicos, sustentando que estas áreas tendem a alimentar sentimentos e sensibilidades éticas e humanísticas.

Creio ser o humanismo um tema transversal, que pode ser mais efetivo se trabalhado como cotidiano do espaço curricular, no dia a dia das relações possíveis (professor-aluno, professor-professor, aluno-aluno, professor-aluno-paciente), não apenas disciplinarmente.

A postura do docente é a do médico que dá aula e não a do professor de medicina.

O regime de docência com dedicação exclusiva é algo pouco comum nas escolas médicas durante o ciclo clínico. Uma menor dedicação à carreira docente está relacionada com um maior êxito financeiro e a um maior conformismo com a infra-estrutura disponível na escola (CINAEM, 1997). Há um certo descompromisso com a questão pedagógica, um baixo interesse na discussão e solução de problemas relativos ao ensino médico e uma resistência muito grande em relação às mudanças (CINAEM, 1997).

Os baixos salários não incentivam a dedicação exclusiva. Os professores de medicina tendem a optar por atividades mais lucrativas. Os que assumem, vivem situação financeira desmotivadora e vêem restritos os acessos a congressos e aquisição de material bibliográfico (FERREIRA, 1992).

“Os professores são mal remunerados, insuficientemente treinados e pouco motivados para interagir com os alunos.” (ABRAMOVICH & PICCINI, 1995, P. 28)

O critério de admissão, freqüentemente, passa a ser a capacitação técnica específica. Supõe-se que uma vez habilitado sobre o conteúdo, se está habilitado a ensiná-lo. Um bom médico não é necessariamente um bom professor (WFME, 1990).

As representações dos professores de medicina foram estudadas por SILVA (1995). Neste trabalho, a au-

tora percebeu que o fazer pedagógico para o professor envolve quase sempre técnicas de ensino, recursos audiovisuais e instrumentos de avaliação.

“...(para os professores) ter uma formação pedagógica é quase sempre especializar-se em transmitir conhecimentos.” (SILVA, 1995, p. 6)

Os critérios expostos pelos professores de medicina para a opção da carreira paralela docente são os mais variados. Alguns porque gostam de mostrar aos outros como se faz ou como se domina um conteúdo. Outros sentem-se obrigados a fazer o que fizeram com eles, ensinar. Outros mais gostam de estudar e sentem-se estimulados com a docência para o fazer. Alguns acreditam que buscaram a carreira docente por justificção em seus currículos pessoais (SILVA, 1995)

A importância da pós-graduação na aquisição da consciência docente foi estudada por BATISTA (1998), que verificou a ampliação do conceito de docência por parte dos médicos, bem como a incorporação de subsídios capazes de modificar as práticas anteriores. SILVA (1998), dentro da mesma perspectiva, justificou as práticas na pós-graduação como importantes no processo de reconhecer-se como professor e no ato de assumir-se a docência como profissão.

LUNDBERG et al. (2000), num interessante inquérito junto a estudantes de medicina sobre os fatores importantes do aprendizado temático descobriram que o interesse do professor na aprendizagem do aluno constituía-se no principal fator. Ou seja, o compromisso, o comprometimento do docente na relação didático-pedagógica influi no aprendizado.

A mudança de estratégias educacionais implica, de forma clara, num preparo pedagógico docente. A ação política que hoje se espera das escolas médicas não pode excluir as preocupações na formação didático-pedagógico de seus professores (CEM/MEC, 1986; WFME, 1990; ÉCOLE DE RIOM, 1996).

O “General Medical Council” do Reino Unido recomendou a todos os professores de medicina a aquisição e manutenção de habilidades na área educacional. O “Medical School Objectives Project” e o “American Medical Colleges”, nos EUA, propõem a incorporação de programas educacionais nas escolas médicas (BLIGH & ANDERSON, 2000).

LIRA (1997) destaca que a capacitação docente deve ampliar-se à análise de conteúdos curriculares; delimitação de objetivos educacionais quanto ao médico que se deseja formar; domínio de técnicas docentes em sala de aula e de avaliação e domínio de princípios pedagógicos.

Espera-se um privilegiamento dos docentes com dedicação exclusiva nas questões salariais e nos planos de carreira. E os cursos devem oferecer a seus docentes programas de aperfeiçoamento pedagógico e desenvolver mecanismos estimuladores de sua participação.

A prática em sala de aula é empirista.

Usando as categorias de Fernando Becker (BECKER, 1994), podemos afirmar que a relação professor/aluno no processo ensino/aprendizagem dá-se de forma empirista. Segundo ele, o modelo empirista implica que o conhecimento está contido no professor e o aluno é um receptor sensorial deste conhecimento. No modelo apriorista, o conhecimento deve ser despertado no aluno. No modelo construtivista o conhecimento é processado e construído na relação professor-aluno. Valoriza-se o conhecimento *a priori* do aluno e o conhecimento esotérico do professor. O conhecimento não se transmite, mas se constrói.

Em sua maioria, os professores-médicos trabalham suas aulas de forma expositiva, procedimento passivo, onde o professor exterioriza conteúdos adquiridos que devem ser imitados. Conseqüentemente, o método de avaliação busca aferir a soma de conteúdos assimilados.

Na tentativa de superação do empirismo, algumas escolas propõem o método de Aprendizado Baseado em Problemas¹. Sugere-se que o professor se torne um tutor, um facilitador e trabalhe com um número reduzido de alunos (4 a 8), aplicando-lhes um problema clínico teórico (HART, 1995; SANTOS, 1994; SOBRAL, 1986; SOBRAL, 1994). A partir do problema, lido pelos próprios alunos, segue-se um estudo individualizado, seguido de uma discussão coletiva sem que o professor interfira.

“O aprendizado baseado em problemas (PBL),..., pretende tornar os alunos elementos ativos, independentes e responsáveis por seu próprio aprendizado, capazes de aplicar o conhecimento adquirido em situações práticas.” (SANTOS, 1994, p. 121)

O PBL foi implantado pela primeira vez no final da década de 60 na Universidade de McMaster no Canadá. Várias universidades aderiram ao método e, no Brasil, temos a Faculdade de Medicina de Marília e a Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (KOMATSU et al. 1998), entre outras. E, mais recentemente, a Faculdade de Medicina de Criciúma em Santa Catarina (UNESC, 2000).

Há na literatura muita controvérsia quando se compara o PBL e o modelo tradicional. SOBRAL (1994) relata que no método a aquisição de habilidades clínicas dá-se mais precocemente quando comparado ao modelo tradicional. Cita o trabalho de Norman & Schmidt, que relacionou um aumento da capacidade de transferência dos conceitos acumulados para a resolução de novos problemas. SOBRAL (1986) indica a atratividade do método junto aos estudantes num estudo realizado em pequeno grupo, tendo encontrado um índice de rejeição próximo de 10%. KOMATSU (1998), no entanto, cita o trabalho de Berkson, que não distingue o resultado final de médicos formados pelo PBL e pelo modelo tradicional.

FAYAWICKRAMARAJAH (1996) comparou três programas de PBL e encontrou ausência de uniformidade. KARLSEN et al. (2000) descrevem a ocorrência de modelos híbridos de PBL com o tradicional.

Rezler, citado em ALBANESE (2000), diz que não ocorrem diferenças significativas, sob o ponto de vista humanístico, entre alunos educados pelos PBL e pelo modo tradicional. Diferenças podem ser percebidas apenas nos primeiros anos em favorecimento ao PBL.

FERREIRA (1992), na época Coordenador do Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPS, afirmava não conhecer indicadores que comprovassem impacto significativo do PBL sobre o médico.

Diferentemente da educação baseada em problemas, cuja ênfase é na solução de situações com respostas terapêuticas adequadas a uma série de problemas, tem sido apontada a alternativa da problematização, que...

“...aplicada ao contexto da saúde enfatiza o processo de reflexão e análise sobre os problemas de saúde desde suas várias perspectivas e em toda a sua complexidade.” (OPS / FEPAFEM, 1994, p. 134, minha tradução)

A educação problematizadora, onde o conhecimento é construído processualmente, parece mais promissora, pois possibilita a compreensão diferenciada do processo saúde/doença. A idéia de problematizar os conteúdos do curso médico busca superar o conceito educacional baseado na reprodução e incorporação de conhecimentos pelo modelo que possibilita uma tomada de atitude crítica, analítica e reflexiva frente aos problemas de saúde e suas resoluções (FEPAFEM, 1994).

Novos enfoques pedagógicos são bem-vindos, mas o que se deve considerar, agora, não é o método em si, mas quais as possibilidades do método para se entender saúde-doença dentro de sua complexidade dialética. PBL com enfoque apenas biologicista não constitui mudança, mas reforma.

1. Problem-based learning (PBL)

A OPS/OMS (1992) chama a atenção para o fato de que...
 “...uma interpretação inadequada da abordagem educativa centrada em problemas vem favorecendo o manejo de situações específicas em forma isolada de sua fundamentação científica, confundindo a desejável interdisciplinaridade com um enfoque trivial de pouco valor formativo.” (OPS/OMS, 1992, p. 52)

O local de ensino é, fundamentalmente, desenvolvido no hospital.

A base onde as aulas práticas são desenvolvidas é a instituição hospitalar. O hospital torna-se a “torre de marfim” que abriga e protege o curso médico dos desafios e da complexidade dos problemas comunitários de saúde (MENNIN et al., 2000).

O hospitalocentrismo desenvolvido pelas diferentes escolas segue o modelo biomédico flexneriano e compatibiliza-se com a exclusão da sociedade nas questões relativas à saúde e doença.

Os hospitais universitários e de ensino possuem, hoje, de uma maneira geral, os melhores recursos tecnológicos e profissionais especializados para a realização de procedimentos terciários. Não devem, portanto, ser excluídos enquanto espaço didático, mas devem ter atribuições específicas bem delimitadas e restritas dentro da execução de estratégias educacionais. Eles complementam o sistema, mas não podem ser a base do sistema (RODRIGUEZ NETO, 1996).

A Associação Médica Brasileira (AMB, 1989) indica que os conteúdos práticos devem ser apresentados em locais variados, com ênfase na atenção primária da saúde, desenvolvida em postos de saúde.

A Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação recomenda:

“A integração ensino-serviço será vantajosamente iniciada antes do internato, propiciando ao aluno a frequência aos ambulatórios periféricos da rede de saúde municipal, estadual e federal. Completar-se-á no internato, a realizar-se no Hospital-Escola, incluindo atividades extramurais, mediante convênios, bem como estágios junto às populações rurais, pois são aquelas que têm as maiores necessidades e as menores facilidades de cuidados médicos.” (MEC, 1986, p. 76)

O Projeto UNI², desenvolvido em seis escolas médicas brasileiras, tem como pressuposto básico a extensão comunitária periférica (CHAVES, 1996). Esses centros de saúde da rede de atenção primária devem, porém, ter continuidade com os demais níveis de complexidade do sistema (secundário e terciário).

Existem experiências que transcendem os limites dos muros de instituições de saúde, projetos que buscam dentro das comunidades o local de atuação, como creches e domicílios, como as experiências descritas por NUSSBAUNMER et al. (1995) e LAMOUNIER et al. (1995). A Flinders University, na Austrália, tem enfatizado programas educacionais rurais para tentar compensar a má distribuição dos médicos no país. O mesmo tem sido feito pela Universidade de Minnesota, Universidade do Novo México, Universidade do México (MENNIN et al. 2000). No Brasil, tivemos uma experiência pioneira de Internato Rural na UFMG. Implantado em 1978, seguindo um modelo cubano, teve como assessor Juan César Garcia (BARBOSA, 1998).

“O objetivo básico do Internato Rural é inserir o aluno em uma determinada localidade, previamente selecionada, de forma a possibilitar que ele apreenda a realidade de saúde e os determinantes sociais do lugar.” (BARBOSA, 1998, p. 210)

MENNIN (2000) rebate as críticas de Worley, segundo o qual essas práticas reduziram a qualidade do ensino-aprendizagem, destacando que esses alunos vivenciaram um maior contato com seus pacientes, e tiveram maiores oportunidades de vivência clínica do que seus colegas centrados no hospital.

O ensino extra-hospitalar não deve ficar reduzido a uma experiência pontual e limitada, segundo MENNIN (2000), deve ser sólida, prolongada e iniciada precocemente. Deve ser a base do ensino para possibilitar...

“...aprendizado do paciente como um todo; lidar com aspectos sociais, financeiros, ambientais, políticos e éticos da saúde e prática médica...”

Paralelamente ao “Problem-Based Learning” (PBL), tem surgido o “Community-Based Learning” (CBL) ou “Community-Based Education” (CBE). Embora haja confusão na discussão das duas abordagens, é preciso deixar claro que têm significados distintos e não são condições *sine qua non*. HABBICK & LEEDER (1996) afirmam que uma escola pode usar o modelo pedagógico PBL sem que os conteúdos sejam orientados pela comunidade. Tanto quanto um CBE pode ter sucesso sem usar o PBL. Sustenta que o foco deve ser a comunidade e não o modelo pedagógico. Continuam os auto-

² Criado em 1993, o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa para a educação dos profissionais de saúde, em UNião com a comunidade) é um esforço de cooperação entre universidade, serviços de saúde e organizações comunitárias. Tem como objetivo apoiar o desenvolvimento integrado de modelos inovadores de ensino, dos sistemas locais de saúde e da ação comunitária (UNESP, 1995).

res, que é preferível um modelo que privilegie a aprendizagem, como o PBL, mas que não retire energias, ou foco do CBE.

Vale ressaltar, no entanto, que nem todas as iniciativas do CBE são impregnadas de responsabilidades sociais. MAZOUN & SCHMIDT (2000) observaram que as atividades extra-hospitalares do CBE podem possuir diferentes sentidos. Alguns programas desenvolvem serviços em comunidades subservidas. Outros usam das comunidades para desenvolvimento de pesquisas e outras privilegiam o atendimento clínico.

A comunidade pode ser o centro da atividade do ponto de vista clínico; pode ser um grande “laboratório” de pesquisas, mas sobretudo, deve possibilitar uma visão mais clara do complexo sistema do processo saúde-doença e permitir reflexões e mudanças dentro de seu meio.

A estrutura é essencialmente disciplinar.

Apesar da complexidade e das diferentes variáveis que envolvem o processo saúde/doença, não existe integração interdisciplinar. Não há diálogo entre as disciplinas de caráter clínico biomédico, não há diálogo com os diferentes profissionais da área da saúde e nem, tão pouco, com os diferentes saberes como sociologia, antropologia e psicologia.

“Se se pretende expor o aluno a problemas de saúde, preparando-o para resolvê-los, deve-se admitir que esses problemas são necessariamente interdisciplinares. A realidade é interdisciplinar.” (LOBO, 1981, p. 96)

Admite-se que os professores tenham sistematizado o conhecimento especializado de forma disciplinar. Mas seria desejável essa aplicação disciplinar no contexto da formação geral que engendra a visão do todo?

Estratégias de caráter interdisciplinar são apontadas por vários autores como necessidades de redefinição do médico generalista que queremos formar, por exemplo ÁVILA et al. (1994), NAJUL (1991) e SOBRAL (1994).

A OPS/FEPAEM (1994) sustenta que o eixo articulador fundamental da educação médica é a interdisciplinaridade. A complexidade do processo saúde-doença deve ser tratada com categorias interdisciplinares. Somente a investigação coletiva com produção coletiva pode permear a solução de problemas que envolvem a saúde e a doença.

Aos estudantes de medicina deve ser dada a oportunidade de interagir com estudantes de outras áreas da saúde e outras áreas do saber (HONGLADAROM et al. 2000) para o seu crescimento profissional e pessoal.

Não há articulação entre os ciclos básico e clínico.

A função do ciclo básico supõe-se ser oferecer ao aluno as bases teóricas biológicas e estruturais do ser humano para um posterior entendimento da base fisiopatológica da enfermidade com conseqüente abordagem clínica.

O que se observa, no entanto, é um ciclo básico completamente dissociado das necessidades médicas do ciclo clínico. Ensina-se no ciclo básico...

“...como se o objetivo fosse a disciplina e não o curso de Graduação em Medicina.” (FERREIRA, 1995, p. 4)

As disciplinas do ciclo básico são agrupadas de forma a desenvolver suas próprias potencialidades autônomas. São ensinadas como ciências muito bem delimitadas em seu campo, com vida própria e importância que se justifica em si. Não se busca a especificidade do conhecimento básico aplicado à clínica. Em geral, os professores não têm formação clínica, são biomédicos, bioquímicos, farmacêuticos, biólogos, ou seja, com conhecimento restrito da clínica. Como conseqüência, seus ensinamentos são, de forma geral, desconectados de importância clínica.

Outras especificidades do ciclo básico dão conta de que ele não tem responsabilidade direta sobre o paciente, trabalham em currículos isolados e desenvolvem pesquisa básica (AMORIM, 1997). A planificação dos programas e seus conteúdos é feita isoladamente, sem o desejável diálogo quanto às necessidades do ciclo clínico. Não há comunicação entre os coletivos envolvidos nos diferentes ciclos.

Como já se assinalava há mais de 20 anos (ROSA, 1979), o problema não é recente e está em pauta no Brasil desde o início da década de 70. O problema existe, foi exaustivamente debatido e hoje o que se vê é a reprodução e a manutenção do modelo flexneriano (FLEXNER, 1910).

As ciências básicas devem ser ensinadas com vistas à sua aplicação na prática médica e não apenas como exercício intelectual, ou base para a especialização (WFME, 1990). O que se observa é uma passagem abrupta e não articulada entre o ensino básico e o clínico (MEC, 1986).

Segundo a OPS/FEPAFEM (1994) é necessário repensar o ciclo básico que se encontra em crise, que não consegue responder satisfatoriamente sobre sua necessidade. Em conseqüência:

“... se converteram em unidades fechadas, impenetráveis, desarticuladas da formação clínica e social. Esta visão biologicista gera uma barreira para a in-

corporação das ciências sociais no contexto de cada disciplina.” (OPS/FEPAFEM, 1994, p. 133).

LOBO (1981) dá indicativos de que o sistema de divisão em ciclos não se justifica no seu sentido pedagógico. Que garantias temos de que o ensino do básico trará subsídios ao ciclo clínico? A retenção da informação fica prejudicada se não usada, se não for relevante para o aluno e se sofrer interferência de outro aprendizado de maior relevância. O aluno não se apropria destes conhecimentos por não conseguir contextualizá-los dentro dos objetivos iniciais do que seja ser médico.

Os conteúdos das ciências básicas devem ser problematizados à luz de sua aplicação junto a problemas médicos. Devem permitir o aprendizado crítico à solução de problemas, de enfrentamentos (LOBO, 1981).

Parece, também, que não há consenso sobre a questão dessa articulação. Poucas propostas foram feitas como alternativas e poucas perguntas foram respondidas. Seguramente, é um dos tópicos da educação médica que merecem tratamento teórico e empírico.

Os conteúdos são desconectados da realidade nacional.

Uma das seqüelas do ensino ser direcionado em hospitais, ser ministrado por superespecialistas, não ser problematizador e conceber biologicamente a enfermidade é o distanciamento da escola e a realidade nosológica local. Estudos epidemiológicos críticos devem preceder a elaboração de currículo e conteúdos.

O Relatório do CINAEM (1997) destaca a falta de integração das escolas médicas com os problemas de saúde locais, um desvinculamento do que é ensinado com a realidade de saúde da população.

Se o objetivo do graduado é prestar serviços com competência no sentido de influir positivamente nos indicadores de qualidade da saúde de indivíduos e da população (SOBRAL, 1994), precisamos direcionar o ensino médico com um currículo mínimo que contemple as necessidades básicas populacionais (MARCONDES, 1997). O desenvolvimento curricular deve assegurar competências para a execução das tarefas assistenciais prevalentes nas coletividades (MEC, 1986). Um currículo-base comum pode ser usado, adaptando-se conteúdos e estratégias pontuados por características epidemiológicas locais.

Os conteúdos aplicados nas escolas médicas são abundantes, muitas vezes repetitivos e seguem critérios de relevância adotados pelos especialistas (CEM/MEC, 1986). Talvez um “enxugamento” dos conteúdos deva

ser realizado, associado a um redirecionamento e priorização quanto ao que deve ser ensinado.

MARCONDES (1996) e MARCONDES et al. (1998) têm sistematicamente marcado posicionamento sobre a necessidade das escolas adotarem a proposta do Currículo Nuclear. Compõe uma estrutura de grade que...

“... consiste na somatória dos conteúdos necessários e suficientes para a formação geral do médico, complementado por disciplinas e estágios opcionais.” (MARCONDES, 1996, p. 389)

Não se trata de uma atitude reducionista, mas numa atitude de otimização na formação do médico generalista. Segundo aqueles autores, implica em repensar os objetivos e conteúdos educacionais de forma a flexibilizá-los à demanda.

Uma Síntese Propositiva

Como pode ser observado, guardadas as situações particulares, poderíamos dizer que a concepção saúde/doença constitui-se um importante balizador das estratégias curriculares características da maioria das escolas médicas brasileiras. Se atentarmos para alguns dos tópicos abordados:

- a. o modelo de concepção de saúde;
- b. a formação superespecializada do professor;
- c. ausência de problematização;
- d. a abordagem não humanista, mas tecnicista;
- e. o hospitalocentrismo;
- f. a ausência de interdisciplinaridade;
- g. a divisão desarticulada dos ciclos;
- h. os conteúdos desconectados da realidade;

podemos ver que possuem um núcleo comum, uma lógica própria, uma contextualização histórica e uma proposta que o legitimou, o Relatório Flexner.

- Se o modelo de saúde é biológico e a doença é desconectada, não há necessidade de se trabalhar na comunidade, trabalha-se no hospital.
- Se as situações clínicas são vistas nos hospitais, estão excluídos os professores generalistas, bastam os superespecialistas.
- Se os professores são superespecialistas, não podem atender à demanda nosológica da população, doenças comuns.

E, assim, podemos continuar indefinidamente neste ciclo que pode começar em qualquer um dos tópicos. O que importa é que é a concepção biologicista hegemônica característica dos Estilos de Pensamento presentes na formação do médico é balizadora das estratégias educacionais. E estes Estilos de Pensamento são resultan-

tes de condicionamentos sociais, históricos, econômicos e antropológicos.

Por isso, entendo que o problema metodológico, sempre em questão no ensino médico, possivelmente não é primário, mas secundário. É uma seqüela ou tradução de uma concepção muito arraigada que estrutura os estilos, mas que, parece, não se encontra atualmente numa fase de extensão tranqüila. Apresenta desgastes e uma complicação em potencial, pois não dá conta do entendimento da saúde e da doença em sua totalidade. Muitas perguntas estão para ser respondidas e estes Estilos de Pensamento restritos à concepção biologicista não conseguirão respondê-las.

O ato de assumir uma abordagem integradora presuppõe dificuldades. Essa nova visão implica em atitudes dentro do contexto da escola médica e seu conjunto de práticas curriculares:

- A base teórica e metodológica das pesquisas deverá ser revista e ampliada.
- Outros marcos conceituais serão necessários ao entendimento da complexa rede que envolve o processo saúde-doença.
- O curso médico deverá abrir suas portas para outras áreas do saber.
- A medicina deverá constituir-se em um campo do saber articulado com outras áreas da saúde.
- Os conteúdos deverão ser repensados e adequados à demanda dos problemas populacionais.
- O hospital deixará de ser o centro e as atividades extra-muro deverão ser priorizadas.
- Práticas preventivas deverão ser tão valorizadas quanto as curativas.

Essa mudança só será possível dentro de uma transformação dos Estilos de Pensamento. Todas as reformas sofridas não se constituíram em mudanças porque se mantiveram os Estilos de Pensamento. A concepção hegemônica biologicista, apesar de questionada, permanece intocada. Suas complicações têm sido apresentadas, soluções têm sido sugeridas, mas as mudanças de Estilos de Pensamento implicam em variáveis muito complexas. Retomo as relações entre a determinação através da estrutura social, o conhecimento, a prática médica e o ensino médico. Pensar Estilos de Pensamento desconsiderando essa malha complexa e dialética pode produzir reducionismos reformistas.

É preciso retomar a idéia de que currículo não é um empreendimento neutro; práticas curriculares possuem raízes históricas e são determinadas sócio-historicamente. Acredito, como TESTA (1992), que a análise do en-

sino médico deve ser feita através do conhecimento de suas determinações.

Segundo TESTA (1992):

“... A determinação do ensino pela prática é uma determinação forte, o que quer dizer que é difícil de ser superada a partir da modificação das formas de ensino; seria necessária a modificação prioritária da prática que o determina. Continuando por este caminho, pode-se chegar à conclusão de que não vale a pena dedicar algum esforço a não ser nas primeiras determinações (prática médica e os marcos de referência dos países centrais) de todos os fenômenos sociais, pois a modificação em qualquer nível inferior estaria condenada ao fracasso. Nossa proposta é que a observação anterior... não leva em conta o contexto em que esta afirmativa poderia ter validade,... É uma afirmativa fora do contexto, porque ignora o fato de que aquilo que tem valor em nossas circunstâncias é a tentativa de realizar mudanças em âmbitos significativos da vida social, embora seja difícil alcançar todos os propósitos que motivam a ação.” (TESTA, 1992, p. 68, meu grifo)

Tenho me perguntado se é preciso romper a incomensurabilidade, ou se é necessária uma mudança de Estilo de Pensamento. Creio que é uma mudança no Estilo de Pensamento. Nessas mudanças é necessário que os novos estilos incorporem elementos da concepção biologicista/organicista, da médico-social e da higienista/preventivista. Parece que não é uma delas, mas outra; que não verticalize, mas amplie; que não feche, mas que abra. Que sobretudo entenda o ser humano sadio ou o doente em sua dimensão histórica, social e psicológica, sujeito a condicionamentos multicausais que podem levá-lo a adoecer, apresentando alterações de sua estrutura biológica e psíquica, que ama, que sofre, que ri, que se frustra, que sonha.

Um novo Estilo de Pensamento, que procura incorporar em seus elementos estruturais os aspectos dessas concepções, parece já se insinuar no curso médico da UFSC. As mudanças curriculares em andamento no Curso de Graduação em Medicina da UFSC têm como objetivo o resgate de uma visão integradora do processo saúde/doença. O caminho é longo, as dificuldades existem, resistências para o novo são naturais, mas são esses desafios potenciais que, mais que reformas, refletem mudanças e devem motivar-nos. A esperança é de que essas mudanças reflitam uma visão que

- Fundamenta-se no Estilo de Pensamento com visão biologicista, usa a prática clínica com seus entendimentos fisiopatológicos e seus recursos diagnósti-

cos e terapêuticos, ou seja, investe na recuperação e reabilitação da saúde;

- Usa de métodos higienistas e preventivistas, valorizando a noção de meio e exercendo profilaxia das enfermidades na estratégia de proteção à saúde;
- Mas, sobretudo, entenda o processo saúde-doença com sua forte determinação social, promovendo a saúde.

Esse tratamento à complexidade de entendimento da saúde e da doença deve conduzir as estratégias curriculares, objetivando formar médicos críticos e atuantes, comprometidos socialmente diante dos enfrentamentos de saúde da população. Essas considerações junto à ciência do complexo, a medicina, devem ser nucleares na estrutura curricular. Não devem ser entendidas como a adoção de uma nova disciplina, mas como a base de sustentação do currículo, debatidas, não isoladamente, mas precocemente e ao longo de todo o curso.

A expectativa é que, ao se aceitar o desafio de se promover ao longo do processo de formação dos médicos uma interação dialógica das concepções biologicista, preventivista e médico-social, possa-se contribuir para a construção de Estilos de Pensamento médicos que avancem nas soluções dos problemas de saúde de uma população como a brasileira.

Referências bibliográficas:

1. Abramovich I & Piccini Rx. Educação Médica no Brasil: Situação Atual e Perspectivas de Transformação na Direção do Consenso Global. *Changing – Educação e Prática Médica*. Nº 7, p.28, 1995.
2. Agudelo SF. Orientación Biosocial de la Educación y Salud en la Sociedad. *Educación Médica y Salud*. Vol. 24, número 2, p. 103-14, 1990.
3. Albanese M. The Decline and Fall of Humanism in Medical Education. *Medical Education*. Vol. 34(8):596-597, august 2000.
4. AMB (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA) - Propostas para os Cursos de Graduação em Medicina. *Anais do Fórum Sobre Ensino Médico*. Documento número 1: 19-26, 1989.
5. Amorim DS. Necessidades Básicas da Transição Paradigmática: O Ciclo pré-Clínico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 21(1):17-24, jan/abr. 1997.
6. Armstrong D. *Outline of Sociology as Applied to Medicine*. Fourth edition, Cambridge - GB, Butterworth-Heinemann Ltd, 1995.
7. Ávila JHG, Fuente JR & Garza EP. La Formación del Médico del Siglo XXI y el Plan Único de Estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Educación Médica y Salud*. Vol. 28, número 3, p. 331-40, 1994.
8. Barbosa HF. Formação Médica e Internato Rural – Em Busca da Identidade Pedagógica de uma Experiência. In: Paiva A & Soares M. (Org.) – *Universidade Cultura e Conhecimento – A Educação Pesquisa a UFMG* Belo Horizonte, FaE/UFMG, 1998.
9. Batista NA. Conhecimento, Experiência e Formação: Do Médico ao Professor de Medicina. *Revista brasileira de Educação Médica*. RJ. 22(1):59-60, jan/abril de 1998.
10. Becker F. *A Epistemologia do Professor*. Petrópolis, Ed. Vozes, 1994.
11. Bligh J & Anderson MB. Medical Teachers and Evidence. *Medical Education*. Vol. 34(3):162-3, march 2000.
12. Byrne N & Rozental M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América latina. *Educación Médica y Salud*. 28, número 1, pp.53-93, 1994.
13. Chaves MM. Educação das Profissões da Saúde: Perspectivas para o Século XXI. *Revista Brasileira de Educação Médica*. RJ, 20(1)21-7, 1996;
14. CINAEM (COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO) - Relacionando os Resultados do Projeto CINAEM. *Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica*. Vol. 25, número 2, pp. 5,6. 1997.
15. COMISSÃO DE ENSINO MÉDICO / MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - Ensino Médico: Bases e Diretrizes para sua Reformulação. *Rev. Brasileira de Educação Médica*. RJ, 10(2):67-74, 1986;
16. ÉCOLE DE RIOM - *Formation en Médecine Générale - à l'Enseignement, à la Pratique, a la Recherche*. Paris, programme 1996.
17. Fayawickramarajah PT. Problems for Problem-Based Learning: A Comparative Study of Documents. *Medical Education*. 30: 272-82, 1996.
18. Ferreira H. A situação Real do Ensino Médico no Curso de Graduação em Medicina. *Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica*. Porto Alegre, 1995.
19. Ferreira JR. A Educação Médica na América Latina 20 Anos Após o Estudo de Juan César Garcia. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 16(1/3):11-5, 1992;

20. Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York City, 1910 and reproduced in 1960.
21. Furtado T. O Currículo na Formação do Médico Geral. *Revista Brasileira de Educação Médica*. RJ, 10(2):75-6, 1986;
22. Habbick BF & Leeder SR. Orienting Medical Education to Community Need: a Review. *Medical Education*. 30:163-71, 1996;
23. Hart IR. Aprendizagem Baseada em Problemas na Medicina: as Visões Atuais e os Desafios de Amanhã. *Changing - Educação e Prática Médica*. Organização Mundial da Saúde, número 7, p. 30, 31, 1995.
24. Hongladarom S, Phaosavasdi S, Taneepanichskul S, Tannirandorn Y, Wilde H & Pruksapong C. Humanistic Learning in Medical Curriculum. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 83(8):969-74, august 2000.
25. Komatsu RS, Zanolli MB & Lima VV. Aprendizagem Baseada em Problemas. In: Marconde E & Gonçalves EL. *Educação Médica*. São Paulo, Sarvier, 1998.
26. Karlsen KA, Vik T & Westin S. The Problem-Based Medical Curriculum in Trendheim – Did it Turn out as Planned? *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*. 120(19):2269-73, august 2000.
27. Lamounier JA, Lana LMN, Lima LJ & Lima LZ. Ensino Médico: Integração Universidade e Comunidade Através do Projeto Caparaó - MG. *Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica*. Porto Alegre, 1995.
28. Lira P. Incentivos para la Actividad Docente Dentro de la Carrera Académica. *Revista Médica de Chile*. Vol. 125 (6) : 76-82, junio 1997.
29. Lobo LCG. Ensino das Matérias Básicas. *Revista Brasileira de Educação Médica*. RJ, Vol. 5 (2): 83-130, maio/agosto, 1981.
30. Lundberg LG, Martenson D & Brostrom O. Learning Among Medical Students – Teachers' Commitment a Decisive Factor. *Lakartidningen*. 97(35):3750-1, august 2000.
31. Machado MH. Formação Médica e Inserção no Mercado de trabalho. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*. Ano XIV, nº 101, janeiro de 1999.
32. Marcondes E. Currículo Nuclear. *Med. Ribeirão Preto-USP*. Ribeirão Preto, Vol. 29(4)389-95, out/dez, 1996.
33. Marcondes E. Currículo Nuclear - Abordagem Pediátrica. *Pediatria - São Paulo*. 19(1)6-8, 1997.
34. Marcondes E, Montes GS & Bianco AC. A Proposta do Currículo Nuclear. In: Marcondes E & Gonçalves EL. *Educação Médica*. São Paulo, Sarvier, 1998.
35. Martini C. La Experiencia Norteamericana en Evaluación de la Competencia Profesional y de la Educación Médica. In: OPS - *Educación, Práctica Médica y Necesidades Sociales – Una Nueva Visión de Calidad*. Encuentro Continental de Educación Médica, Punta del Este, Uruguay, 1994.
36. Mazoud ME & Schmidt HG. A Taxonomy of Community-Based Medical Education. *Academic Medicine*. 2000; 75(70)699-707.
37. Mennin SP, Kaufman A, Urbina C & McGrew M. Community-based Medical Education: Toward the Health of the Public. *Medical Education*. 2000; 34(9)503-4.
38. MINISTERIO DA EDUCAÇÃO / COMISSÃO DE ENSINO MÉDICO – O Currículo na Formação do Médico Geral. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 1986; 10(2)98-104.
39. Najul LM. La Educación Médica y la Salud para Todos. *Educación Médica y Salud*. 1991; 25(4)432-48.
40. Nussbaumer L, Schwartzmann LCB & Seger RC. Atuação Comunitária Integrada ao Ensino Médico. *Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica*. Porto Alegre, 1995.
41. OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) – Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe. *Educación Médica y Salud*. 1976; 10 (2): 109-39.
42. OPS – *Educación, Práctica Médica y Necesidades Sociales – Una Nueva Visión de Calidad*. Encuentro Continental de Educación Médica, Punta del Este, Uruguay, 1994.
43. OPS/FEPAFEM (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD /FEDERACIÓN PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES DE MEDICINA) - Los Cambios de la Profesión Médica y su Influencia Sobre la Educación Médica. *Educación Médica y Salud*. 1994; 28(1)125-38.
44. OPS/OMS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SAÚDE) - As Transformações da Profissão Médica e sua Influência Sobre a Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 1992; 16(1/3)48-52.

45. Rodrigues Neto E. SUS, O Ensino e os Hospitais Universitários. *Divulgação em Saúde para Debate*. 1996; 49-50:78.
46. Rosa AR. Interrelações dos Ciclos Básico e Profissional. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 1979; 3(3)49-53.
47. Santos SR. Aprendizado Baseado em Problemas. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 1994; 18(3)121-24.
48. Silva SHS. Fala Professor! Representações do Ensinar e do Aprender. *Anais do 33º Congresso brasileiro de educação Médica*. Porto Alegre, 1995.
49. Sobral DJ. Aprendizagem Baseada em Problemas: Efeitos no Aprendizado. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 1994; 18(2)61-4.
50. Sobral DJ. Descrição e Avaliação de uma Modalidade de Ensino/Aprendizagem em Grupo Pequeno. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 1986; 10(2)77-81.
51. Testa M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1992.
52. Ulrich J. Ludwik Fleck (1896-1961), Bakteriologe und Wissenschaftstheoretiker: Die Wissenschaft wächst im Denkkollektiv. *Gesnerus*. 1992; 1:11-22.
53. UNESCO - *Manual do Tutor*. Criciúma, 2000.
54. WFME (WORLD FEDERATION OF MEDICAL EDUCATION) - Estratégias Educacionais. In: Chaves M, Rosa AR. *Educação Médica nas Américas - O Desafio dos Anos 90*. São Paulo, Cortez Editora, 1990, p. 36-45.

Endereço para correspondência:

Luiz Roberto Agea Cutolo.
Rua: Canto da Amizade, 232.
Bairro: Porto da Lagoa da Conceição.
CEP: 88062-518.
Florianópolis - SC.
E-mail: cutolo@ccs.univali.br