



Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Sociais e Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação
Curso de Mestrado em Educação

Vanja da Cunha Bezerra

Convergências/divergências de saberes:
Desvelando concepções de ciência e saúde-doença emergentes
do/no
Curso de Medicina da UEPA (2001-2006)

Belém
2008

Vanja da Cunha Bezerra

Convergências/divergências de Saberes:

Desvelando concepções de ciência e saúde-doença emergentes do/no
Curso de Medicina da UEPA (2001-2006)

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação no Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade do Estado do Pará.

Área de concentração: Educação

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elizabeth Teixeira

Belém
2008

Dados internacionais da catalogação na publicação (CIP)

BEZERRA, Vanja da Cunha.

Convergências/divergências de Saberes: Desvelando concepções de ciência e saúde-doença emergentes do/no Curso de Medicina da UEPA (2001-2006)

Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade do Estado do Pará 2008

1-Produção acadêmico-investigativa. Curso de Medicina. Concepções de Ciência e Saúde-Doença.

Vanja da Cunha Bezerra

Convergências/divergências de Saberes:

Desvelando concepções de ciência e saúde-doença emergentes do/no Curso de Medicina da UEPA (2001-2006)

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação no Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade do Estado do Pará.

Área de concentração: Educação

Data de aprovação: 27/02/2008

Banca examinadora

_____ - Orientadora

Prof^a. Dr^a. Elizabeth Teixeira
Universidade do Estado do Pará

Prof^a. Dr^a. Cely do Socorro da Costa Nunes
Universidade do Estado do Pará

Prof^a. Dr^a Rosa Carmina de Sena Couto
Universidade Federal do Pará

Ao Rodrigo meu filho amado e querido
cuja saudade foi sempre transformada
em luz. Sua distante/presença tenho
certeza, me ajudou a enxergar melhor
a vida em todos seus tons e matizes.

Aos meus filhos Diogo, Ricardo,
Lorena e Ana Cecília cujo desafio de
existirem no meu cotidiano me enche
de força e desejo de transformar a
vida numa oportunidade, onde todos
possam buscar a felicidade em sua
plenitude.

A minha querida neta Sophia por sua
luz que alimenta o meu ser.

Ao meu pai Amarílio e a minha mãe
Nair, figuras emblemáticas na minha
vida. Seus exemplos de amor ao
trabalho, alegria de viver, esforço,
persistência e dignidade impregnaram
o meu ser.

Ao Francisco (*em memória*) por sua
existência em minha vida.

A todos os seres humanos, que com
seu sofrimento, dor e solidão foram
fontes de aprendizagens, as quais
nem sempre a eles estas foram
devolvidas. Nosso respeito e
agradecimento.

A todos os médicos comprometidos
com a vida na sua integralidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a DEUS, fonte criadora, que nos possibilitou a caminhada mantendo-nos determinada, lúcida no processo de construção desta dissertação;

A Elizabeth Teixeira, Professora Doutora, nossa orientadora pelo respeito, paciência e responsabilidade libertária, que nos possibilitaram criar;

Ao Rafael, cuja presença na construção desta dissertação foi imprescindível, com seu eficiente trabalho de digitação: nosso, muito obrigada, por sua dedicação, paciência, tolerância e solidariedade;

Ao meu irmão Marcos André, pela ajuda na revisão do texto desta dissertação e principalmente por sua imensa solidariedade;

Ao Antônio Maria que sempre nos incentivou em nossa caminhada nos abrindo muitas possibilidades. Além de sua solidariedade pelos caminhos da vida;

A Dona Maria Silva (*em memória*) cuja ajuda cuidando de meus filhos nos meus primeiros anos profissionais me possibilitou crescer neste campo;

A Ana, pelos anos que permaneceu em minha casa, no trato das questões domésticas do cotidiano, me possibilitando a caminhada acadêmica;

A Regina e a Dona Izabel cuja presença em minha casa tornaram possível a realização deste trabalho;

A amiga Kátia pela solidariedade para com o meu cotidiano, principalmente nesses últimos dias do término deste trabalho;

A amiga Maria Betânia, pelo incentivo permanente;

A amiga Graça Silva, pelos diálogos, tão oportunos;

Agradecemos às produções acadêmico-investigativas e seus autores, objeto de nossa pesquisa, sem as quais, seria impossível a realização desta dissertação;

Agradecemos a direção do Centro de Ciência Biológicas e da Saúde (CCBS) pelo apoio recebido, na liberação dos TCC(s);

Agradecemos a banca examinadora, às Professoras Dra(s) Rosa Carmina Couto e Cely Nunes pelas necessárias contribuições;

As funcionárias e aos funcionários da biblioteca, pela acolhida, nossa gratidão. E a todos que direta e indiretamente contribuíram para a realização desta dissertação, muito obrigada;

Somos o que fazemos, mas, acima de
tudo, o que fazemos para mudar o
que somos.

Leon Giego. Cantautor de la Utopía

RESUMO

BEZERRA, Vanja. Convergências/divergências de saberes: Desvelando concepções de ciência e saúde-doença emergentes do/no curso de medicina da UEPA (2001-2006), Belém, 2008.

Estuda as produções acadêmico-investigativas dos “alunos-concluintes” do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA) de 2001 a 2006. Aborda as concepções de ciência e saúde-doença presentes nas produções acima e nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina, no Projeto Político Pedagógico e no manual de TCC do Curso de Medicina da UEPA. Objetiva desvelar as concepções de ciência e saúde-doença, fundamentadas no saber médico e presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), no Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Medicina da UEPA, no Manual do TCC, como também nos Trabalhos de Conclusão de Curso TCC (s) dos “alunos-concluintes” desta instituição. Estas produções acadêmico-investigativas se constituíram no foco central da análise. Reflete ainda acerca da educação médica com base nas convergências /divergências de saberes presentes nos documentos analisados (Diretrizes Curriculares, Projeto Político Pedagógico e as Produções Educativo-Investigativas). Analisa também como se articulam tais documentos para com as necessidades de saúde (em uma dimensão local e integral), compatíveis ou não com o paradigma de ciência emergente e o paradigma da integralidade no campo da saúde, podendo ser traduzido na busca de um conhecimento emancipatório. O referido estudo é qualitativo, apresenta características de um “**estado da arte**”. A análise é hermenêutica dialética, trabalhando com a construção de categorias analíticas, operacionais e empíricas. O trabalho defende, portanto, uma educação médica no contexto dos paradigmas de ciência emergente e da integralidade, no campo da saúde. Assim, propõe uma educação médica, que vise de modo articulado a relação entre excelência técnica e relevância social.

Palavras-chave: Produções acadêmico-investigativas. Curso de Medicina. Concepções de Ciência e Saúde-doença.

ABSTRACT

BEZERRA, Vanja. *Convergências/divergências de saberes: Desvelando concepções de ciência e saúde-doença emergentes do/no curso de medicina da UEPA (2001-2006)*, Belém, 2008.

It studies the academic research production of the students that are ending the course of medicine of the University of the State of Pará (UEPA) from 2001 until 2006. It approaches the conceptions of science and health-illness present in the studies above and the National Curricular Lines of Medicine (Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN) , in the Pedagogical Politician Project and the manual of TCC of the Course of Medicine of the UEPA. Its purpose is to discover the conceptions of science and health-illness, based on medical knowledge present in National Curricular Lines of Medicine (Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN), in Pedagogical Politician Project (PPP) of the Course of Medicine of the UEPA, in the Manual of the TCC, as well as in the Works of Conclusion of Course TCC (s) of the students of this Institution. This academic research production constituted the central focus of analysis. It reflects on medical education on the basis of the convergences/divergences of knowledge present in the analyzed documents (Curricular lines, Project Pedagogical Politician and the Educative Productions). It also analyzes how they articulate such documents to with the necessities of health (in an integral and local dimension), compatible or not with the paradigm of emergent science and the paradigm of the completeness in the field of the health, that can be translated in search of expansive knowledge. The related study is qualitative, presents characteristics of a “state of the art”. The analysis is hermeneutic dialectic, working with the construction of analytical, operational and empirical categories. The work defends, therefore a medical education in the context of the paradigms of emergent science and the completeness in the field of the health. Thus, it considers a medical education that aims in an articulated way toward the relation between technical excellence and social relevance.

Key-Words: Academic-researches productions. Course of Medicine. Conceptions of science and health-illness.

SUMÁRIO

Introdução	10
Capítulo 1. Caminhos e Descaminhos da Educação Médica: mergulhar e vir à tona	28
1.1. Algumas reflexões históricas	28
1.2. A educação médica em busca de mudanças: notas contextuais	34
1.2.1. Os caminhos trilhados na educação médica e a Primeira Conferência Mundial de Edimburgo: dificuldades e perspectivas	36
1.2.2. No contexto da Segunda Conferência Mundial de Educação Médica e outros eventos: construindo mudanças	42
1.2.3. Propostas de mudanças com base em articulações inovadoras: limites e possibilidades	50
1.3. A educação médica no Brasil: caminhos e perspectivas	55
1.3.1. Caminhos na/da Educação Médica	56
1.3.2. Caminhos nas/das Políticas de Estado e de Formação	67
Capítulo 2. Da Ciência Dominante à Ciência Emergente, do Paradigma Flexneriano ao Paradigma da Integralidade: uma matriz para “ler” o objeto investigativo	74
2.1. Discursos sobre a ciência	74
2.1.1. O paradigma Hegemônico/Dominante da Ciência: raízes e Pressupostos	74
2.1.2. Andando com os pés apontados para as nossas nucas: A Crise do Paradigma Hegemônico/Dominante	77
2.1.3. O Paradigma Emergente: para um conhecimento emancipatório, Libertário	81
2.2. Gaiolas se abrindo: pássaros ensaiando vôos – conhecimentos integrais e locais compartilhados	82
2.3. Toda produção de conhecimento é emancipatória	85
2.4. Do paradigma flexneriano ao da integralidade e a revisão da concepção do processo saúde-doença	90
Capítulo 3. Caminhos e Descaminhos dos Paradigmas na graduação em medicina: o caminho de volta para ir adiante	101

3.1. Concepções de Ciência e Saúde-Doença nas Diretrizes Curriculares Nacionais	101
3.2. Concepções de ciência e saúde-doença no PPP e Manual de TCC do Curso de Medicina da UEPA	106
3.3. Ciência e Saúde-Doença nos TCC	109
3.3.1. Os TCC(s): pistas implícitas de concepção de ciência	109
3.3.2. O conteúdo dos TCC (s): pistas explícitas de concepções de ciência e saúde-doença	111
3.3.2.1. Categoria Empírica 1: Ciência com enfoque na Tecnologia	114
3.3.2.2. Categoria Empírica 2: Saúde-Doença com ênfase na Saúde	118
3.3.2.3. Categoria Empírica 3: Saúde-Doença com ênfase na Doença	121
3.3.2.4. Categoria Empírica 4: concepção metodológica	127
3.3.2.5. Categoria Empírica 5: relação com Sistema de Saúde	130
4. Percepções dos caminhos percorridos	135
REFERÊNCIAS	142
APÊNDICES	147
ANEXOS	158

1. INTRODUÇÃO

• Caminhos no campo da saúde

Refletindo sobre nossa trajetória acadêmica e profissional, encontramos convergências com o campo da saúde. Para Minayo (2006) este campo é entendido enquanto [...] “realidade complexa que **demandava conhecimentos distintos integrados** e que coloca de forma imediata **o problema da intervenção**”. A autora defende para esse campo a necessidade de uma **abordagem que seja dialética e assim** [...] “compreenda para transformar e **cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente**” (p.13, “grifo nosso”). Tais convergências têm sido muito significativas: seja ao nível da graduação, seja ao nível de desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão, bem como ao nível da gestão pública.

No curso de graduação em serviço social na UFPA no ano de 1985, enveredamos por esse campo e nosso trabalho de conclusão intitulado “A questão

da saúde na perspectiva da ‘Clientela’ do bairro do Guamá – uma prática alternativa” que tratou da relação entre os serviços de saúde oferecidos numa unidade básica e as necessidades de saúde apresentadas pela população, abordando então, as expectativas da comunidade versus a concepção de atendimento.

A vivência no espaço referido e a decisão de refletir sobre isto por meio de um trabalho monográfico constituiu-se nos primeiros passos de um longo percurso acadêmico e profissional, intrinsecamente vinculados, que se reflete ainda hoje na produção desta dissertação. Desde este momento, a relação médico - paciente já se mostrava como um aspecto delicado e que nos causava inquietação, considerando a forma como observávamos o cotidiano e a ‘voz’ da população atendida naquela unidade de saúde.

No desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão como professora na FEP/UEPA, no período de 1992 a 1994, nos envolvemos com o estudo e a prática do processo saúde-doença entre segmentos de populações tradicionais da Amazônia. Essas atividades se realizaram tanto por meio do Projeto “Medicinas tradicionais e etnofarmacologia” (com a participação de vários profissionais da saúde -intercâmbio CNPq/MPEG/FEP) quanto por meio do projeto “Xamanismo e concepção da natureza na Amazônia ocidental”, desenvolvido por conta de um convênio entre o Museu Paraense Emilio Goeldi e o *National Museum of Ethnology* (Japão).

No último projeto citado, contou-se com a presença de cinco antropólogos japoneses ligados a várias universidades daquele país e atuando no campo do processo saúde-doença e sua interface com determinantes culturais / religiosos. Do lado brasileiro, participaram seis profissionais envolvidos com o campo da saúde. Esta experiência ensejou a realização de observações de campo entre os índios *Sateré e Mawé, no Rio Andirá* – onde as águas espelham as imagens e o céu, a lua e as estrelas brincam de roda, além de um brilho translúcido; mágico... – município de Barrerinho (próximo a Parintins), no estado do Amazonas. Buscou-se, então, conhecer as práticas de medicinas tradicionais daquele grupo, assim como suas interfaces com a medicina oficial.

Ainda permeando nosso interesse pelo campo da saúde, ampliando um pouco mais nossa busca, destacamos alguns eventos, como *I Simpósio de Salud y*

poblacion Indígena de la Amazônia, ocorrido em Quito (Equador) no ano de 1993, onde apresentamos a comunicação “O saber das populações tradicionais da Amazônia na formação dos profissionais de saúde”, evidenciando as dificuldades e perspectivas observadas.

No I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, realizado pela ABRASCO ocorrido em Belo Horizonte em 1993, chamou-nos atenção a importância do saber médico, tema das reflexões desenvolvidas no evento, que foi um importante marco para o campo.

Ainda no âmbito das populações tradicionais amazônicas, tivemos oportunidade de desenvolver estudos sobre a “mitologia” heróica e sua relação com a cura *Xamânica* (o caso dos *Índios Munduruku* – PA), buscando entender o sentido da relação entre a mitologia heróica dos Munduruku e os processos de cura *Xamânica* diante de uma situação de intenso contato interétnico. Este trabalho foi desenvolvido por meio de bolsa de aperfeiçoamento científico do CNPq, no Departamento de Ciências Humanas do MPEG no ano de 1994.

Desde nossa experiência na unidade de Saúde do bairro do Guamá em Belém; passando pelo trabalho no projeto desenvolvido em convênio com o Japão; como também no I Encontro de Ciências Sociais em Saúde no Brasil ou ainda no “*Simpósio de Salud y poblacion Indígena de la Amazônia*” ocorrido em Quito, cujas experiências já foram mencionadas, nos marcaram significativamente, no que se refere ao embate no campo da saúde acerca do saber médico, em suas interfaces com dimensões epistemológicas/culturais, tais vivências evidenciaram a necessidade de melhor compreender tal saber. Pudemos observar o quanto profissionais médicos, de realidades tão distantes como no caso do Japão e América Latina debruçaram-se sobre os mesmos desafios: o seu saber e a complexa diversidade do contexto social. Chamou-nos atenção o debate a respeito da valorização dos saberes tradicionais e a necessidade da compreensão da diversidade étnica na formação médica, refletidas nos trabalhos e nos debates do Simpósio citado, realizado no Equador. Este evento sobre a coordenação do médico Eduardo Estrella¹.

¹ Eduardo Estrella, médico psiquiatra, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Central de QUITO, pesquisador no campo da história e da antropologia da saúde com vários trabalhos publicados acerca das medicinas tradicionais com o qual realizamos vários contatos acadêmicos.

Em 1993 submetemo-nos a um processo de seleção de professor substituto e em 1994 a um concurso público na disciplina metodologia científica na UEPA, ambos para cursos de saúde, o que veio consolidar significativamente nossos vínculos anteriores e ampliar o nosso interesse e compromisso com o campo da saúde.

Em 1997, fomos convidada a participar da gestão municipal de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), como também Da direção de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), ambas experiências na Secretaria Municipal de Saúde em Belém – tarefas que considero desafiadoras posto que aconteceram no contexto de um governo que desenhou uma gestão cuja perspectiva era uma concepção democrática popular. Governo este que pela primeira vez assumiu a gestão do município de Belém. Enfrentamos dificuldades com tal missão; seja por conta dos perfis profissionais completamente desarticulados para com as necessidades de cada unidade de saúde; seja pela formação inadequada dos profissionais de saúde, em relação ao perfil exigido pelo Sistema Único de Saúde (já que a formação dos mesmos enfatiza o especialista em detrimento do generalista); Seja pela dificuldade de se lotar os profissionais adequadamente segundo as necessidades da população, dada a resistência dos mesmos.

Além dos aspectos ressaltados acima, destacamos a dificuldade da implementação do SUS, fato relacionado à inadequada formação de gestores para o sistema; como também a estrutura burocratizada de cada serviço, desconectada dos princípios filosóficos defendidos pelo SUS – universalidade, equidade e integralidade. É bom que se ressalte que este olhar era de quem estava no contexto da gestão dos chamados “recursos humanos”. Tais experiências nos possibilitaram vivenciar de perto **a conflitiva e complexa** relação entre as necessidades de atendimento de saúde oriundas da **população** e os perfis dos profissionais de saúde **com relevância para os médicos**.

Nessa caminhada, emergiu uma curiosidade advinda das referidas experiências vividas no “cinzento-colorido” cotidiano no campo da saúde, ao qual estamos ‘intimamente’ inseridos: que saberes perpassam o universo da formação médica? Essa interrogação decorreu de minhas observações, sobre certa desarticulação entre as necessidades apresentadas nos serviços públicos de saúde e o atendimento prestado pelos médicos (lacunas, perguntas sem resposta,

silêncios, olhares dos profissionais por um lado e da população por outro, que parecem ver em direções opostas ou conflitantes e contraditórias).

Nosso percurso traduz uma peculiaridade, visto que tivemos oportunidade de refletirmos sobre o campo da saúde em diferentes perspectivas: tanto enquanto gestora do sistema público de saúde, quanto como professora do curso de medicina da UEPA e ainda pesquisadora do campo da saúde. Atuações, dessa forma, distintas, mas que guardam entre si uma coerência, no que se refere ao distanciamento entre o **fazer médico e seus saberes** e a realidade dos que buscam os cuidados de saúde.

Reconhecemos os inúmeros determinantes dessa desarticulação (desse estranhamento entre as necessidades apresentadas pela população e aquilo que é viabilizado por meio do saber médico), como: **o contexto político** e econômico de crise e dificuldades que se colocam enquanto um obstáculo ao desenvolvimento amplo da sociedade; **o contexto mundial**, especialmente nos países em desenvolvimento, em que se observam processos de contenção de gastos públicos e de diminuição da intervenção do Estado nas políticas sociais. Isto traz sérios prejuízos gerando um grande fosso entre as necessidades apresentadas pela população nos serviços públicos de saúde e aquilo que lhes é garantido nos mesmos.

Considerando os contextos expostos acima, é preciso focalizar, para realizarmos esta pesquisa, a educação médica como um desses determinantes, e as **produções acadêmico-investigativas dos “alunos-concluintes” do curso de graduação em Medicina** e os **saberes** nelas perpassados, como uns de seus indicadores.

Nesse sentido ao longo desse **“mergulho”**, no qual empreendemos um esforço para **“olhar em volta e vir à tona”** – temos observado a importância do médico no processo de trabalho e no significado que este profissional tem para o imaginário social dos outros profissionais de saúde e, principalmente, para a população usuária dos serviços de saúde pública. Aliado a isto se destaca a importância que este profissional tem desempenhado como sujeito social nos processos de construção e/ou manutenção dos sistemas de saúde especialmente na realidade brasileira. A partir de seus estudos em relação à saúde,

particularmente no Brasil, Campos (1991) assinala a posição fundamental dos profissionais de saúde, particularmente os médicos:

Foram capazes de articular imposições gerais, indispensáveis ao padrão do desenvolvimento sócio-econômico hegemônico nos últimos 30 anos com a preservação de seus interesses corporativos, desempenhando, assim, um papel determinante na articulação de um dado de produção de um serviço de saúde, e até desenvolvidas ações de luta ideológica e cultural fundamentais para a consolidação de um dado modelo assistencial específico e de nenhum outro em particular (p. 157).

Assim sendo, observa-se ser o médico **detentor da hegemonia** nesse processo, o que torna a nosso ver, relevante, procurarmos um olhar atento ao saber produzido no espaço da educação médica. Em nossa trajetória no campo da saúde, marcada pela observação do médico e de seu conhecimento/reconhecimento no espaço social, vem ao encontro das inquietações em circulação nos debates local e nacional em relação à educação desenvolvida para/com estes profissionais. Vejamos a contribuição de Almeida (1999):

A educação médica é um terreno de conflitos de lutas de interesse e de poder, como acontece em toda situação em que convivem sujeitos sociais com distintas concepções e compromissos, é importante aprofundar a compreensão acerca das propostas (p.2).

No nosso campo de atuação docente, constatamos que o curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA), implantado em março de 1971, manteve o mesmo currículo pleno por mais de duas décadas, o que gerava várias insatisfações; tanto entre o corpo docente como entre os segmentos dos discentes do referido curso. O Curso médico durante uma trajetória de 27 anos (1971 a 1998) havia realizado apenas algumas alterações curriculares bastante limitadas no âmbito regimental assim como de sua prática. Alterando, por exemplo, a carga horária mínima do estágio de 1440 horas para 1800 horas. Várias tentativas de reforma curricular que não chegaram a redundar na materialização de um **novo Projeto Político Pedagógico (PPP)**². A esperada reforma curricular só veio a ocorrer em 1998.

Uma das questões cruciais observada foi o tardio ingresso do alunado nos estágios curriculares, por exemplo, o que acarretava uma educação médica com forte distanciamento do cotidiano vivenciado nos serviços públicos de saúde,

² Talvez pelo contexto político, o qual a instituição atravessava, que não será abordado nesta dissertação, por não se constituir em nosso foco de interesse.

trazendo significativos prejuízos à formação desenvolvida com estes alunos, além de outras contradições.

Em 1992, passamos a ministrar a disciplina **sociologia médica**, ainda, portanto, na vigência do antigo Projeto Político Pedagógico. Naquela altura, realizamos a revisão bibliográfica construindo uma nova ementa da disciplina no sentido de trazer para os alunos um leque de temáticas pertinentes à Sociologia da saúde, imprescindíveis para fomentar reflexões e ações na formação médica considerando a sua complexidade.

Ressaltamos que algumas posturas entre o alunado me prenderam a atenção: uma aparente rejeição para estudar objetos que incorporassem saberes fora do enfoque biológico, prevalecendo uma visão fragmentada do processo saúde-doença e de seus determinantes e um quase desconhecimento a respeito do sistema de saúde oficial – o SUS. Em contrapartida, observamos uma aparente preferência para estudar temáticas nas quais se priorizava o saber médico, que se apresentava de forma linear no âmbito quase exclusivo das ciências biológicas.

A partir de 1999, passou a vigorar o novo Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso de medicina da UEPA, após um processo de discussão na comunidade acadêmica. Buscou-se entre todos os atores envolvidos nas questões essenciais, ensejar a construção de um projeto político pedagógico diferente para o curso. Neste sentido, constituiu-se grupos de trabalho numa perspectiva democrática e coletiva. Para tanto, várias atividades foram desenhadas com a participação de professores, alunos, servidores técnico-administrativos, sindicato dos médicos, Conselho Regional de Medicina do Pará e Sociedade Médico Cirúrgica do Pará. Foram apresentadas críticas e sugestões para delinear um perfil de médico para atender a nossa realidade (UEPA, 1999). Nesse debate tivemos relativa participação. Defendemos a posição, entre outras, que a disciplina por nós ministrada pudesse ser ofertada já na 2ª série, diferente do antigo PPP, em que se estudava Sociologia Médica somente na 4ª série, criando maiores dificuldades e resistências no alunado.

O atual PPP, que analisaremos no capítulo 3, defende entre seus princípios norteadores [...] “**vinculação, união entre teoria e prática**, ou seja, uma relação simultânea e recíproca que expresse o **movimento e as contradições** constituindo uma unidade indissolúvel. A prática deve ser base para reflexão

teórica” [...] destacando ainda a importância da **vinculação com a realidade** [...] “o ensino deve ser **centrado na comunidade**, ou seja, em equipes transdisciplinares, exigindo o esforço do encontro da **discussão e da descoberta**” [...] a prática médica com enfoque na pessoa deve valorizar o **ser humano integral** vendo-o como **síntese das dimensões biológicas, psicológicas, sócio-culturais e inseridos na sociedade** [...] a avaliação como momento de construção do conhecimento de reflexão da ação, deve contemplar o conhecimento, habilidades e atitudes [...] e ainda “a **democratização do poder** entre professores e alunos deve ser um movimento dialético de apropriar, difundir e produzir novos conhecimentos, envolvendo a parceria com o aluno através do diálogo” (UEPA, 1999, p. 16-17, grifo nosso).

O atual PPP destaca algumas características necessárias para a formação do médico entre estas [...] “ser capaz de desenvolver raciocínio clínico **crítico de forma global**, abordando o problema do paciente a luz da ciência, **num contexto histórico, familiar, social** e ocupacional” (p 18, grifo nosso).

O atual PPP inseriu o alunado em campo, nos serviços de Saúde Pública, desde a 1ª série. Percebe-se uma postura mais aberta frente às reflexões da área. A inserção dos alunos na prática profissional desde seu ingresso no curso, a nosso ver, tem possibilitado certa alteração no interesse dos discentes, ampliando seus olhares.

Sabe-se que o aluno do curso de medicina deverá apresentar um trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de bacharel em Medicina. No atual PPP há a seguinte referência para o T.C.C. [...] “não exigindo que o tema seja original, mas que seja trabalhado de maneira criteriosa e aprofundada”. E ainda [...] “o aluno poderá concluir e apresentar o TCC a partir da 5ª série do curso”. Ainda sobre o TCC, o Projeto Político Pedagógico ressalta a participação do Núcleo de Pesquisa e Extensão de Medicina (NUPEM) “Cabe ao Núcleo acompanhar, orientar e organizar os trabalhos de conclusão do curso de medicina”. Assim como [...] “se propõe a realizar seminários, cursos e outras atividades, e a comparecer no horário predefinido a qualquer disciplina do currículo para abordar assuntos referentes à pesquisa no Curso de Medicina” (UEPA, 1999 p. 31).

Com base no exposto, consideramos imprescindível, realizar um “mergulho” neste novo momento do curso, em que o atual PPP está sendo

desenvolvido, até porque, o campo da saúde como bem nos adverte Minayo (1994), requer, como essencial, a compreensão da necessidade de aceitar os desafios da prática, e a abertura que permita a possibilidade de refletir a teoria e transformá-la, posto que é um campo que coloca de modo imediato o problema da intervenção na realidade.

Nesse sentido, o objeto de estudo proposto constituiu-se das **produções acadêmico-investigativas** (trabalho de conclusão de curso) dos **“alunos-concluintes”** do curso de medicina da UEPA entre 2001 e 2006. Partimos do pressuposto que tais produções são um dos **“espelhos”** em que se revelam concepções de ciência e saúde-doença construídas ao longo da formação. Concepções estas forjadas (ou não) tanto pelo atual como pelo antigo Projeto Político Pedagógico do curso de Medicina da UEPA.

Estudamos também a inter-relação entre a produção acadêmico-investigativa dos ‘alunos-concluintes’ e as concepções de saúde-doença explícitas e implícitas no PPP (atual); também verificamos divergências/convergências entre as produções acadêmico-investigativas dos ‘alunos-concluintes’, o atual PPP do curso de Medicina da UEPA, o manual que rege o Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Medicina e as diretrizes curriculares nacionais do curso de Medicina, publicadas em 2001.

Assim, tendo em conta todos os ‘caminhos’ por nós percorridos e anteriormente ‘re-memorados’, bem como as inquietações daí advindas, investigamos a educação médica no Curso de Medicina da UEPA, tendo as seguintes indagações como questões norteadoras:

- A -** Que concepções de ciência e saúde-doença, estão presentes nas diretrizes curriculares nacionais de medicina?
- B -** Que concepções de ciência e saúde-doença emergem no projeto político pedagógico do curso de medicina da UEPA e do manual de TCC?
- C -** Que concepções de ciência e saúde-doença estão presentes nas produções acadêmico-investigativa (TCC) dos “alunos concluintes” do curso de medicina da UEPA no período de 2001 a 2006?

Assim, em busca de respostas às indagações, estabelecemos como objetivos: desvelar as concepções de ciência e saúde-doença que fundamentam o saber médico e estão presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), no

Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Medicina da UEPA, no manual do TCC e nos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) dos “alunos-concluintes” desta instituição. Refletir acerca da educação médica com base nas convergências/divergências de saberes presentes nos documentos analisados (diretrizes curriculares, projeto político pedagógico e as produções educativo-investigativas). Analisar como se articulam tais produções para com as necessidades de saúde (em uma dimensão local e integral), compatíveis com o paradigma de ciência emergente e paradigma da integralidade no campo da saúde, em busca de um conhecimento emancipatório.

Neste sentido, utilizamos como marco teórico conceitual as formulações de Santos (2002-2006-2007), que tece fundamentais reflexões para o embate do paradigma dominante e o paradigma emergente para construção de um conhecimento emancipatório. Assim como de outros autores, os quais complementarão de modo oportuno esta discussão: Minayo (2006-2007), Lampert (2002), Breilh (2006), Gadamer (2007), Habermas (1980), Garcia (1989), Almeida (1999), Chaves (1990-2000), Feuerwerker (1998).

• Caminhos Metodológicos

Consideramos o processo metodológico como o espaço onde tecemos caminhos e construímos saberes que pode desvelar uma dada realidade social. Considerando as questões norteadoras apresentadas e as características da abordagem qualitativa, que concebe a realidade de maneira ampla “repleta” de significados que podem ser investigados, optamos por essa perspectiva para conduzir o estudo em pauta. Trata-se de um estudo de caso documental, pois estuda de forma detalhada, certos documentos, considerados “dados formais que reconstroem as maneiras pelas quais a realidade social é apresentada por um grupo social” (BAUER; GASKELL, 2002, p 22.)

O referido estudo apresenta características de um “**estado da arte**”, já que consistiu em um inventário do conhecimento relacionado com a produção dos “alunos concluintes” da UEPA (os TCC’s).

As fontes de informações de nossa pesquisa foram: as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN- Anexo A) , o Projeto Político Pedagógico – 1999 da UEPA (Anexo B), o Manual de Orientação de TCC (Anexo C), os TCC dos “alunos concluintes” no período entre 2001 e 2006).

Os recortes escolhidos para análise foram os TCC entre 2001-2006, considerando que este período ensejou analisar a influência do Projeto Político Pedagógico, que passou a vigorar em 1999. A relevância é analisar a repercussão do Atual Projeto Político Pedagógico nas referidas produções. Para tanto, tivemos que selecionar produções acadêmico-investigativas vinculadas ao antigo PPP. Na seleção dos TCC(s) considerou-se alguns critérios de inclusão: a) Ter sido apresentado entre 2001 e 2006; b) Indicar a realização de pesquisas com seres humanos; c) Estar disponível na biblioteca para consulta.

Ao realizarmos um levantamento exploratório dos TCC(s) no curso, identificamos alguns aspectos relevantes que destacaremos.

Na primeira visita a campo, para dar início a investigação, em março de 2006, tivemos dificuldade para ter acesso aos TCC's, pelo fato da biblioteca do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde-CCBS (UEPA) estar em reforma. É importante ressaltar que nos foi informado pela bibliotecária, que a biblioteca só passaria a funcionar dentro de seus padrões normais, já com todo seu acervo sistematizado, em maio de 2006. No entanto, a biblioteca só passou a funcionar em março de 2007, quando tive acesso aos TCC(s) – o que implicou numa reorganização de nossa cronograma de pesquisa.

Antes desse período, porém, em maio de 2006, tivemos acesso por meio da Secretaria do Núcleo de Pesquisa e Extensão de Medicina (NUPEM), aos resumos dos TCC(s) (os quais estão disponíveis no site: www.uepa.br/ccbs/nupem) do período 2001-2005. Também a secretaria acadêmica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde-CCBS (UEPA), disponibilizou a relação dos alunos concluintes do mesmo período. Tanto os resumos quanto a listagem dos alunos concluintes, constituíram o material trabalhado no texto de qualificação. Tivemos necessidade de buscar esta listagem devido o fato de entre as produções disponibilizados haverem tanto resumos de TCC(s) quanto resumo de estágio.

Em junho de 2006 realizamos um encontro informal, com a coordenadora do NUPEM, a qual se mostrou interessada no estudo, inclusive colocando-se a disposição para demandas relacionadas à pesquisa.

Ao realizarmos o levantamento exploratório dos resumos dos TCC(s) identificamos alguns aspectos relevantes no que tange aos resumos:

- Nem todos os TCC (s) apresentados estavam com os resumos disponíveis, pois haviam aqueles que apresentavam problemas redacionais, que somente depois foram revisados por seus autores (o que nem sempre ocorre de forma satisfatória), e assim houve redução no número de resumos.

- Os resumos dos TCC's, não apresentavam palavras-chave.

Este primeiro momento, foi realizado entre os meses de maio e agosto de 2006. Desta etapa pudemos levantar os seguintes indicadores:

- A relação de concluintes concedida pela secretaria acadêmica referente ao período da pesquisa, não era compatível com a relação dos TCC(s) apresentados, posto que, os alunos do curso de Medicina, de acordo com o PPP, podem apresentar os TCC (s) a partir da 5ª série do curso.

Alguns aspectos técnicos também consideramos relevantes:

- Os títulos dos TCC (s), obtidos por meio dos resumos, em sua grande maioria se referem à doença;
- Há ênfase na descrição da doença;
- A palavra saúde aparece pouquíssimas vezes nos textos/resumos dos trabalhos referentes aos anos de 2001-2002, os quais nos detivemos até então;
- A preocupação em identificar o perfil epidemiológico, no entanto, havendo uma valorização excessiva dos dados estatísticos;
- Política pública e saúde pública se mostram pouco presentes nos resumos;
- Há ausência de conceituação do processo saúde-doença e de seus determinantes;

O quantitativo de resumos do período (2001-2005) foi de 239, assim distribuídos:

Quadro 1

TCC's 2001-2005

ANO	Nº APROXIMADO
2001	31
2002	70
2003	26
2004	53
2005	59
Total	239

Segundo Bryman (1988, *apud* BAUER mais outros autores, 2002), um objetivo importante do pesquisador qualitativo é de ver por meio dos olhos daqueles que estão sendo pesquisados. No entanto, os autores advertem que não é o fato da pesquisa ser qualitativa que irá produzir um conhecimento crítico da realidade.

Em março de 2007 tivemos finalmente acesso aos TCC(s) disponíveis na biblioteca. Nesta fase da pesquisa, que ainda consideramos exploratória, manuseamos oitenta e nove (89) TCC (s). Dentre os oitenta e nove (89), haviam sessenta e nove (69) do período de 2001 a 2003 e 20 do período de 2004 a 2006. O fato de termos manuseado um maior número de TCC relacionados ao período de 2001 a 2003 é porque estes estavam disponíveis em maior quantidade na biblioteca. Os do período de 2004 a 2006 estavam disponíveis em menor número, sendo que os do primeiro período estavam impressos, os do segundo período estão disponíveis em mídia DVD.

A partir desta etapa exploratória e com base na abordagem que elegemos para nossa investigação, a hermenêutica dialética, que trabalha com a construção de categorias analíticas, operacionais e empíricas. Elegemos três categorias operacionais que se articulam de forma imediata com nosso objeto de investigação: concepção de ciência; concepção de saúde e concepção de doença como forma de consolidar o critério de inclusão que nos possibilitou atender ao objeto de investigação.

Neste sentido, selecionamos TCC(s) dos seis anos, cujos temas/objetos pudessem ter um enfoque articulado ao objeto de investigação – dada inclusive a ênfase técnica, ao mesmo tempo “abrangência” das temáticas. Dos oitenta e nove TCC(s) explorados, como percebemos uma saturação temática entre eles, construímos as categorias descritas anteriormente citadas, chegando assim a dezoito trabalhos, selecionados a partir das categorias por nós construídas. Assim, um conjunto deles tinha um enfoque na ciência, outro na saúde e outro na doença.

Nove destas produções acadêmico-investigativas, estavam vinculadas ao atual projeto pedagógico e nove ao antigo, portanto, considerando, o período de seis anos estudados, elegeu-se um trabalho de cada categoria por ano, perfazendo um total de três trabalhos a cada ano. Considerando o mergulho que realizamos inicialmente, avaliamos que esse conjunto de trabalhos representavam o conjunto em análise.

É importante ressaltar ainda, que tivemos um cuidado especial com a escolha do conjunto de TCC(s) referente ao ano de 2003, considerando que ao aluno de Medicina é permitido realizar sua produção acadêmico-investigativa já na quinta série do curso e o atual PPP já contava cinco anos de vigência. Assim, neste ano de 2003 era possível ter produções vinculadas tanto ao atual quanto ao antigo PPP. Assim, foi necessário confirmar junto a secretaria acadêmica se estas produções pertenciam a 'alunos-concluintes' que estavam cursando a quinta ou a sexta série do curso de Medicina, e portanto, vinculados respectivamente ao atual ou ao antigo PPP. Para nós interessava as produções de 2003 vinculadas ao antigo PPP.

Com base nos estudos de Habermas, vários autores defendem a idéia de que o cientista cultural social, precisa aprender a falar a língua que interpreta, o que implica, na necessidade de se aproximar de tal interpretação, a partir de um determinado ponto histórico. Em virtude disto, torna-se impossível não considerar a totalidade da interpretação. Nesse sentido, enfatizam que o pesquisador entra no que chamam de "*círculo hermenêutico*". Nesta direção, Habermas (1987, *apud* MINAYO, 2006), reconhece a possibilidade de um encontro fecundo entre a hermenêutica e a dialética.

Destaca assim, o diálogo entre a Hermenêutica e Dialética estabelecido por Habermas e Gadamer, a partir dos anos 60, trouxe enormes avanços para as discussões sobre métodos em ciências sociais, considerando que esses dois autores buscaram forma de objetivar a práxis de produção de conhecimento.

Em face dessas considerações, é relevante dizer que nos sentimos desafiada (embora, reconhecendo os desafios) nos aproximarmos da hermenêutica-dialética como "caminho do pensamento" para a construção da investigação que desenvolvemos, em razão de ter identidade com o método dialético, e, nesse caso, acreditar que uma articulação com a hermenêutica

possibilitaria novas contribuições para a interpretação do objeto em estudo, especialmente por tratar-se de pesquisa documental. Para corroborar, trazemos Minayo (2006) que apresenta algumas reflexões acerca da hermenêutica-dialética.

Na verdade, a abordagem desse assunto junta duas questões fundamentais à subjetivação do objeto e a objetivação do sujeito temas cruciais da sociologia do conhecimento, que, do ponto de vista metodológico, costumam ser reduzidas aos problemas das relações entre quantitativa e qualitativa nas práxis científica (p. 327).

Considerando a contribuição e os limites da hermenêutica, denominada como *a arte da compreensão*, considerada por Gadamer (1999-2007) como movimento abrangente e universal do pensamento humano. O autor entende a hermenêutica de forma mais ampla, que abrange a experiência científica e origina-se do processo de intersubjetividade e de objetivação humana; destaca-se o **símbolo** como um dos termos importantes que compõe o campo desta análise vejamos o que nos diz Minayo (2006).

Denomino *símbolo* ao que vale, não somente por seu conteúdo, mas por fazer uma mediação comunicacional, por existir como um “documento” e “uma senha” que permitem aos membros de determinada comunidade se identificarem. A importância de um *símbolo* está em sua função representativa de algo visível e invisível, refletindo, ao mesmo tempo, uma idéia do real e sua expressão fenomênica. Ou seja, *símbolo é a íntima unidade da imagem e do significado* que não anula a atenção entre o mundo das idéias e o mundo dos sentidos. A compreensão simbólica deve ser entendida como parte da ocorrência, da formulação e no sentido de todo enunciado (p. 335 – 6).

A autora elucida a importância da compreensão, que implica a possibilidade de interpretar, e chama atenção de que a compreensão só alcança sua verdadeira possibilidade quando existe uma polaridade entre familiaridade e estranheza e é nesse espaço que se baseia a tarefa da hermenêutica, no sentido de buscar esclarecer as condições sobre as quais surge a fala, o discurso.

A dialética é entendida como a arte do estranhamento e da crítica. E assim:

A dialética é o estudo da oposição das coisas entre si. Metodologicamente ela se traduziria numa forma de abordagem: desvendar as relações múltiplas e diversificadas das coisas entre si; explicar o desenvolvimento do fenômeno dentro de sua própria lógica; evidenciar a contradição interna no interior do fenômeno; compreender o movimento de unidade dos contrários; trabalhar com unidade da análise e da síntese numa totalização das partes; correlacionar as atividades e as relações (MINAYO, 2006 p. 340).

De tal forma, Minayo (1994; 2006) defende uma proposta de complementaridade possível, em razão de que a hermenêutica penetra no seu tempo e, por meio da compreensão, procura atingir o sentido do texto; já a crítica dialética se dirige contra o tempo, ou seja, a dialética enfatiza o contraste e a contradição, o dissenso e a ruptura de sentido. A autora ainda enfatiza a hermenêutica-dialética como via de acesso ao encontro entre as ciências sociais e a filosofia, como um "caminho do pensamento", diferentemente da "Análise de Conteúdo" e "Análise do Discurso", que se colocam como uma tecnologia de interpretação. E ainda:

Ressalto minha intenção de evidenciar as contribuições e os limites da hermenêutica-dialética na compreensão e na crítica da realidade social. Ao mostrar como a primeira realiza o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, ressalta que suas limitações podem ser fortemente compensadas pelas propostas do método dialético. A dialética, por sua vez, ao sublinhar o dissenso, a mudança e os macros processos, pode ser fartamente beneficiada pelo movimento hermenêutico que enfatiza o acordo e a importância da cotidianidade. Dessa forma concluo que a hermenêutica e a dialética se apresentam como momentos necessários da produção de racionalidade em relação aos processos sociais e, por conseguinte, em relação aos processos de saúde-doença (MINAYO, 2006, p 349- 50).

Desta forma, na Hermenêutica Dialética, a **geração de dados**, inicialmente, se fez com a ordenação que significou a construção de um **mapa horizontal dos documentos pesquisados**, de sorte que articulasse o conjunto do material observado. Então, o momento classificatório desta pesquisa consistiu na:

a) Leitura exaustiva e repetida dos textos numa perspectiva interrogativa, possibilitando captar as estruturas de relevância, as idéias, e concepções que estavam presentes nos documentos (as concepções de ciências, saúde e doença), presentes no que é produzido pelos "alunos concluintes". Relevar dizer que o esforço que foi empreendido denomina-se "*leitura flutuante*", e possibilitando a construção das categorias operacionais. No caso de nossa pesquisa isto ocorreu na leitura dos resumos dos TCC(s) e posteriormente na exploração dos oitenta e nove TCC(s)

b) Constituição de vários "*corpus*" de comunicação, "*corpus*" aqui entendido segundo Bauer mais outro autor (2002) como coleção de textos, e/ou vários trabalhos da mesma natureza, coletados e organizados. De sorte que, os vários "*corpus*" de comunicação são necessários, considerando que o estudo investigou documentos de naturezas diferentes. No caso deste trabalho, cada um

dos 'corpus' refere-se a um conjunto de produções acadêmico-investigativas dos 'alunos-concluintes', bem como ao Projeto Político-Pedagógico e Manual de Curso e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Na criação desses corpos "*independentes*", realizamos a leitura transversal a partir de cada um, com suas informações específicas.

Na constituição dos vários 'corpus', entendemos que o momento classificatório foi sendo construído do nível mais "*grosseiro*", genérico, para outras fases mais refinadas. E aqui, principalmente, identificamos a força das questões norteadoras, cumprindo tarefa fundamental para a sistematização e objetivação da pesquisa. Neste momento foi possível construir as categorias empíricas que trataremos no capítulo 3 deste trabalho.

A análise final construída durante o processo de realização da pesquisa, não ocorreu em um momento específico, até porque, se fez presente o tempo todo, nos momentos de ordenação e classificação. Considerando que no processo de geração de dados, a análise também já vem se realizando, esse posicionamento é confirmado em Minayo (2006, p. 236) "ainda que o marco teórico esteja presente o tempo todo - faz uma inflexão sobre o material empírico que é como já dissemos o ponto de partida e o ponto de chegada da interpretação".

Tendo em conta o nosso posicionamento, a análise final não é o momento da descoberta e sim um momento de culminância dos "*achados*" da pesquisa. Neste sentido, a proposta que apresentamos traz algumas formas de análise de conteúdo e análise de discurso, sendo as mesmas submetidas à hermenêutica-dialética, visto que é importante se considerar o texto articulado a múltiplas determinações. E aqui mais uma vez, releva destacar o pensamento de Minayo (2006) que fala da relação do pesquisador com o texto, como fonte de geração de dados/informações e saberes.

Buscamos interpretar/entender o texto como resultado de um processo social e um processo de conhecimento, ambos fruto de um feixe de determinações, guardando, no entanto, suas especificidades significantes.

Entendemos que o texto expressa por meio de seu movimento, que se mostra e se esconde, no processo de comunicação, em que pesquisador e 'alunos-concluintes' são parte (no sentido macro, amplo) do mesmo contexto ético-político,

de modo que o acordo subsiste concomitantemente às tensões e perturbações sociais, estando a análise, portanto, imbricada nesse contexto.

A dissertação está organizada em dois capítulos teóricos (capítulo 1 e 2) e um capítulo de resultados (capítulo 3) em que todo esse movimento de travessias metodológicas está a disposição, para leitura, crítica e reflexões.

Capítulo 1. Caminhos e Descaminhos da Educação Médica: mergulhar e vir à tona

Neste capítulo tecemos, com alguns fios da história, reflexões acerca da educação médica, dando destaque ao pensamento de Garcia³ (1989); avançamos com algumas notas contextuais sobre as pistas de mudança anunciadas (Tais mudanças sugeridas em eventos internacionais), no entanto, nem sempre efetivadas; apresentamos propostas de mudanças com base em articulações inovadoras seus limites e possibilidades; finalmente adentramos na educação

³ Juan César Garcia, argentino, médico, sociólogo, historiador, pensador social. Foi pioneiro em ciências sociais e saúde na América Latina e iniciou um movimento intelectual no campo da saúde, estimulando e consolidando importantes núcleos de medicina social. Foi nomeado assistente de investigação da Universidade Harvard. Faleceu em 8/06/84 em Washington quando exercia a coordenação de investigação na OPS. O trabalho de Garcia relacionado à educação médica consistiu em um estudo aprofundado em 107 das escolas médicas existentes na época na América Latina.

médica no Brasil e pontuamos seus caminhos e perspectivas; como também das políticas de estado e de formação brasileira.

1.1. Algumas reflexões históricas

Até meados dos anos cinquenta, os modelos de educação médica na América Latina, incluindo o Brasil, eram importados. Inicialmente advindos de países europeus e posteriormente norte-americanos (ALMEIDA, 1999). Segundo o autor o processo de transmissão de conhecimentos ocorria por meio de missões, realizado mediante a ida de professores e dirigentes universitários a esses países. A partir de 1955, a influência externa passou a ser exercida por meio da participação de representantes dos organismos internacionais, de fundações norte-americanas e de reuniões nacionais e regionais, destacando-se, neste contexto, a participação da Organização Pan Americana de Saúde (OPS).

No decorrer dos anos esta forma de influência se institucionaliza com a criação de associações nacionais e internacionais. Também outras influências ocorreram como destaca Ferreira (*apud* ALMEIDA, 1999):

Uma influência silenciosa importante, de afluxo de médicos residentes que foram se especializar nos EUA'S, se estabeleceu links para a americanização e apropriação indiscriminada de tecnologias. A longo prazo, este é um fato de mais transcendência para o desenvolvimento da medicina moderna na região e pode ser entendido como a verdadeira extensão de FLEXNER à América Latina (p.34).

No que concerne à educação médica, tanto Minayo (2006), quanto Nunes (1999) e Almeida (1999), entre outros, reconhecem a fundamental contribuição do trabalho de Garcia (1989), posto que o autor revela questões cruciais da educação médica. Seus estudos representam o início de um esforço na construção do marco conceitual deste campo de conhecimento na América Latina, realizando-se numa construção permanente, presente até os dias atuais.

Garcia (1989) discute, por exemplo, o desenho historicamente construído no campo da educação médica. De um lado, o caráter “escolar” da **produção dos médicos**⁴ e, de outro, as relações entre a produção dos serviços e os objetivos a que se propõem as escolas médicas. Considerando a primeira questão, o autor

⁴ No estudo de Garcia (1989) a expressão produção de médico, se constitui em uma categoria de análise. O autor entende que os determinantes da sociedade capitalista produz médico como produz outros campos de conhecimentos assim como, bens e serviços.

identifica a dissociação entre **ensino e trabalho** e, na segunda, destaca a dualidade da escola médica que:

Enfrenta a problemática de ser inovadora, em consequência da sua “proximidade” com o desenvolvimento social e político-cultural, ao mesmo tempo em que, é pressionada para se manter conservadora frente aos interesses e exigências do mercado de trabalho médico, do qual parcela significativa dos seus professores faz parte (p. 37-38).

Para Garcia (1989), há o entendimento de educação médica como processo de produção de médicos, sendo inclusive esse, o conceito básico da teoria adotada pela análise deste autor. Nesse sentido, o estudioso entende que o processo educacional não é isolado, já que o mesmo se articula à estrutura social, política e econômica do contexto social no qual está inserido; assim, se faz necessário destacar duas características fundamentais neste campo educacional: sua relação com os outros processos, e em especial com o trabalho médico; e a existência de dois níveis que se auto-determinam, sendo um, o modo de produzir o médico, e o outro, a ordem institucional da educação médica.

Constata-se que antes da criação das universidades medievais, as pessoas que almejavam estudar medicina, teriam que se engajar como discípulos-ajudantes ou aprendizes de um médico - condição imprescindível para o estudo da medicina, naquele dado momento histórico. Então, nesse modo de produzir médicos, a aprendizagem e o trabalho estavam “naturalmente” articulados, relacionados e indissociados. Observa-se que, historicamente, a relação **aprendizagem e trabalho** sofreu variadas modificações. Mesmo na Idade Média, por exemplo, ocorreu uma significativa mudança para a medicina que se estendeu até a contemporaneidade. Sobre isto, Garcia (1989) destaca:

Esta separação originou-se da divisão do seu trabalho em manual e trabalho intelectual, a qual transforma o discípulo-ajudante, em uma categoria social cuja tarefa fundamental é a aprendizagem sem nenhuma intervenção na solução dos problemas de saúde da população. A prática que realiza o estudante nesta situação é vista como uma experiência pedagógica, e não como uma contribuição à transformação da realidade do setor saúde (p. 173).

Assim sendo, a categoria “estudante” implica em várias concessões em relação a outros segmentos da sociedade como a de se eximir, por exemplo, de realizar um trabalho de caráter produtivo. Tal dicotomia ocorrida entre o espaço do estudo e o do mundo do trabalho, constitui-se em um dos problemas centrais da educação médica na atualidade. Nesse sentido o referido autor destaca:

O modo como se formam os médicos engendra formas particulares de organização. Em outras palavras, as características da ordem institucional da educação médica emergem do processo de produção de médico. Em consequência, pode-se distinguir dois níveis: um, o modo de formação do médico, e, o outro, a ordem institucional (p.174).

Nos dias atuais, diferentemente da Antigüidade, sabe-se que o profissional médico forma-se separado do trabalho médico, sendo o estudante dedicado exclusivamente a estudar. Portanto, hoje, o modo de produção de médicos, como forma particular de organização da Escola de Medicina, é separado das instituições de atenção médica, tendo estas sua estrutura de gestão e seu modo de relacionar-se a um determinado sistema de governo.

Considerando que o modo de formar médicos em última instância determina a ordem institucional, deverá se entender que mudanças no primeiro possibilitam transformações substanciais na forma de organização da educação médica. No entanto, em algumas situações, uma determinada organização médica poderá impedir a passagem de um modo de formação de médicos a outro. Vários exemplos desses obstáculos aparecem nas experiências dos processos vivenciados nos estudos relacionados ao campo da educação médica.

É evidente que as atividades e os contextos possibilitam diferentes olhares sobre os processos ensino/aprendizagem, podendo ser analisados sobre várias perspectivas. No entanto, em consonância com os estudos de Garcia (1989) privilegiamos os que se produzem na relação de “dominação-submissão”, como resultante da posição que ocupam os sujeitos sociais que efetivamente participam da produção do conhecimento no espaço da educação médica. Nesta direção Lampert (2002) faz importante referência acerca de um estudo sociológico sobre educação médica denominando de experiência sociocultural, pois esta:

Incorpora-se *pari passu* ao aprendizado direto dos aspectos técnicos transmitidos pelo ensino didático de um ou outro tipo. Trata-se de uma forma mais relacionada à vivência, e ocorre de forma duradoura, envolvendo o estudante numa filosofia de vida, de práticas e de organização social, dentro das expectativas da sociedade na qual ele está inserido (p.35).

Dessa maneira, entendemos que a produção de conhecimento na relação professor/profissional e aluno (candidato a médico, com toda a carga simbólica construída no imaginário social), é materializada, por exemplo, na produção dos trabalhos de conclusão de curso. Sendo assim, determinada, no caso da educação médica, tanto por fatores subjetivos quanto objetivos, tais como as linhas de

pesquisa existentes nos cursos de medicina e os temas/problemas que os prováveis orientadores se dispõem a orientar. Será que essas escolhas não estão profundamente influenciadas pelas experiências do professor/profissional médico, reproduzindo incessantemente uma concepção de ciência numa determinada lógica?

Para Garcia (1989), embora se possa observar uma certa limitação das escolas médicas perante o contexto social mais amplo, elas detêm relativa autonomia podendo se constituir instrumento de mudança ou manutenção do status quo. Assim, algumas mudanças mais gerais no processo de desenvolvimento das ciências educacionais podem sofrer entraves em nível das escolas médicas, devido sua estrutura interna não permitir a inserção de novas experiências.

O autor destaca, por exemplo, no bojo dessas mudanças, o que ele chama de ensino criativo, em que o professor desempenha a posição de “conselheiro”, “especialista” ou ‘tutor’, desaparecendo a diferença de poder entre docentes e discentes. Mesmo considerando que esta abordagem possa acelerar o processo de aprendizagem, sua inserção encontra dificuldades nas escolas médicas sendo em sua grande maioria, às vezes, até inviabilizada. Pelo fato, da própria hierarquia, muitas vezes, existente nas escolas, nas quais o aluno é subordinado à autoridade do professor.

Nos estudos de Garcia (1989), se estabelece **um marco teórico alternativo da educação médica**, no qual há a defesa da necessidade de se partir do **esclarecimento de determinadas teses gerais acerca da contradição principal** e das **contradições secundárias** existentes na sociedade. Em razão disto se faz necessário destacar o sentido classista das contradições secundárias que se expressam no campo da saúde. Neste caso, temos como exemplo, a desigualdade quantitativa e qualitativa da assistência médica e a educação médica em relação às classes sociais.

Considerando o posicionamento central da obra do autor expresso acima, o estudioso enfatiza que sua concepção se respalda em inúmeros estudos teóricos e empíricos. Estes têm contribuído para articular dialeticamente os processos de educação médica e medicina e sua relação com a estrutura social. As contradições secundárias, tais como a desigualdade da atenção médica e da educação, reproduzidas pelo processo capitalista, podem ser problematizadas no interior de

suas próprias realizações. Isto faz abrir possibilidades de relativa autonomia a setores como o educacional e o da saúde, opondo-se à concepção mecanicista negadora de modificações das formas e dos conteúdos curriculares.

Neste sentido, a universidade pode determinar seu destino e projeto educacional com certo grau de autonomia, afirma Garcia (1989). Por ser a universidade, de certa maneira, um espaço onde se concentram as atividades intelectuais, sendo o universitário um intelectual da sociedade em seu conjunto. Assim, consideramos que o espaço da universidade pode estabelecer novos perfis profissionais, no contexto da educação médica, abertos a variadas possibilidades de concepção científica. Contudo, muitas instituições de ensino universitário fazem a opção por se manterem reprodutoras das práticas profissionais já conhecidas. Desse modo, a relação professor/profissional e aluno não proporciona o desenvolvimento do exercício da reflexão entre o perfil do profissional que está sendo formado e as necessidades emergentes da realidade social. Isto se observa no cotidiano das escolas médicas assim como nos serviços de saúde e nos estudos acerca deste campo de conhecimento.

Deste modo, a universidade precisa enfrentar a indispensável tarefa de criar estratégias e conceitos que constituam a base da criação científica e das práticas sociais para a educação médica. No entanto, tal processo não se pode realizar sem uma análise dos processos materiais de onde surgem estas categorias profissionais, desafio também inerente à comunidade universitária.

A universidade é um lócus importante no sentido de contribuir para a transformação das práticas médicas, para isto é fundamental o questionamento efetivo dos serviços de saúde vigente. É imprescindível a utilização de estratégias educacionais contextualizadas que permitam a reordenação do saber acumulado e a construção de um novo saber, por parte das escolas médicas. Para tanto, se faz necessário ter a compreensão da inserção social da prática médica, bem como das implicações desta prática sobre as relações sociais de produção. Nestas, está inserida a prática médica e seu objeto, que por sua vez deverá se constituir no ser humano na sua integralidade.

O que cabe destacar é que a produção de conhecimento científico deve se constituir numa prática central da universidade, sendo, pois, um componente indispensável do processo ensino-aprendizagem. Neste sentido, é importante a

análise da produção de conhecimentos na educação médica, em busca de estratégias para que esta produção científica possa ter alguma repercussão no contexto social onde está sendo engendrada, contribuindo, efetivamente, para o desenvolvimento de uma educação médica articulada a uma formação mais abrangente e ao mesmo tempo, dando conta das especificidades da realidade local.

Portanto, a prática da investigação exige ser ressignificada na perspectiva mais ampla da ciência, de modo que não incorpore apenas a produção, mas também a distribuição e a utilização do conhecimento, além da preocupação com a análise dos determinantes da produção científica, sendo este um elemento relevante no processo de construção da educação médica.

1.2. A educação médica em busca de mudanças: notas contextuais

Avaliando o processo histórico no campo da saúde, no outro âmbito da educação médica, destacamos três marcos conceituais que despontam como grandes referências, influenciando fortemente o desenvolvimento de outras iniciativas no século XX (LAMPERT, 2002). A opção pelas referências ressaltadas pela autora, deve-se ao fato de que estes eventos a nosso ver marcaram profundamente a educação médica, influenciando outros acontecimentos.

Primeiramente, já no início do século passado, precisamente em 1910, a publicação do Relatório Flexner⁵ (que veio a se constituir num paradigma no campo da saúde), desencadeou, por um lado, um inegável avanço científico e tecnológico, e por outro, parcializou/fragmentou o conhecimento médico, com ênfase nas especialidades.

Num outro momento histórico da educação médica, verificamos um segundo importante evento ocorrido como resistência à grande adesão aos resultados do relatório Flexner: a Declaração de Alma-Ata em 1978, desenvolvendo o debate acerca do processo saúde-doença. Este documento considerou as lacunas – de baixa resolutividade, modelo curativo com ênfase na visão hospitalocêntrica – existentes nos sistemas de saúde. Havendo assim, o impedimento para a solução

⁵ O relatório de Flexner tornou-se um paradigma no campo da saúde denominado de flexeneriano corresponde, no campo da saúde a aplicação dos princípios da ciência dominante.

dos problemas da maioria das pessoas, mesmo diante do enorme avanço da ciência e tecnologia. Ao levantar este diagnóstico o documento de Alma-ATA defendia a meta “Saúde para todos no ano 2000” com ênfase na atenção primária a ser desenvolvida pelas unidades básicas de saúde, num movimento contrário à concepção hospitalocêntrica.

Finalmente, o terceiro marco importante ocorreu em 1986. Trata-se da Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá. Neste evento podemos afirmar que surge o **mais importante documento da saúde pública da contemporaneidade: a Carta de OTTWA** (que foi subscrita por trinta e oito países). O documento compreende saúde como qualidade de vida, estabelecendo formalmente um compromisso com uma nova concepção de saúde. Para se alcançar um modelo diferenciado, a Carta de OTTWA defende a distribuição equitativa na oferta de serviços básicos e especializados em saúde como um passo necessário para este processo, ou seja, a concentração de oferta deveria sair dos hospitais, para avançar na perspectiva da atenção básica.

Então, a proposta defendida pela Carta de OTTWA se constitui num desafio para a maioria das escolas médicas, tendo em vista que a concepção desta educação não responde a uma formação na perspectiva da integralidade como a defendida pela carta de OTTWA e sim da especialidade, atendendo a lógica de mercado.

Assim, a Carta, posicionando-se radicalmente contrária à primeira concepção anteriormente destacada (de Flexner) e embora estando na mesma direção da Conferência de Alma-Ata, avança compreendendo a saúde articulada a um leque de necessidades **como a habitação**, um **ecossistema saudável** e a paz (MENDES, 1999). Enfim, a visão de saúde como **qualidade de vida**, compreende o processo saúde-doença articulado a necessidades que extrapolam o setor da saúde.

Verificamos que os principais marcos dispostos a intervir na educação médica se concentraram na segunda metade do século XX, aprofundando-se no adentrar do século XXI. Ainda no século XX, as diversas e diferentes propostas de mudanças para a formação de recursos humanos, a partir da década de 60, estão caracterizadas sob a influência de organismos preocupados com os aspectos relacionados ao planejamento econômico. Assim, buscou-se garantir o

atendimento dos serviços de saúde para as classes sociais com maior exclusão econômica.

1.2.1. Os caminhos trilhados na educação médica e a Primeira Conferência Mundial de Edimburgo: dificuldades e perspectivas

As diversas propostas de mudanças para a formação de recursos humanos a partir da década de 60, estão sob a influência da Comissão Econômica para América Latina (CEPAL) que introduziu o planejamento econômico, na perspectiva de ampliar o acesso aos serviços de saúde com ênfase para as populações excluídas.

Na década de 70, foi construída a estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA) com vistas à inter-relação entre todos os setores da escola médica, com vistas a garantir parcela significativa dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

A proposta fez parte do movimento que defende a necessidade de reforma na educação médica. No entanto, apesar de seu potencial de introduzir mudanças mesmo parciais, não consegue alterar a essência dos modelos hegemônicos de educação médica. Neste sentido, a proposta apresentada por meio da IDA com pretensão de mudanças, na perspectiva de uma educação integral, se fez presente somente no discurso.

Um outro movimento, no campo da educação médica com a chamada “medicina comunitária”, surge nos Estados Unidos para fazer frente às tensões sociais, como forma de atenuá-las. Este se mostrava bem centrado na perspectiva de articulação da prática médica com as chamadas ciências da conduta. Neste período desenvolvem-se várias correntes de pensamento no campo da Antropologia, Psicologia e Sociologia, com ênfase na manutenção da educação hegemônica.

Nessa iniciativa observa-se muito mais o intuito de baratear a assistência à saúde, proporcionando serviço de qualidade duvidosa, além de um caráter profundamente autoritário, bem aos moldes da medicina convencional. Medicina esta dirigida a segmentos populacionais excluídos dos bens e serviços da sociedade, como bem destaca Lampert (2002): [...] “voltando-se para “imposição”

de mudanças comportamentais da população, mas deixando entocada a assistência médica convencional” (p. 125).

Na busca de mudanças, com a preocupação de desmistificar a ênfase da atenção hospitalar, as dicotomias entre a saúde coletiva e a saúde individual foi desenvolvido um estudo denominado “Análise Prospectiva da Educação Médica na América Latina”. Este se constituiu em um marco conceitual, por articular a educação médica à realidade sócio-econômica, política e técnico-científica, bem como articular os padrões profissionais à situação (necessidades) de saúde; como também garantir a estrutura e normas dos serviços de saúde (FERREIRA apud LAMPERT, 2002).

A década de 80 (século XX), no cenário internacional, configura-se como um período histórico destacado pela efervescência nos debates por mudanças na educação médica, verificando-se o estímulo a importantes iniciativas às mudanças neste campo do conhecimento. Assim é, que, desde 1985, se observa preparativos para a Primeira Conferência Mundial de Educação Médica, que aconteceu em 1988 na cidade de Edimburgo. Este evento foi promovido pela Federação Mundial de Educação Médica. Esta Federação compreendia a necessidade de que as escolas médicas se voltassem para enfrentar os desafios postos pela OMS “Saúde para todos no ano 2000”. Na avaliação dos participantes/ militantes no campo da educação médica, as mudanças eram necessidades imprescindíveis.

Nessa perspectiva a Comissão de Planejamento da Conferência apresentou, para serem debatidos no evento, seis temas, os quais destacaremos abaixo:

- 1) prioridades educacionais para as escolas médicas;
- 2) estratégias educacionais para as escolas médicas;
- 3) integração da escola médica com os sistemas de atenção à saúde;
- 4) recursos para a educação médica: físicos, financeiros e humanos;
- 5) ingressos no curso médico e necessidades dos países;
- 6) relação entre ensino de graduação de pós-graduação e educação continuada.

Nesse sentido, o ponto de partida para o debate preparatório na referida conferência era aprofundar reflexões sobre o tema da educação médica, no que se refere aos objetivos da graduação.

Nas reuniões preparatórias para a Primeira Conferência Mundial de Educação Médica, a América Latina elaborou documento no qual levanta preocupações em relação ao perfil da graduação do curso de medicina. A América Latina espera respostas, para questões que são fundamentais de serem enfrentadas no âmbito da educação médica na perspectiva de mudanças, vamos às questões:

1. o curso de graduação deve dar atenção prioritariamente, a ciência da medicina, ou aos serviços que os médicos devem prestar?

2. quais as competências mínimas a serem demonstradas por ocasião da graduação em medicina? Quais sejam:

a) quanto ao preparo para mais aprendizagem; b) ao diagnóstico tratamento da doença; c) à promoção da saúde e à prevenção da doença em nível da comunidade?

Em relação às indagações presentes no documento consolidado das Américas, a resposta, construída a partir da **realização da Primeira Conferência Mundial de Educação Médica**, faz importantes recomendações das quais destacaremos algumas:

- Os novos contextos sociais e os sistemas de saúde em transformação exigem que as **escolas médicas** se posicionem de modo contextualizado com tais realidades. Isto, mesmo considerando as pressões advindas de um lado das conquistas da ciência e da técnica e de outro da demanda de serviços.

- Reorientar a educação médica com mudanças curriculares adequadas por intervir na Atenção Primária à Saúde.

É bom que se diga que neste aspecto não houve consenso, pois houve quem considerasse o prejuízo trazido por tal opção, para a “qualidade científica” da educação médica, como outros consideravam opções complementares.

Houve o reconhecimento por parte dos conferencistas que, somente com uma base sólida de conhecimento, a educação médica será capaz de ao mesmo tempo enfrentar o contínuo progresso da ciência, aliado ao objetivo de formar médicos gerais eficientes. Portanto, o perfil educacional deve estar articulado às necessidades de saúde da população. Nessa direção, há recomendação de que as ciências básicas no campo das ciências biológicas sejam ensinadas com intuito de serem aplicadas na prática médica, não somente como base para especialização o exercício intelectual.

Os conferencistas presentes na **Primeira Conferência Mundial de Educação Médica** destacaram o exemplo de Cuba ao levantar a recomendação acima. Naquele país, a educação médica pauta-se em aspectos teóricos e práticos relativos a **283 problemas de saúde que emergem da realidade**. Assim, prepara seus médicos para que os mesmos possam ter articuladas dimensões específicas e gerais do processo saúde-doença para, dessa forma, estarem aptos a intervir na realidade.

Vale comentar que estas recomendações eram defendidas pelos países em desenvolvimento, mesmo porque, nos países desenvolvidos como os Estados Unidos, por exemplo, o debate tinha outra direção. Neste país, considerava-se que o futuro médico, não estaria apto para o exercício imediato da profissão, assim, havendo um investimento para a pesquisa e ou a assistência primária.

É importante destacar que houve consenso no que diz respeito ao preparo dos médicos para implementar medidas de promoção e proteção à saúde, assim como, a prevenção da doença.

Em relação às **Estratégias Educacionais** na perspectiva **das mudanças pretendidas** na educação, várias recomendações foram apresentadas:

- É imprescindível a mudança da **metodologia de ensino-aprendizagem da** educação médica, considerando o compromisso da escola com a assistência à saúde. Posto que, o ensino tradicional, sendo baseado na **transmissão** de conhecimentos subvalorizou o desenvolvimento de habilidades valores e atitudes essenciais a uma profissão voltada para respostas imediatas;

Dessa maneira, há que se estimular o **aprender fazendo**, pois naquele momento a pesquisa educacional já apontava o modo mais eficiente e consistente de adquirir conhecimento, habilidade ou atitudes, ou seja, o exercício de ações que exijam tal conhecimento e habilidade ou atitude. Portanto, aprender fazendo é mais eficiente do que ser apenas depositário de informações de modo passivo.

Levando em conta os desafios colocados, a **estratégia educacional** deveria ser o **treinamento em serviço** que enseja a prática de ações de **complexidade crescente**, conforme exigências do serviço e do programa de ensino. Dessa maneira, isto implica na necessidade de que as **escolas médicas** se empenhassem para garantir oportunidades de **aprendizagem ativa**, possibilitando **experiências pessoais significativas** e mobilizadoras. Assim, o treinamento em

serviço enquanto recurso metodológico deverá ser implementado desde os primeiros momentos do curso de medicina.

A Primeira Conferência Mundial de Saúde estabeleceu uma ampla articulação organizacional na perspectiva do avanço da educação médica, com quatro níveis de ação global: regional, nacional e institucional. A conferência envolveu seis associações regionais da Federação Mundial de Educação Médica (FMEM). Estas associações ligadas aos seis escritórios regionais da Organização Mundial de Saúde (OMS) interagem com outras agências e instituições, especialmente o UNICEF, a UNESCO, além do Banco Mundial. Como resultado da Primeira Conferência houve o lançamento de vários projetos de atividades (LAMPERT, 2002). Deste evento pioneiro, resultou a Declaração de Edimburgo (1988), a qual destacamos importante fragmento:

O objetivo da educação médica é formar profissionais para promover a **saúde de todas as pessoas** e esse objetivo não está sendo atingido em muitos lugares, apesar do enorme progresso havido nas ciências biomédicas neste século. **Cada paciente deve poder encontrar, no médico, o ouvinte atento, o observador cuidadoso, o interlocutor sensível e o clínico competente** [...]. Cada dia, milhares de pessoas sofrem e morrem de doenças passíveis de prevenção, ou de cura, e, também, de males auto-infligidos, assim como milhões não têm acesso imediato a qualquer espécie de assistência **à saúde. Esses problemas vêm sendo identificados há muito tempo; mas os esforços para dotar a escola médica de maior consciência social não têm sido bem-sucedidos** (grifo nosso, p. 138).

Defendendo a visão da integralidade na saúde, o documento citado ressalta:

Todos esses fatos levaram a preocupação crescente, na educação médica, com a equidade na prestação de serviços de saúde, a humanização na prestação destes serviços, [...]. A pesquisa científica continua a trazer grandes benefícios. O homem, porém, necessita mais do que apenas da ciência e, por isso, os educadores médicos devem visar às necessidades de saúde da raça humana como um todo, e de cada pessoa também como um todo (p. 138).

Também a **Declaração de Edimburgo (1988)**, conforme refere Chaves (2000), evidencia a necessidade de ampla participação de outros setores da sociedade no sentido de garantir a realização dos pontos registrados abaixo:

a) Estimular e facilitar a cooperação dos Ministérios da Saúde e da Educação, dos serviços de saúde, e de os outros órgãos importantes, objetivando o desenvolvimento conjunto de políticas, bem como o planejamento, a implementação e a revisão de programas;

b) Assegurar políticas de admissão às escolas médicas que harmonizem o número de estudantes com as necessidades nacionais de médicos;

c) Ampliar as oportunidades para a aprendizagem, a pesquisa e a prestação de serviços em conjunto com outros profissionais da saúde, ou de áreas correlatas, como parte da preparação para o trabalho em equipe;

O documento exige a definição de responsabilidades em relação à educação médica continuada, bem como aos recursos necessários para esta finalidade. Em relação à prioridade da educação médica – bastante debatida no processo de preparação e realização da Conferência de Edimburgo – resultou em divergências quanto ao perfil esperado para o graduado. Nos países em desenvolvimento se destacaram as necessidades do serviço, defendendo-se que os graduados em medicina precisam ingressar imediatamente no mercado de trabalho; por outro, nos países desenvolvidos, destacou-se a importância de se manter um processo de aprofundamento científico na pós-graduação, como uma prioridade, em vez do ingresso imediato no campo profissional.

Considerando todas as contribuições significativas da Primeira Conferência Mundial de Educação Médica realizada em Edimburgo, na direção de propostas que apontam para perspectivas de mudanças no campo da educação médica, vejamos a afirmação de Feuerwerker (1998) acerca destas contribuições:

A Declaração de Edimburgo teve impacto sobre os debates da educação médica por representar esforços de sistematização e articulação de um projeto de mudança. A amplitude das forças envolvidas na iniciativa levou a que existisse maior permeabilidade às propostas de mudanças em círculos mais amplos dentro das escolas médicas. No entanto, no Brasil ela não se traduziu em ações concretas das escolas (FEUERWERKER, 1988, p. 82).

Conforme esta afirmação, a primeira conferência significou um espaço importante no sentido de “colocar na mesa” as contradições, e os embates relacionados aos diferentes olhares e interesses em torno da questão da educação médica. No entanto, as mudanças anunciadas não se traduziram em ações efetivas.

1.2.2. No contexto da Segunda Conferência Mundial de Educação Médica e outros eventos: construindo mudanças

Em 1991, ainda em busca de mudanças na educação médica, a Coordenação do Programa para América Latina e o Caribe da Fundação Kellogg chamou instituições universitárias nas quais existiam os cursos de graduação de Enfermagem e de Medicina. Esta chamada teve o intuito de convocar tais instituições a participarem do Programa UNI, ou seja, “uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde, denominada, União com a Comunidade”.

Nesse mesmo período, realizou-se a etapa final da Conferência Integrada “Universidad Latino-Americana y Salud de la Población”, também em Cuba em busca de mudanças no âmbito da educação médica. Todos estes eventos trazem preocupações com as necessárias mudanças acerca da educação médica.

Nesta caminhada de reflexões e debates sobre limites, desafios e possibilidades, **acontece em 1993 a Segunda Conferência Mundial de Educação Médica, novamente em Edimburgo**. Este foi considerado o maior evento internacional na área, tendo como inspiração a Conferência Mundial Sobre Assistência Primária em Saúde, ocorrida em Alma-Ata no ano de 1978. Este encontro defendeu como meta: SAÚDE PARA TODOS ATÉ O ANO 2000. Isto foi também proposição da Primeira Conferência de Educação Médica onde se formulou a **Declaração de Edimburgo**.

O processo de preparação da **Segunda Conferência** se constituiu de modo mais amplo e intenso em comparação com o mesmo evento ocorrido em 1988. Aconteceram encontros internacionais, nacionais, regionais, artigos publicados sobre o tema. Além da elaboração de um **documento oficial de posicionamento da América Latina** com reflexões das quais destacaremos o fundamento central. O referido documento demonstra a **complexidade e o envolvimento dos atores sociais preocupados com mudanças na educação médica**. Todavia, na conferência em si, as reflexões presentes no documento não foram tão intensamente debatidas.

O documento preparatório traz a preocupação em caracterizar o contexto político e econômico de crise e dificuldades que obstaculizam o desenvolvimento amplo da sociedade. Isto se deve ao fato do contexto mundial, especialmente nos países em desenvolvimento, estar fortemente marcado por processos de contenção de gastos públicos e de diminuição da intervenção do Estado no âmbito das políticas sociais.

O neo-liberalismo “dava o ar da sua (des) graça” distribuindo exclusões em todas as direções no âmbito das políticas públicas. Por isto mesmo evidencia-se uma crise no âmbito das universidades. Os conflitos oriundos desta situação de ajustes estruturais, quais levariam à necessidade de redefinição, de (re) articulação entre as universidades e a sociedade.

Nesse cenário, o documento acima referido, ainda destaca duas posições, “colocadas na mesa” para o debate: de um lado, o avanço que, por motivos, a atenção primária havia tido na prática médica da América Latina. De outro lado, em contrapartida à busca de equidade, de um determinado conhecimento na perspectiva da integralidade da saúde, estava presente uma força poderosa capaz de priorizar a mobilização de recursos financeiros no setor saúde nos países desenvolvidos. Quanto à atenção primária nos diz Feuerwerker (1998):

[...] busca sincera de maior equidade no acesso aos serviços, desejo de encontrar uma síntese no conhecimento fragmentado, uma tentativa de reduzir os crescentes custos da atenção à saúde ou por combinações destes objetivos “já que se haviam multiplicado experiências com essa orientação” (p. 83).

Nesta direção, avalia-se que os modelos de medicina geral ou integral entram em desacordo com os princípios de segmentação regidos pelo mercado. Este impõe a necessidade de diversificação de produtos/tecnologias e por sua vez uma formação com ênfase na especialização, muito mais adequadas e funcionais ao mercado. Além de que, se avalia que a prevenção não conseguia se efetivar como prática competitiva, ao se comparar esta com a prestação de serviços de tratamento e cura. Estas apresentam, pois, alta demanda e alta rentabilidade.

Tendo em vista os embates entre as concepções pertinentes ao campo da saúde e que se expressam na educação médica, o **documento oficial da América Latina**, preparatório da Segunda Conferência Mundial de Educação Médica, afirma que a partir de um processo de avaliação realizado nas últimas décadas no campo da saúde, algumas questões precisam ser consideradas:

Por um lado a atenção primária e o direito à saúde obtiveram certo êxito, fortalecendo um discurso sanitário, assim contribuindo para alguns avanços na situação da saúde da maioria da população; Por outro lado, concomitantemente, o complexo médico-industrial, sem elaborar discurso explícito obteve muito maior êxito em suas realizações, inclusive na própria reconfiguração da prática médica.

Portanto, o processo de desenvolvimento científico e tecnológico fomentado pelo mercado e amparado pelo paradigma Flexneriano, continuou influenciando a prática médica, o que incidiu de modo preponderante na relação médico-paciente. Dessa maneira, houve uma exacerbada fragmentação do processo de trabalho médico, envolvendo vários profissionais (representativos de uma diversidade de especialidades) isto trouxe em seu bojo grande risco para a unicidade profissional da categoria médica, evidenciando-se assim, a força da modalidade liberal, a qual a prática médica mergulhara. Registre-se, inclusive, que os próprios médicos não conseguem, muitas vezes, perceber a perda de graus de autonomia em sua prática.

Outra importantíssima reflexão presente no documento da América Latina, referido anteriormente, diz respeito a premente necessidade de redefinições da concepção científica da medicina, posto que, o “objeto de estudo” das escolas médicas, diferente do que ainda é hegemonicamente desenvolvido, deverá **contemplar o ser humano em sua integralidade biológica social indivisível**. Implica em superar a concepção reducionista que concebe o caráter científico em saúde, voltado exclusivamente para o caráter **clínico-biológico**. **Isto desencadeia uma ênfase em se compreender a doença**, negligenciando **a busca da saúde**.

A concepção de ciência hegemônica no campo da saúde produz, como bem ressalta Santos (2002), uma falsa dicotomia entre as ciências naturais e as ciências sociais, bem como segrega uma organização do saber orientada para policiar as fronteiras entre as disciplinas, assim, reprimindo a articulação entre elas. O autor ressalta que, com excessiva parcialização e hiperespecialização do saber científico, tal ciência dominante/hegemônica fez do cientista um ignorante especializado. Esta ótica cria, portanto, impedimentos para articulação entre saberes distintos, reduzindo a compreensão e o desenvolvimento de ações coordenadas e interdisciplinares para o enfrentamento das situações de saúde da população.

Outro ponto, ainda ressaltado no processo de avaliação da educação médica referido, é a proposição de compreender as ciências sociais como um dos eixos articuladores para superar esse falso divórcio entre os campos de conhecimento. Para isto é necessário inserir as ciências sociais em cada um dos

níveis da educação médica, no sentido de subsidiar a compreensão integral do processo saúde-doença e de seus determinantes individuais e coletivos.

Assim é que, o documento preparatório, defende de modo enfático a **interdisciplinaridade** como **eixo articulador** fundamental da educação médica. Acredita-se na interdisciplinaridade pelo fato desta permitir a construção de uma explicação técnica-científica de modo integral das condições de saúde da população. A interrelação entre as disciplinas, apresenta a profundidade necessária para compreender/agir no campo da saúde.

Nesta perspectiva, portanto, há possibilidades de distintos “olhares” das várias disciplinas, ensejando um leque muito mais amplo das possíveis alternativas de enfrentamento das situações do processo saúde-doença, de modo articulado, ampliando a busca da integralidade da saúde, além de propiciar a investigação e a produção de conhecimento de modo coletivo.

No que diz respeito ao **processo pedagógico/metodológico da educação médica**, a avaliação preparatória da Segunda Conferência Mundial de Educação Médica, aposta no da **problematização**, por entendê-la como a mais compatível com o universo da saúde. A metodologia pedagógica problematizadora viabiliza de modo permanente, enfático, o processo de reflexão e análise dos problemas de saúde em muitas perspectivas, abarcando suas complexidades e especificidades.

Em relação aos embates entre perfis da educação médica, **especialistas versus generalistas**, o documento em foco, chama atenção para a necessidade de a educação médica enfrentar de modo crítico a valorização da tecnologia como critério de qualidade. Esta valorização exacerbada da tecnologia, segundo Almeida (1999), Mendes (1999), Feuerwerker (1998), Lampert (2002), Minayo (2006), Campos (1992), Chaves (1990-2000), Ferreira (1992), autores com os quais temos acordo, promove dificuldades nas dimensões éticas como também em relação à equidade. Apesar desta constatação por parte dos estudiosos, não deixa de haver o reconhecimento da necessidade de se formar especialistas, sem prejuízo, porém, do fortalecimento da educação geral na graduação, o que significa a revalorização do generalista na equipe de saúde, destacando sua importância na sociedade.

Por fim, o documento preparatório da Segunda Conferência Mundial de Educação Médica, produzido na América Latina, traz importantes reflexões/recomendações gerais, tais como:

- Tanto os problemas identificados como objeto de estudo, quanto a forma e o lugar como os alunos são expostos às abordagens desenvolvidas, precisam ser repensados; no sentido de valorizar o caráter científico, a importância e utilidade prática do saber. As intervenções sociais, além de contextualizarem a utilidade do trabalho médico clínico individual frente ao trabalho da saúde pública e de outras ciências, apontam ainda que, a integração entre ensino e realidade social aconteceria no trabalho e na prática, a partir dos problemas concretos, por meio da participação em atividades de investigação, docência/assistência, na perspectiva interdisciplinar.

Neste contexto da Segunda Conferência Mundial de Educação Médica também se observa uma posição mais ativa da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) no campo da educação médica, além da retomada de conceitos anteriormente trabalhados pela OPAS. Esta organização, em 1992, publicou um documento de referência, denominado “As Mudanças na Profissão Médica e sua Influência Sobre a Educação Médica”.

A **Segunda Conferência Mundial de Educação Médica** foi realizada em um contexto de mudanças no âmbito global que repercutiam de modo profundo na educação médica, tais como: o vasto aumento na população de alguns países; extensas transformações nas estruturas políticas locais e internacionais; uma grave recessão econômica; enxugamento de recursos destinados à políticas sociais; guerras e aumento da violência social em diversos países latino-americanos.

Além das mudanças acima explicitadas, no contexto da Segunda Conferência, verificavam-se algumas doenças (como a AIDS, por exemplo), que desafiam a constituição de uma determinada educação médica; como também o reaparecimento de doenças que anteriormente estavam controladas; além de Sistemas de Assistência à Saúde em total desarticulação, em função, de inadequada cobertura. Esta desarticulação trazia um processo de exclusão a amplos contingentes populacionais, aliado ainda há elevados custos no setor saúde, sem a devida resolutividade.

Nesta direção a OPAS (*apud* LAMPERT, 2002) assim se pronuncia acerca das escolas médicas: “Há uma percepção pública de que as escolas de medicina não estão conseguindo vencer esses desafios” (p. 128). Então, este é o cenário em que ocorreu a Segunda Conferência Mundial de Educação Médica em Edimburgo

em 1993. Desta maneira, finalmente podemos compreender que em função das complexas reflexões desenvolvidas, o referido evento teve como desafio central desenvolver uma visão sistemática da variedade de problemas existentes.

Além de buscar soluções compatíveis e adequadas e de formular estratégias de implementação das recomendações - em nível mundial, que saíram deste evento. Ressalta-se que deste encontro saíram 22 recomendações, as quais segundo Lampert (2002), não são exaustivas nem universais, estando flexíveis à revisão em vários níveis, necessitando de interpretação no contexto local, regional e nacional. Portanto, as recomendações da Segunda Conferência Mundial de Educação Médica referem-se a conteúdos no âmbito da gestão e política as quais destacaremos a seguir:

1. a disfunção entre a educação médica e o ambiente de prática médica;
2. ao planejamento nacional de recursos humanos da saúde;
3. aos sistemas de assistência médica e suas implicações na educação médica;
4. à busca de proporcionalidade entre especialistas e clínicos gerais;
5. à transição do perfil epidemiológico nos diferentes países e suas implicações na preparação educacional;
6. ao desafio médico-humanista trazido pela Aids e por outras doenças crônicas.

No que concerne às **respostas educacionais**, recomenda a Segunda Conferência:

7. política institucional e administrativa, convertidas em apoio à nova proposta de educação médica;
8. procedimentos de seleção para admissão nas escolas médicas;
9. capacitação dos professores de Medicina para uma educação médica de melhor qualidade;
10. envolvimento do estudante de Medicina no planejamento e na avaliação da educação médica;
11. especificação do lugar da ciência em relação à Medicina;
12. discussão da base ética da educação médica;
13. estratégias e métodos de ensino e aprendizagem;
14. opções curriculares para acompanhar a sobrecarga de informações.

Já para **a continuidade da formação**, as recomendações são:

15. investimento no nível de pós-graduação dentro de uma visão holística;
16. educação médica continuada e busca de aprendizagem duradoura.

Quanto **a parceiros na aprendizagem**, a citada Conferência recomenda:

17. constituição de equipes de saúde e educação multiprofissionais;
18. participação das comunidades na educação médica;
19. comunicação com os pacientes e o público;
20. maior participação das comunidades e dos pacientes nas decisões.

No que se refere **aos espaços para aprendizagem**, as recomendações da Segunda Conferência são de:

21. ambientes realistas;
22. comprometimento das universidades com uma educação médica com base na população.

Os estudos acerca do processo de construção da educação médica identificam um grande descompasso entre a intensa preparação ocorrida na América Latina, em torno da Segunda Conferência em Edimburgo que ocorreu em 1993 e a frustrante constatação da não concretização dos encaminhamentos/recomendações apresentados neste evento. Feuerwerker (1998) aponta que não se encontram registros indicativos da intervenção clara na defesa das importantes idéias/posições contidas no documento preparatório da América Latina.

Outros eventos ocorreram nesse período na América Latina. Em Cartagena, na Colômbia, aconteceu a Conferência Andina Sobre Educação Médica promovida pela Associação Colombiana de Faculdades de Medicina e pela Opasa, além de outros eventos ocorridos no Brasil, México, Peru para discussões preparatórias ao Encontro Continental de Educação Médica – Encuentro Continental de Educación Médica. Este encontro ocorreu no Uruguai em Punta del Este, em 1994, reunindo A Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (Alafem), e A Federação Pan-Americana de Associações de Faculdade e Escolas de Medicina (Fepafem), e também A União de Universidades da América Latina (Udual), bem como A Federação Mundial para Educação Médica, a World Federation for Medical Education (WFME) e ainda A Comissão Regional para o Ensino Superior na América Latina e Caribe (Cresal/Unesco).

Deste evento resultou a Declaração do Uruguai, desta declaração destacaremos alguns fragmentos:

- compromisso de orientar a formulação de um novo paradigma que revalorize a saúde, contemplando seus aspectos biológicos e sociais, para a construção de um desenvolvimento humano sustentável e comprometido com as próximas gerações;

- convocatória para a implementação das transformações necessárias que assegurem uma formulação médica da mais elevada qualidade em termos técnicos e de relevância social e uma posterior incorporação de modelos assistenciais humanizados e eqüitativos;

- demanda de mobilização da Universidade para, a partir de uma concepção ética da vida, poder cumprir com o novo contrato social que reconstrói as bases solidárias do exercício profissional e reduz as diferenças sociais, favorecendo a cobertura universal e justiça social.

Lampert (2002) chama atenção para a dimensão dos movimentos e fóruns internacionais e nacionais. Estes defendem recomendações de modo claro e enfático para a necessidade de reformas urgentes na educação médica. Este cenário se mostra como indispensável para que possamos compreender essa fonte de águas claras/escuras em permanentes movimentos em que se configura os embates no campo da educação médica, no contexto mundial. Nesta perspectiva, teceremos algumas reflexões acerca da proposta de mudanças na educação médica, a partir de articulações com entidades preocupadas em intervir neste campo do conhecimento.

1.2.3. Propostas de mudança com base em articulações inovadoras: limites e possibilidades

Almeida (1999) por rejeitar a posição hegemônica da educação médica busca ampliar o campo de análise em torno do tema, assim, debruça-se sobre propostas de mudanças para educação médica, no sentido de analisar seus limites e possibilidades. O autor assim se pronuncia:

No estudo realizado as perguntas principais que se buscou responder foram: o quê diferencia as propostas? Quais suas bases conceituais, estruturais e principais estratégias? Quais são seus resultados? Enfim, vale a pena esforços na mudança da educação médica? (p.2-3).

O trabalho de Almeida (1999) realiza estudo aprofundado das principais propostas de mudanças para a educação, quais sejam:

1. Projeto UNI, apoiado pela Fundação Kellogg;
2. “Changing”, da Organização Mundial de Saúde;
3. “Netwarw” da rede de escolas orientadas à comunidade;
4. “Gestão de Qualidade”, defendida pela Organização Panamericana de Saúde.

O autor ressalta que as propostas analisadas apresentavam, pelo menos no momento de sua análise, a ausência de um compromisso efetivo dos governos, especialmente dos Ministérios de Educação e de Saúde, no que diz respeito às mudanças necessárias. Nesta direção apresentamos um quadro síntese que traz importantes reflexões acerca das referidas propostas:

Quadro 2 – Principais conceitos e instrumentos metodológicos concebidos pelas propostas e sua valorização. (Continua)

CONCEITO(c) OU INSTRUMENTO METODOLOGICO (im)	UNI	CHANGING	NETWORK	GESTÃO DE QUALIDADE
Articulação biológico-social (c)	+	-	-	++
Avaliação como instrumento de mudança (im)	++	+	-	++
Capacitação pedagógica (im)	+++	+	+++	-
Desenvolvimento da Liderança (im)	+++	++	++	+
Desenvolvimento integrado de modelos acadêmicos e de modelos de atenção (im)	+++	-	-	-
Educação centrada no estudante (c)	+	-	+++	-
Educação orientada para a comunidade (c)	++	+	+++	-
Gestão estratégica (im)	++	-	-	++
Interdisciplinaridade (c)	++	+	+++	++
Intersetorialidade (c)	++	+	+	++

Metodologias ativas de ensino-aprendizagem (incluído o PBL) (im)	++	+	+++	-
Multiprofissionalismo (c)	+++	-	+	-
Pesquisa como instrumento de mudança (im)	-	+++	+	-
<i>(-) nenhuma importância; (+) pouca importância; (++) importância razoável; (+++) muita importância.</i>				
Quadro 2 – Principais conceitos e instrumentos metodológicos concebidos pelas propostas e sua valorização.				<i>(conclusão)</i>
Planejamento estratégico (im)	++	+	-	+++
Relações entre prática, educação médica e estrutura social (c)	++	+	+	+++
Responsabilidade social da escola (equidade, qualidade, relevância, custo-efetividade) (c)	+	+++	+	++

(-) nenhuma importância; (+) pouca importância; (++) importância razoável; (+++) muita importância.

Fonte: Almeida (1999).

Almeida (1999) apresenta os principais conceitos instrumentais metodológicos de cada proposta, identificados nas análises elaboradas nos capítulos correspondentes.

Neste sentido, no Quadro 2, podemos verificar a valorização expressada em número de cruces (+) conferidas a cada um dos oito conceitos(c) e dos oito instrumentos metodológicos(im), sobre as bases teóricas-metodológicas de cada uma das propostas. O autor assume a forte carga subjetiva – como ele mesmo, denomina – que esta valorização contém. Assim sendo, o número de cruces conferida aos conceitos e aos instrumentos metodológicos, correspondentes a uma escala de menor para maior importância, revela a maneira como cada uma das propostas de educação médica trabalhou a categoria dos conceitos e dos instrumentos metodológicos:

Em relação aos conceitos, conforme vimos no Quadro 2, têm-se: articulação biológico-social, educação centrada no estudante, educação orientada para a comunidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, multiprofissionalismo, relações entre prática, educação médica e estrutura social da escola para com a (equidade, qualidade, relevância custo-efetividade).

Quanto aos Instrumentos metodológicos, o autor destaca os seguintes aspectos para a realização de sua análise: avaliação como instrumentos de mudança, capacitação pedagógica, desenvolvimento da liderança, desenvolvimento integrado de modelos acadêmicos e de modelos de atenção, gestão estratégica, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, pesquisa como instrumento de mudança, planejamento estratégico.

Consideremos os vários projetos voltados para a educação médica, que aparecem no Quadro exposto acima. O Projeto de Educação Médica, baseado na comunidade, considerou como componente fundamental da educação médica, o envolvimento dos alunos e sua presença entre a população, durante toda a experiência educativa. Também foram consideradas as características relacionadas ao projeto. Este precisa estar profundamente articulado às necessidades concretas de saúde da população, dos grupos atendidos (LAMPERT, 2002).

Almeida (1999) fala acerca do PBL como uma metodologia de ensino que integra as varias disciplinas, buscando resolver uma questão prática (problem-solving mode) de saúde de uma pessoa, de uma comunidade ou de sua determinada sociedade.

O Projeto UNI teve origem na avaliação critica das experiências do Programa Integração Docente Assistencial (IDA) na América Latina. O saber epidemiológico da população se constitui na base para a intervenção do Projeto UNI. Este ressalta uma atuação interdisciplinar, a partir de equipes multiprofissionais. Isto pode ser observado no quadro que permite identificar o movimento dos conceitos e instrumentos metodológicos, de modo comparativo, entre as propostas estudadas.

Neste sentido, enquanto na horizontalidade do Quadro 2, avaliamos a distribuição dos conceitos e dos instrumentos metodológicos. Em sua verticalidade, avaliamos a importância conferida a cada conceito e a cada instrumento metodológico no interior de cada proposta. Por fim, exatamente, a articulação e a coerência entre esses elementos conceituais e metodológicos, que foram amplamente analisados no trabalho de Almeida (1999).

Também vimos no Quadro 2, a articulação ensino-aprendizagem em serviço, ou seja, na realização das atividades concomitantemente ao processo de ensino-

aprendizagem, em diferentes níveis de complexidade-primária, secundária e terciária.

A proposta denominada Changing Medical Education: An Agenda for Action, também aparece no Quadro 2, esta se fundamenta em um novo modelo de análise, com intuito de formar um profissional médico, capaz de prestar atenção eficiente e de alta qualidade à população. Isto baseado na compreensão de que a escola médica deve ter mais compromisso para com as dimensões políticas sociais das comunidades locais e da sociedade em geral.

Vejamos, agora, o Quadro 3, também retirado de Almeida (*apud* LAMPERT, 2002) que traduz de forma sintética tanto as experiências implementadas na perspectiva de mudanças na educação médica; quanto os atores sociais que constroem esforços nos processos, debates, recomendações e articulações nesta educação:

Quadro 3 - Características fundacionais das propostas de mudanças na educação médica. (Continua)

	UNI	Changing	Network	Cinaem
Origem	América Latina	Europa e América do Norte	Europa	Brasil
Área de atuação	América Latina	Mundial	Mundial	Brasil
Antecedentes imediatos	IDA, EMA, Edimburgo 1988	Edimburgo 1988	Alma-Ata 1978	Proposta de instituição do "exame de ordem"
Promoção	Fundação Kellogg	OMS	OMS/OPS Network	Colegiado de entidades médicas brasileiras
Financiamento	Fundação Kellogg	OMS e Fundação Kellogg	Governo da Holanda, Fundação Rockefeller, Fundação Kellogg	Entidades médicas, Fundação Kellogg, escolas médicas
Principais atores institucionais	Instituições universitárias da área de saúde; órgãos públicos de serviços de saúde ; organizações comunitárias Fundação Kellogg	OMS; entidades médicas; órgãos públicos e privados de serviços de saúde; instituições universitárias da área de saúde	Instituições universitárias da área de saúde; organizações comunitárias; Network	Entidades profissionais médicas; escolas médicas

Fonte: Almeida (1999) modificada em Feuerwerker (*apud* LAMPERT, 2002)

Quadro 3 - Características fundacionais das propostas de mudanças na educação médica. (Conclusão)

Principais sujeitos sociais	Professores e estudantes universitários; gestores dos serviços de saúde; líderes comunidades	Professores universitários; profissionais dos serviços de saúde	Professores e estudantes universitários líderes comunitários	Professores universitários; estudantes de Medicina
Situação atual	Implantada, com processos em andamento e resultados parciais/intermediários	Em implantação	Em implantação	Em andamento

Fonte: Almeida (1999) modificada em Feuerwerker (*apud* LAMPERT, 2002)

1. 3. A Educação Médica no Brasil: caminhos e perspectivas

Segundo Luz (*apud* LAMPERT, 2002) por meio da Carta Régia de 18 de fevereiro de 1808, Dom João VI funda a primeira escola médica no Brasil. Esta foi denominada de Escola Cirúrgica na cidade de Salvador; uma estrutura embrionária com precárias instalações físicas e com um currículo desarticulado de disciplinas e cursos, instalados, de início, no Hospital Real Militar.

A partir de 29 de dezembro de 1915, a Escola Cirúrgica passa a denominar-se 'Acadêmica Médico-Cirúrgica', passando, neste período, a funcionar na Stª Casa de Misericórdia da Bahia. Este espaço era considerado mais adequado para a realização de experiências e operações. Neste mesmo ano, no mês de novembro, foi criada a segunda escola médica no Rio de Janeiro. Então, a criação das referidas escolas marcou o início dos cursos superiores de medicina no Brasil (LAMPERT, 2002).

É importante destacar que, em 3 de outubro de 1832 com a unificação das atividades de cirurgia, de boticário e de físico, mudam-se as condições da formação médica e assim, os próprios médicos, havendo, então, o fortalecimento da corporação: "A arte de curar passa a ser de competência legal exclusiva dos

médicos formados nas faculdades de Medicina, ou por elas legitimados.” Santos (*apud* LAMPERT, 2002, p.45).

Com base nesta caminhada em torno da história, sabemos que a formação dos profissionais médicos no Brasil, constitui-se numa tarefa das escolas médicas, que atualmente já ultrapassam o número de cem. Estes centros de educação estão reunidos na Associação Brasileira da Educação Médica (ABEM). Esta entidade foi fundada em 1962, inicialmente denominada Associação Brasileira das Escolas Médicas e, desde seu início, tem desenvolvido trabalhos que visam à qualificação da formação dos profissionais médicos.

1.3.1. Caminhos na/da Educação Médica

Lampert (2002) destaca o processo de profissionalização da medicina assim como de sua organização. Isto já acontece desde o início do século passado. A Academia Nacional de Medicina, fundada em 1829, é emblemática dessa profissionalização. Neste processo de organização surgiram outras entidades como o Sindicato Médico Brasileiro, fundado em 1927, bem como a Associação Médica Brasileira, tendo seu surgimento datado de 1951. Em seguida, constituiu-se o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais, além da Associação Brasileira de Educação Médica, a qual já citamos anteriormente Machado (*apud* LAMPERT, 2002).

Nas décadas de 1960 e 1970, o Brasil vivenciava intenso processo de urbanização, expansão da economia – o chamado “milagre brasileiro” – e ao mesmo tempo, amplas camadas populacionais são incorporadas ao mercado consumidor. Também se observou o crescimento da demanda populacional por acesso aos serviços de saúde, havendo assim, a necessidade de ampliação do número de médicos. Este aumento foi vivenciado no Brasil de modo específico e intenso.

Dados extraídos de Feuerwerker (1998) referem que, no período de cinco anos (1967 a 1972), as escolas médicas passaram de trinta e uma (31) a setenta e três (73). Assim, o número de alunos subiu de 21.907 para 44.074. Este crescimento quantitativo foi ainda acompanhado de um fenômeno específico ocorrido, neste período, em relação à educação médica. O fato de o Brasil se

constituir praticamente no único país da América Latina, em que a expansão da Educação Médica se alicerçou, na proliferação de escolas isoladas dos demais cursos de formação superior, sendo a grande maioria privadas (44% da totalidade).

Assim, torna-se evidente que a opção brasileira tanto na área da saúde, como na da educação (em que se vinculam as escolas médicas), foi fortemente orientada para favorecer a expansão capitalista do setor saúde. Com o agravante de que o setor público garantia amplo respaldo ao financiamento da educação médica privada, aliás, característica do Estado brasileiro, naquele momento histórico Saez (*apud* FEUERWERKER, 1998).

Feuerwerker (1998) refere que os trabalhos de Garcia (1970, 1972); Nunes (1989); e Andrade (1978) desempenharam importante influência nos grupos que defendiam mudanças na educação médica brasileira, na perspectiva dos interesses e necessidades coletivas. Feuerwerker (1998) afirma que, baseado na lógica do mercado, as expansões das escolas médicas deixam de considerar não somente a realidade regional; como também, as necessidades da maioria das populações. Assim é que, a grande concentração das novas escolas, tem surgido nas regiões mais ricas do país, como os estados do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Minas Gerais. Nestes se concentram 50% das escolas médicas existentes no país.

Aliado a esta realidade Filho (1980), Rosa (1981) e Veras (1983) citados por Feuerwerker (1998), são enfáticos ao afirmarem que as novas escolas criadas no período do “milagre econômico” se basearam no exemplo e no desenho das escolas mais tradicionais, de maneira acrítica. Muitas delas surgiram exclusivamente com finalidade lucrativa, sem nenhum interesse ou compromisso com a qualidade e com os processos de inovação. Enquanto no cenário internacional, especificamente na América Latina, havia muitos questionamentos e propostas de mudanças, na perspectiva das necessidades da maioria da população; no Brasil, constata-se a efervescência e o fortalecimento de uma educação médica calcada na lógica de mercado, excludente e elitista.

No entanto, é imprescindível destacar que na contramão de todo o cenário brasileiro, em 1971, foi instituída pelo MEC, a Comissão de Ensino Médico, que merece destaque por ter tido a tarefa de apresentar, de modo crítico, o desenho da política de educação médica que havia sido implementada pelo MEC. Apesar das

enormes restrições democráticas existentes naquele período histórico. No entanto, a referida Comissão não tinha poderes operativos, sua tarefa não podia ir além da elaboração de pareceres, de subsidiar a construção de políticas para o campo da educação médica, o que cumpriu, de modo criterioso, e responsável para os interesses da sociedade.

O material produzido pela Comissão passou a ser referência nos debates acerca da educação médica, articulando-se com as proposições da ABEM como também de outros atores, que tiveram relevância fundamental e aprofundaram reflexões no campo aqui estudado. Várias reflexões foram elaboradas pela referida Comissão, das quais algumas relacionaremos a seguir, principalmente quanto às novas escolas médicas – oriundas do período de expansão mais aguda da rede. Assim reflete a Comissão:

- corpo docente desqualificado com pouca ou nenhuma experiência em pesquisa; professores itinerantes, impondo gravíssimos limites para a constituição de seu corpo clínico docente.

- falta de infra-estrutura para o desenvolvimento da atividade de educação com enorme prejuízo para o desenvolvimento de bases consistentes na formação médica.

- ausência de campo adequado para o desenvolvimento das aulas de clínica no internato, com ênfase na formação teórica.

- estágios desenvolvidos a partir da iniciativa do aluno sem comprometimento da escola médica em seu acompanhamento Brasil (*apud* FEUERWERKER, 1998).

Concomitantemente a este cenário, no entanto, experiências inovadoras ocorriam, em sua quase totalidade nas escolas médicas públicas, as quais já foram tratadas anteriormente neste capítulo.

No início dos anos 70 passou-se **a discutir com maior ênfase a relação do ensino médico com as instituições de saúde**. Neste sentido alguns pontos merecem destaque: a insuficiência dos hospitais universitários como espaço de treinamento da prática para os alunos; a falta de integração entre os hospitais e a rede de serviços de saúde, pois esta não se apresentava estruturada para atender a uma concepção de saúde na perspectiva da integralidade; a necessidade de se diversificar as experiências dos alunos, e para tanto, a inserção como campo de estágio hospitais comunitários e centros de saúde.

Além dos pontos destacados, algumas iniciativas foram estabelecidas neste período, tais como o convênio entre as escolas médicas e os Hospitais da Previdência. Assim, por meio de convênio entre os Ministérios da Saúde e da Educação, os Hospitais da Previdência tornaram-se campos de estágios para o desenvolvimento da educação médica.

Ainda no contexto das décadas de 70/80 havia uma forte preocupação com o perfil do médico, debate encaminhado pela ABEM em virtude da reestruturação do sistema de saúde. Associada a esta preocupação observa-se a existência de um número significativo de escolas médicas com clara indefinição de suas bases teóricas.

Nesse cenário, a ABEM em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS) realiza um Seminário Sobre Formação do Médico de Família. Este espaço acadêmico se constituiu na primeira iniciativa no sentido de desenhar um novo conteúdo a ser desenvolvido nas escolas médicas em nível de graduação. No evento, algumas questões foram problematizadas:

- O médico deveria ser capaz de identificar a sócio-patologia de um grupo familiar, a partir de seus membros, atuando em um nível de atendimento primário, integral e multiprofissional de saúde, buscando realizar um trabalho de promoção, proteção e recuperação da saúde do paciente e de sua família.

- O profissional médico também deveria ser capaz de assumir a responsabilidade do atendimento ao paciente e a sua família. Encaminhando-o, caso necessário, a diversos especialistas, sob sua supervisão, para garantir assim o vínculo com a família. O Seminário Sobre Formação colocou em foco o atendimento à família como tópico central do debate, já tendo o entendimento que este profissional deveria denominar-se “médico da família”.

No ano de 1978 foi promovido um importante evento tendo a formação do médico generalista como tema central. Este outro seminário discutiu qual a denominação mais apropriada para designar este perfil profissional. Várias denominações foram debatidas e ao final três delas foram acatadas pelos participantes: “médico” simplesmente, “médico geral” e clínico geral (FEUERWERKER, 1998).

Sobre o grau de complexidade do processo de formação desse médico, varias concepções foram apresentadas e uma se destaca: deveria ocorrer tal formação na graduação ou pós-graduação?

Aqueles participantes que optaram pela formação em nível de graduação, entenderam que esta formação deveria continuar como todas as demais nos campos de diferenciação médica, ou seja, etapas de credenciamento acadêmica crescente, por meio de diferentes cursos de pós-graduação, em sentido stricto ou latu.

Outro seminário promovido pela ABEM, realizado em 1998 na cidade de Londrina, trouxe novamente ao debate a questão do médico generalista. Dessa maneira, foi se fortalecendo entre os participantes destes eventos a defesa de um currículo de graduação que possibilitasse uma formação integral e não especialista, (LAMPERT, 2002).

Também **a medicina familiar** era uma temática que exigia aprofundamento dos debates, nesse momento observava-se a grande dificuldade em se construir consensos em torno desta temática, principalmente no que tange à definição do perfil desses profissionais.

Discordou-se do modelo existente em outros países. Nestes, a medicina familiar é entendida como especialidade e necessita de formação na residência médica. Esta opção é considerada muito demorada, tardando a formação do médico, considerado ator fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde. Tal entendimento discordava da referida concepção de medicina familiar, considerando que além das questões já colocadas, ainda contribuiria para fragilizar a graduação médica, que estava sendo alvo de tantas reflexões na perspectiva de sua qualificação.

Uma outra preocupação foi alvo de questionamento. Esta circulava em torno da seguinte questão, no caso, a indagação de qual seria o objeto de ação, “do Programa Saúde da Família”: seria observado o individuo ou a família de forma contextualizada? Debate este presente no final da década de 70 e final da década de 80.

Ainda outra preocupação daquele momento histórico era o fortalecimento da inter-relação serviço de saúde e escola médica, possibilitando que a relação

universidade/serviços de saúde acelerasse a transformação dos serviços de saúde e do processo de formação articuladamente.

Feuerwerker (1998) afirma haver no período referente às décadas de 60 e 80, intensa movimentação e mobilização que caracterizou e culminou na Reforma Sanitária Brasileira em 1988, contrastando com a carência de iniciativas significativas no âmbito da educação médica no país.

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, consolida-se um marco no fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária. O evento propõe reformulação da legislação do setor saúde então vigente. O conceito de saúde como direito, se faz presente, posto que, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde eram medidas fundamentais para sua garantia. Outras conferências sucederam-se após a VIII Conferência, essas foram realizadas em 1992, no caso, a IX CNS; em 1997 a X CNS, e em 2000 a XI CNS).

A Nova Constituição Brasileira foi promulgada em 1988, esta define: “Saúde é direito do cidadão e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196). E ainda as Leis 8.080 e 8.142, de 1990, para a organização do SUS. A Constituição de 1988 oficializa a estruturação de um Sistema Único de Saúde (SUS) e a formação de Recursos Humanos para a Saúde (RHS).

A realização da IX CNS reforçou o *slogan* “Saúde é qualidade de vida”, em 1992, com a participação ampla da sociedade, e deu impulso extraordinário à expansão do processo de municipalização das ações, nas Normas Operacionais Básicas (NOB).

As NOBs, editadas em 1991, 1993, 1996, 1998, e 2001 (Noas), foram incorporadas como diretrizes práticas de efetivação do SUS, promovendo um processo de universalização dos direitos e de atenção à saúde pública de base local. E em 2006 o Ministério da Saúde apresentou uma série de Diretrizes para gestão do SUS na atenção primária/básica, considerando a necessidade de seu fortalecimento para o processo de construção do SUS. Tais diretrizes foram batizadas de Pacto pela Vida. Em relação à reforma sanitária ocorrida em 1988, Feuerwerker (1998) afirma:

Os hospitais universitários que em um primeiro momento da reforma, poderiam ter constituído elo entre Sistema de Saúde em mudança e faculdade de medicina/ciências da saúde, terminaram colocando-se apenas como simples prestadores de serviço ao sistema, sem interesse na integração de fato à rede ou em contribuir para a solução de seus problemas (p. 72).

Os hospitais universitários, as instituições de ensino superior e os gestores do SUS devem buscar sua inserção mais orgânica e efetiva no sistema, criando condições de exercer sua missão e retribuir com qualidade técnica na assistência, no ensino, na pesquisa, na educação continuada e permanente, bem como na avaliação da incorporação de novas tecnologias. Graças a essa pactuação, os hospitais podem tornar-se mais abertos à influência externa na definição do perfil profissional a ser formado, tendo como referência em especial o Sistema Único de Saúde (CAMPOS *et al.* *apud* LAMPERT 2002).

Lampert (2002) defende que a interação entre os setores de educação e os serviços de saúde no ensino superior deve articular a escola, e o hospital de ensino com a assistência no Sistema Único de Saúde. Esta articulação se constitui no elemento fundamental da qualidade da assistência à saúde. Possibilitaria uma qualificada assistência, oferecendo, concomitantemente uma estrutura de serviços voltada para alcançá-la, assim como recursos humanos adequadamente preparados para desenvolvê-la.

A autora chama atenção ainda para o leque de possibilidades que a interação ensino e serviços ensejariam ao campo da saúde, quais sejam:

- A articulação a programas de educação permanente e a linhas de pesquisa que lhe dessem suporte.
- Possibilitaria a incorporação de novas tecnologias ponderadas por cálculos de custo-benefício não apenas no aspecto econômico, mas sobretudo, em relação a qualidade de vida.

Em 1991 a coordenação do programa para a América Latina e o Caribe, da Fundação Kellogg, articula a participação de várias instituições universitárias da área da saúde. Nesta fundação havia cursos na área da saúde. O intento era uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: a união dos programas IDA com o UNI, nascendo, assim, a Rede UNIDA. Ainda neste mesmo ano, realizou-se a 8ª Reunião Bianual da Network, a etapa final da Conferência Integrada “Universidade Latino-Americana” e “Salude de la Población em Havana”.

Em 1991 também foi constituída a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), tendo como objetivo avaliar o ensino médico nas escolas brasileiras (LAMPERT, 2002). Era comum a avaliação, por parte das entidades, da articulação entre a situação social e sanitária e a crise do modelo de Educação Médica vigente aqui no Brasil.

Por outro lado, tais entidades não concordavam com a efetivação de um “exame de ordem” para avaliar o ensino médico. Sendo assim, o CINAEM passou a desenvolver propostas no sentido de apropriar-se da realidade da educação médica. Aqui no Brasil a pesquisa foi por meio de um questionário elaborado originalmente pela OPAS. O referido instrumento incluía questões relacionadas à estrutura, política, e aos recursos humanos; modelo pedagógico, atividades de assistência e pesquisa e perfil do médico formado.

O referido estudo foi desenvolvido em 1978. Houve a participação de 88 escolas, o que demonstra um claro interesse em participar do processo de avaliação. Ao mesmo tempo, confirma a insatisfação das escolas médicas. E ainda subsidiaram um exercício de delineamento ecológico que possibilitou a seleção de três variáveis. Estas deveriam ser contempladas nas próximas etapas do projeto CINAEM: Recursos Humanos, Modelo Pedagógico e Médico Formado.

Em 1994, com apoio efetivo do projeto UNI, foi possível iniciar a preparação da segunda fase do projeto referido acima. Naquele momento foram apresentados três tipos de estudo para avaliar as variáveis selecionadas na primeira fase. No caso dos recursos humanos, foi inclusive proposto um estudo para avaliara a educação médica, sob vários aspectos, antes e depois do internato.

Em relação ao modelo pedagógico adotado pelas escolas médicas foi proposto, pela UNI, um desenho inspirado no enfoque estratégico, considerando que a instituição da avaliação estratégica seria um instrumento catalisador das escolas médicas brasileiras, nas múltiplas e complexas relações que estas instituições estabelecem com a sociedade. Além desta avaliação se constituir como tecnologia de operacionalização das decisões que emanam desse processo. No entanto, para que isso aconteça, é necessário investir no envolvimento do conjunto dos atores sociais engajados na formação médica Gallo (*apud* FEUERWERKER, 1998).

Pelas características da proposta da UNI, a estruturação de grupos gestores locais se fazia imprescindível para sua implementação nas escolas médicas brasileiras. Tais grupos deveriam ser constituídos por discentes, docentes, funcionários, entidades médicas e conselhos de saúde, e ainda contar com o apoio e a participação da direção das escolas de modo contextualizado.

A intenção da proposta defendida pela UNI, segundo Feuerwerker (1998) era: “Propiciar um espaço policêntrico e representativo no qual a partir da tematização de sua realidade os atores pudessem construir criticamente seu projeto local, ganhando assim autonomia e capacidade de gestão coletiva” (p. 92).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou em 1991, um documento denominado Changing Medical Education: an Agenda for Action. Tal documento tinha a intenção de se constituir como alternativa de coordenação e sistematização de atividades. A proposta apresentada no documento deveria possibilitar a adaptação do ensino médico aos desafios e exigências da sociedade. A intenção da proposta era mobilizar especialistas e recursos Internacionais, no sentido de implementar um programa que ensejasse o avanço da educação médica na perspectiva das necessidades da sociedade (FEUERWERKER, 1998).

Em 2001, as novas diretrizes curriculares para que seja analisada no capítulo 3 deste trabalho, os cursos de graduação em medicina foram homologadas pelo Ministério da Educação (Resolução nº 4 de 7 de novembro de 2001). Esta proposta oficial foi fruto de um longo processo de discussão em que participaram atores com demonstração histórica de efetiva produção no campo: a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), a Rede Unida, a Comissão Interinstitucional Nacional da Avaliação do Ensino Médico (Cinaem).

A construção dessas diretrizes teve início em dezembro de 1997 - quando foi lançado o Edital nº 4/97 - do MEC. A partir deste período as instituições citadas passaram a reunir-se, atendendo à convocação feita pelas Instituições de Ensino Superior (IES). Também participaram do debate as sociedades científicas, as associações profissionais e as associações de classe, devendo apresentar propostas de novas diretrizes curriculares para os diversos cursos superiores de graduação (LAMPERT, 2002).

As novas diretrizes curriculares hoje vigentes se constituem num avanço de abrangência política e social no contexto das necessidades em saúde da

população brasileira. Estas exigem maturidade das escolas médicas para que sejam implementadas. Observando a singularidade de cada escola, portanto, sendo flexível, o conjunto das novas diretrizes possibilita garantir princípios gerais contextualizados a cada realidade das IES. Ampliando-se, com isso, a legitimidade e o espaço para se executar as reformas que se fazem necessárias no âmbito de cada realidade.

O documento desenha o perfil profissional do médico ao concluir a graduação, recomendando a formação geral, humanista, crítica e reflexiva. Em relação às competências e as habilidades gerais e específicas, enfatiza a formação em atitudes voltadas para a saúde, a cidadania, a comunidade e a atuação em equipe. No que diz respeito a integração ensino-serviço, as diretrizes trazem claro avanço, quando estabelecem, na estrutura do curso de graduação, forte vinculação da formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Neste sentido, o referido documento consolida a inter-relação, com o comprometimento intersetorial da área de formação de recursos humanos para a saúde. E destes para com os serviços de assistência à saúde. Em relação à estratégia do PSF/MS do SUS, o documento deixa claro que o médico da equipe deve ser preferencialmente um generalista. O que implica dizer, este profissional deve atender a todos os componentes de uma família, independentemente de sexo e idade, exigindo compromisso para com a pessoa, inserida em seu contexto biopsicossocial, e não um **conjunto de conhecimentos específicos ou de grupos de doenças**.

A atuação do profissional do Programa Saúde da Família não deve estar restrita, portanto, a problemas de saúde rigorosamente definidos. Deve avançar na perspectiva da vigilância à saúde, envolvendo ações que serão realizadas enquanto os indivíduos ainda estão saudáveis. No que diz respeito ao tratamento da doença, o profissional médico do PSF, precisa compreendê-la no contexto pessoal, familiar e social. A convivência permanente, entre o profissional e a pessoa atendida, propicia o estabelecimento de vínculos, e responsabilidade, que ampliam o leque da resolução dos problemas e manutenção da saúde dos indivíduos. No bojo deste debate, Lampert (2002) faz importante reflexão acerca das **Diretrizes Curriculares**:

[...] ao serem construídas com a participação, também, das escolas médicas – o que não quer dizer com a participação de todos os professores e alunos das escolas – conferem compromisso e responsabilidade ao desafio de implementar ações de reformas que, mesmo desejadas, estão distantes da realidade na maioria delas. Se as escolas médicas, por um lado, se achavam engessadas por um currículo mínimo e eram represadas nas suas iniciativas inovadoras, por outro lado é bom lembrar que esse longo período (de 1969 a 2001) serviu de motivo de inoperações e acomodações, propiciando a constituição de nichos de interesses específicos e de poder situados na estrutura das disciplinas e dos departamentos então constituídos (p. 98).

Ao estabelecer os conteúdos essenciais que devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família, da comunidade integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando integralidade das ações do cuidar em medicina, as **Diretrizes Curriculares** reportam-se à necessidade de conteúdos básicos da formação técnica do médico que deverão ser comuns a todas as escolas.

Nesse processo transformador, as diretrizes trazem para as escolas médicas um desafio: a construção coletiva do projeto pedagógico. Projeto este que tem no aluno o **sujeito de aprendizagem**, e no **professor o facilitador**. Assim, as DCN(s) se propõem a transformar o atual professor, habituado a dar aulas, e demonstrar procedimentos na prática em um educador/facilitador. Isto se constitui num dos maiores desafios apresentados por este importante documento norteador.

Sabemos que a prática médica está ligada à transformação histórica do processo de produção econômica. Os estudos pioneiros de Garcia (1989) e de outros já indicavam esta vinculação. Assim sendo, para analisar as características da educação médica, torna-se imprescindível a reflexão sobre o processo de construção social da nossa realidade social brasileira.

1. 3. 2. Caminhos nas/das Políticas de Estado e de Formação

No caminho referente à construção democrática nas décadas de 80 e 90, o Brasil - incorporando conquistas políticas e sociais - passou concomitantemente a viver uma profunda crise econômica, como quase todos os países da América Latina. Neste período, nosso país acabou adotando o modelo de desenvolvimento neoliberal, que privilegiou a estabilidade da moeda em detrimento dos interesses/necessidades da maioria das pessoas do nosso país, alavancando de

modo preponderante a privatização de empresas estatais, com várias e sérias conseqüências sociais que se espalham por todos os setores, tais como: aprofundamento do desemprego formal e empobrecimento da classe média, entre tantas outras dificuldades sociais.

Tínhamos uma reforma do Estado que retirava de si a responsabilidade antes a ele destinada. Trata-se aqui do Estado mínimo, delegando para o mercado a regulação de políticas que antes não estavam sobre sua responsabilidade. Em contrapartida a essa conjuntura, ou melhor motivado pela mesma, há um avanço na consciência política, na participação e nos direitos da cidadania. Neste cenário é aprovado o texto constitucional que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que defende a saúde como direito de todos. No entanto, o financiamento desse sistema fica refém de uma “**visão mercadológica**” no dizer de Cordeiro (*apud* LAMPERT, 2002). Aliado a este problema econômico, evidencia-se ainda o fato de que o desenvolvimento das ações de saúde são predominantemente centradas nas doenças, no atendimento individual e na ênfase dos recursos tecnológicos de altíssimo custo, privilegiando a indústria e o fortalecimento do capital.

Nesse processo contraditório de construção do setor saúde, tanto o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído em 1991, quanto o Programa Saúde da Família (PSF), instituído em 1994, são considerados novas possibilidades de introduzir mudanças em relação ao modelo hospitalocêntrico.

Outras iniciativas que colaboraram para o avanço da educação médica foram criadas, na perspectiva de gerar mudanças no setor saúde, temos como exemplos destas:

Os centros de apoio para a formação de recursos humanos nas instituições de ensino, formalizados como Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, distribuídos em unidades da federação.

Também podemos ilustrar como iniciativa de avanço no campo da saúde, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), instituído em 2001, por iniciativa do Ministério da Saúde (Decreto 3.745 de 5/2/2001). Este Programa estabeleceu contratos pelo período de um ano para profissionais médicos e enfermeiros, ambos recém-formados, em regiões do Brasil em que o atendimento assistencial e preventivo é precário ou mesmo inexistente.

Essa iniciativa teve como perspectiva estimular o serviço voluntário para apoiar e fortalecer o PSF. Em dezembro de 2001, foi lançado ainda pelo Ministério da Saúde, o Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina (Promed), pela primeira vez em parceria com o Ministério da Educação:

[...] buscando motivar as escolas médicas a investir em reformas essenciais. Esse momento histórico coincide com a homologação, pelo Ministério da Educação, das novas diretrizes curriculares para a graduação da Medicina, as quais delineiam competências e habilidades do perfil do médico ao concluir a graduação, visando garantir sua capacidade para prestar atendimento de qualidade às NBS. Esse perfil conflui com que é requerido para atuar nas equipes de saúde, na estratégia do PSF, que, ao expandir-se, amplia o mercado de trabalho do setor público aos profissionais do setor (LAMPERT, 2002, p.108 - 109).

Assim emerge uma nova missão social para as escolas médicas na formação de recursos humanos nos cursos de graduação e pós-graduação. Tais mudanças serão reguladores/mobilizadores de tais cursos. Permitindo, assim, questionar o grau de comprometimento com a excelência técnica e a relevância social das escolas médicas ou centros de ciências da saúde. Também se constituirão como respostas aos novos desafios, de forma reflexiva e crítica. Indo da “especialização” às ações básicas, até a formação de especialistas em áreas específicas do conhecimento médico.

Sabemos que a busca por mudanças no cenário da educação médica não é de agora, como também, sabemos que reflexões/encaminhamentos acerca de reformas curriculares e de projetos pedagógicos das escolas médicas têm ocupado espaço central tanto nas discussões dos cursos de graduação, quanto na abordagem do processo da formação do médico. No entanto, apesar dos avanços registrados, tem-se observado limitações concernentes aos conteúdos e às cargas horárias dos cursos de graduação em Medicina no país. Estes se apresentam ainda de forma pouco flexível, para garantir o desenvolvimento das mudanças em um contexto dinâmico e contraditório.

Vários estudos têm identificado, dentre os quais, o da Comissão Interinstitucional Nacional Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem,1992 e1997), a situação das escolas médicas brasileiras, confirmando com riqueza de dados a manutenção de uma formação inadequada e ainda que tal formação é um produto final de um processo em que estão imbricados o médico, o corpo docente da escola e o projeto pedagógico como um instrumento de manutenção ou de mudanças do processo de formação do médico,

Em uma série de estudos e documentos em nível nacional e internacional, bem como nos eventos já citados neste capítulo, destaca-se que a formação médica não é adequada para o contexto de um país em desenvolvimento, como o Brasil.

Ferreira (*apud* LAMPERT, 2002) destaca as distorções referentes à educação médica, quais sejam:

- o mercado de trabalho médico, com tendência à especialização centrada na atenção hospitalar de auto-custo;
- o avanço científico e tecnológico numa perspectiva fragmentada;
- ênfase no crescente número de informações, que leva a um montante quantitativo e de complexidade sempre maior de conhecimentos e metodologias no manejo do processo educacional;
- a crença ilusória num potencial de superação extremado e em caráter permanente de todos os problemas de saúde.

Todos esses são alguns fatores que alimentam a crise da educação médica contemporânea. Em consonância com os estudos no campo da saúde (MINAYO, 2006; ALMEIDA, 1999; FEUERWERKER, 1998; LAMPERT, 2002), compreendemos que nesse cenário, desenvolve-se uma medicina com base em uma concepção de ciência dominante, fragmentada, tecnicista, individualista, centrada na doença. Portanto, um conhecimento médico socialmente segmentado, que **não atende às necessidades de atenção básica**. Pelo contrário, sua prática reproduz e alimenta a desigualdade, contribuindo para o retrocesso no conceito de saúde como direito social. Este conceito avançado este amplamente incorporado somente aos discursos políticos, sociais e educacionais. No entanto, na prática estabelecem-se distâncias entre a realidade da educação médica e o cotidiano do sistema de saúde (LAMPERT, 2002).

Ferreira (*apud* LAMPERT, 2002) destaca o momento de implementação do PSF no país, como propício para enfatizar a necessidade de reorientar a formação do médico para o perfil que requer esse programa. Nesta direção, os estudos no campo médico se constituem em premissa para alcançar o melhor resultado possível. Propõe-se introduzir o parâmetro de qualidade nos indicadores tradicionais de quantidade (professor e aluno; leitor e aluno; laboratório e aluno, e outros).

No sentido de se buscar a melhor situação atual no campo da saúde, os estudos desse campo, valorizam mais a atenção primária à saúde e as estratégias para sua ampla disseminação. Assim, centram-se na abordagem intersetorial, na participação, no estabelecimento de políticas públicas com ênfase nas ações de promoção de saúde e na construção **do Paradigma da Integralidade**, o qual trataremos no segundo capítulo deste trabalho.

Considerando que o volume de conhecimentos das ciências médicas sucumbe a qualquer possibilidade de abordagem ampla e aprofundada no curso de graduação, é fundamental a busca de integração com as áreas de conhecimento básico (relativos à saúde), para o enfrentamento das reais necessidades da formação médica.

A educação médica deve ter a preocupação fundamental de fortalecer a vivência dos alunos no processo ensino-aprendizagem, na participação direta no cuidado à saúde, bem como na perspectiva interdisciplinar e intersetorial. Nesse sentido, com base nas reflexões de Ferreira (*apud* LAMPERT, 2002), compreendemos a importância de alguns recursos teóricos-metodológicos. Estes potencializam o processo ensino-aprendizagem no campo da educação médica. Sobre isto nos diz Lampert, (2002):

[...] o potencial de reforço pedagógico que representa a vivência aplicativa do conhecimento, fato que implica valorizar prioritariamente as situações práticas de exposição aos serviços e a participação direta no cuidado de saúde. A abordagem deve ser preferentemente interdisciplinar, para que as condições de saúde ou o quadro clínico vivenciado se constituam no eixo ao qual se pode aportar o conhecimento das disciplinas básicas (p. 113).

Portanto, nesta perspectiva, a base científica que sustenta a especialização profissional não deverá estar presente no curso de graduação. Tendo em vista a necessidade de uma visão do crescimento continuado de informações e conhecimentos. A base científica dos conhecimentos especializados alimenta o exercício da profissão médica, podendo, assim, ser deslocada para os cursos de pós-graduação. E ainda mais, o processo de educação continuada e permanente estaria consolidando a complementação de conhecimentos e treinamentos e aperfeiçoando o desempenho profissional, além de estar possibilitando novos aprendizados em função dos avanços da medicina e das necessidades básicas e/ou especializadas em saúde, observadas na sociedade.

Dessa maneira, é inegável que as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), realizadas no Brasil, inscrevem-se na história das políticas recentes, como um dos pontos mais elevados de expressão de uma concepção democrática de Estado e de manifestação do controle social das políticas públicas.

É importante destacar também o fato de o processo de mudança, tendo em vista a construção de um Sistema Único de Saúde, começar a ocorrer: isto se observa nas denúncias de fraudes e privatização anárquica do sistema previdenciário, desencadeando reações do movimento dos médicos e profissionais de saúde; nos ensaios para a municipalização da saúde que perpassam as décadas de 70 e 80; no relatório final da III Conferência Nacional de Saúde (CNS). E, de modo mais geral, com o processo das lutas pela redemocratização do país.

Ao “mergulharmos” na trajetória do movimento sanitário, assim como na busca de uma educação médica que venha ao encontro das efetivas necessidades expressas no cotidiano dos serviços públicos de saúde; avaliamos o extraordinário e complexo avanço no debate, bem como a formulação de propostas. Diante de tudo isto, percebemos o intuito de alterar o cenário do campo da saúde, com vistas a melhorar o desempenho desta educação frente às exigências da realidade social.

No entanto, é evidente que mesmo diante de tantos eventos nacionais e internacionais, ainda assim, há muitos desafios a serem enfrentados/superados. Embora, não se possa deixar de registrar a participação do Brasil, por meio de militantes, sanitaristas e estudiosos, todos comprometidos com os interesses da maioria da população brasileira.

Neste sentido, o paradigma dominante de ciência ainda é o grande vilão deste contraditório e complexo cenário. Este paradigma é profundamente articulado com os interesses da grande indústria farmacêutica, dos empresários do setor saúde, ambos vinculados ao modelo econômico capitalista; portanto, esta realidade é um “osso duro de roer”. No entanto, neste mergulho, importantes passos foram desenvolvidos na perspectiva de um novo paradigma que abordaremos a seguir. Assim, a impressão é que, conforme nos diz Ferreira (*apud* LAMPERT, 2002):

É notável que todos os movimentos de reformas curriculares funcionaram no âmbito periférico dos problemas essenciais da educação médica, enquanto a rede hospitalar se destacava pela incorporação de avanços tecnológicos. Os esforços em prol de uma visão que propunha ambulatórios integrais, ensino em rede e internato rural ficavam sempre

enfraquecidos pelas práticas médicas dentro do modelo hegemônico (p. 126).

Lampert (2002) reforça esta compreensão:

O paradoxo da situação atual é que tem havido importantes mudanças na qualidade da medicina e da educação médica, mas tudo isso permanece como casos exemplares, sem potencial “revolucionário” suficiente para reverter o quadro hegemônico do modelo biomédico e caracterizar uma transformação.

Portanto, a caminhada continua e assim, se faz necessário **“mergulhar e olhar em volta”** e em cada “mergulho”, ampliar **“o olhar em volta”**. Precisamos continuar o caminho de volta, adiante. Assim, no segundo capítulo, empreenderemos uma caminhada sobre o paradigma de ciência e o processo saúde-doença: da ciência dominante à ciência emergente; do paradigma Flexneriano ao da Integralidade.

Capítulo 2. Da Ciência Dominante à Ciência Emergente, do Paradigma Flexneriano ao Paradigma da Integralidade: uma matriz para “ler” o objeto investigativo

No Capítulo 1 fizemos um “mergulho” na educação médica evidenciando seus caminhos/descaminhos no âmbito internacional e nacional com seus embates políticos e epistemológicos, que repercutem sobremaneira na formação e no fazer do profissional médico. Agora se faz necessário um outro “mergulho”, nos paradigmas de ciência e suas repercussões na concepção do processo saúde-doença. Esta íntima relação se constitui especificamente no campo da saúde de modo marcante. Neste novo mergulho vamos “garimpar” as concepções dominante e emergente de ciência e como se traduz em/nas concepções voltadas para o processo saúde-doença.

Nossa proposta aqui é contextualizar o marco teórico que subsidiou a leitura do objeto de investigação – os documentos referentes à graduação em medicina⁶

⁶ As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, o Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina da UEPA e as produções acadêmico-investigativas dos graduandos de Medicina da referida universidade (2001-2006).

– e tecermos uma discussão epistemológica acerca da tensão entre uma perspectiva dominante na atuação médica, centrada na especialidade e na fragmentação da saúde; e outra disposta a buscar resgatar o homem em sua integralidade.

2.1. Discursos sobre a ciência

2.1.1. O Paradigma Hegemônico/Dominante de Ciência: raízes e pressupostos

[...] Vivemos num tempo atônito que ao debruçar-se sobre si próprio descobre que os seus pés são um cruzamento de sombras, sombras que vêm do passado, que ora pensamos já não sermos, ora pensamos não termos ainda debaixo de ser, sombras que vêm do futuro que ora pensamos já sermos, ora pensamos nunca virmos a ser.

O autor ao trazer estas reflexões acerca do processo de construção da ciência moderna nos lança ao passado com o olhar para o futuro. Apesar de a Ciência Moderna ter surgido no século XVI, é após o XIX que se observa um vertiginoso avanço do conhecimento científico. Por outro lado mesmo diante disto ainda estamos sobre a égide do conhecimento produzido entre os séculos XVIII e as décadas iniciais do século XX, conforme também reflete Santos (2002). Este conhecimento permanece alimentando as decisões / interpretações presentes no cotidiano da sociedade em suas várias perspectivas. No entanto, este modelo de ciência dá sinais de esgotamento, quando se leva em conta a garantia da qualidade de vida das pessoas na sociedade contemporânea. Considerando este aspecto, temos a impressão que caminhamos com pés apontados para nossas nuças. Assim, as contradições passeiam vertiginosamente diante de nossos olhos.

O acelerado avanço tecnológico nos faz acreditar que os problemas serão resolvidos, as necessidades advindas da realidade social serão atendidas e deste modo terão encaminhamentos e soluções. No entanto, paralelamente a estas conquistas, nos deparamos com ‘abismos’ sociais, em que a realidade vista a ‘olho nu’ se coloca tal como um quadro pintado por muitas mãos com ‘tintas’ processadas num cotidiano de muito sofrimento. É um mosaico construído com pedaços de corpos e de subjetividades, gerando fragmentos de vidas. Isto se revela quando adentramos nas infinitudes de especializações do conhecimento.

Apontando-se para esta perspectiva, assistimos neste campo (realçadas contradições). Se de um lado vimos tecnologias de ponta na realização de transplantes que se dirigem e salvam apenas algumas vidas, devido a uma

distribuição não equânime desses bens e serviços. De outro, faltam respostas para problemas básicos dos seres humanos. Embora estejamos caminhando rapidamente, parece não haver clareza quanto à direção a ser buscada. Este descompasso entre o ritmo e a direção parece se mostrar evidente no campo da saúde. A impressão é que perdemos o “fio da meada”, e mergulhamos, profundamente, em conhecimentos/desconhecimentos...

Ainda refletindo acerca desse processo no qual o conhecimento foi sendo construído num desenho além / aquém da totalidade em que está inserido, fala Santos (2002):

Tal como noutros períodos de transição, difíceis de entender e de percorrer, é necessário voltar às coisas simples, à capacidade de formular perguntas simples, perguntas que, como Einstein costuma dizer, só uma criança pode fazer mas que, depois de feitas, são capazes de trazer uma luz nova a nossa perplexidade (p. 6).

Então precisamos retomar o caminho de volta para ir adiante, exercitar a coragem de construir conhecimentos de modo que nos tragam um sentido para a vida de todos nós, humanos. É necessário nos voltarmos à produção de conhecimentos que busquem incessantemente a defesa da vida para todos, não só para alguns. Nesta perspectiva, a ciência tem que se traduzir em um conhecimento emancipatório. No qual todos estejam implicados num propósito de respeito à vida, nas suas dimensões biológicas, culturais, políticas em que nossas objetividades e subjetividades não sejam ‘apartadas’.

A ciência moderna constitui-se a partir da revolução científica do século XVI, consolidando-se nos séculos posteriores. Este saber científico tinha como objeto de investigação basicamente as ciências naturais, assim construindo um determinado modelo de racionalidade. Somente no século XIX o conhecimento científico se estende às ciências sociais, embora já no século XVIII isto já tenha ocorrido de modo bem incipiente.

Podemos afirmar haver naquele momento histórico um modelo de ciência. Este estabeleceu rupturas entre os vários campos engessados do conhecimento, não admitindo, no entanto, outras formas de tais campos se traduzirem e se relacionarem (que não podiam se traduzirem e se relacionarem). Desta maneira, para este tipo de conhecimento tanto o senso comum quanto as ciências humanas são considerados irracionais. Assim, percebe-se no modelo em questão uma visão

totalitária, negando outras formas de conhecimento, de diferentes trilhas, construídas a partir de outros princípios epistemológicos e processos metodológicos.

Esta concepção de ciência hegemônica/dominante tem seus pressupostos entre tantos: nas leis de Galileu sobre a queda dos corpos, na grande síntese da ordem cósmica de Newton, como também na consciência filosófica conferida por Bacon e sobretudo Descartes. Acerca de Descartes, Santos (2002) se refere a sua obra O Discurso do Método, trazendo alguns fragmentos para nossa reflexão, evidenciando o caráter absoluto e onipotente desta **ciência**:

Porque já colhi dele tais frutos que embora no juízo que faço de mim próprio procure sempre inclinar-me mais para o lado da desconfiança do que para o da presunção, e embora olhando com olhar filosófico as diversas ações e empreendimentos de todos os homens não haja quase nenhuma que não me pareça vã e inútil, não deixo de receber uma extrema satisfação com o progresso que julgo ter feito em busca da verdade e de conceber tais esperanças para o futuro que, se entre as ocupações dos homens, puramente homens, alguma há que seja solidariamente boa importante ouso crer que é aquela que escolhi (p. 12).

Trata-se, de impregnar-se e impregnar a todos com esta racionalidade científica, apresentando uma nova forma de conhecimento que além de verdadeiro é único, absoluto, buscando se opor radicalmente a toda forma de dogmatismo mas no entanto, a nosso ver, inaugurando outra.

2.1.2. Andando com os pés apontados para as nossas nuças: A Crise do Paradigma Hegemônico/Dominante

Os sinais de que o modelo de racionalidade científica vivencia uma crise profunda são hoje contundentes: é como se ele caísse na sua própria armadilha, impondo um aceleração do conhecimento – em níveis que em algumas décadas seriam inimagináveis – e ao mesmo tempo, sua ampla e profunda fragmentação. O modelo referido, então, não consegue dar respostas de modo integral para as necessidades demandadas, apresentadas pela realidade social da contemporaneidade. Isto, no campo da saúde, é muito evidente.

A ciência hegemônica/dominante encontra-se minada por uma crise paradigmática, resultado interativo de uma diversidade de condições. Sejam elas sociais e/ou teóricas, afirma Santos (2002).

Em relação às condições teóricas, observamos que a mesma denota uma grande complexidade. O modelo de ciência hegemônico/dominante se assemelha a um grande edifício assentado sobre frágeis pilares que inicialmente foram pensados como suficientes, resistentes, com “argamassa” necessária para sustentar o referido edifício. No entanto, estes pilares não tinham a solidez, o movimento, a textura adequada para a manutenção do edifício em condições seguras. O modelo destacado não considerou as pessoas, a realidade social destas, suas identidades, tão diferentes e diversas, pois se pensou o edifício dentro de um padrão fechado, negando “o acaso da vida”, na sua complexidade. Sobre esta realidade Santos (2002), nos alerta: “[...] quaisquer que sejam os limites estruturais de rigor científico, não restam dúvidas que o que a ciência ganhou em rigor nos últimos quarenta ou cinquenta anos perdeu em capacidade de auto-regulação” (p. 34).

As idéias preconizadas ideologicamente da autonomia da ciência, da tecnologia, do desinteresse (neutralidade) do conhecimento científico, que durante muito tempo impregnaram a vida acadêmica científica, sucumbiram. O processo de industrialização da ciência acarretou o compromisso destas para com os espaços de poder econômico, social e político, os quais passaram a ter o poder de definição das prioridades científicas.

Pari passu a essas questões, esse vertiginoso aceleração da relação entre ciência e tecnologia, evidenciou uma profunda exclusão construída por este modelo de ciência. Este grande avanço tecnológico, conforme já se indicou anteriormente, não se traduziu em melhorias de qualidade de vida para as amplas camadas sociais, muito pelo contrário, este avanço evidenciou a impossibilidade de acesso às populações dos países ditos periféricos ou em desenvolvimento. Vejamos os aspectos que se ressaltam no modelo de ciência dominante.

No entanto, não pensemos também que esse processo histórico de ciência hegemônica/dominante se constitui numa perversão irracional, ele foi desenhado historicamente tendo justificativas alicerçadas em um determinado momento do desenvolvimento do contexto social, de onde emergiu. Sendo naquele momento, considerado um avanço frente às posições dogmáticas vigentes naquele dado momento histórico.

Por outro lado, a crise paradigmática não se constitui em uma postura irracional, nem tão pouco em uma descrença na capacidade de produzirmos conhecimentos, capazes de anunciar possibilidades e esperanças de um mundo onde a vida na sua plenitude tenha espaço para compreender as nossas universalidades tanto quanto as nossas diversidades. E nesta direção Santos (2002), refere:

[...] a crise do paradigma da ciência moderna não constitui um pântano cinzento de ceticismo ou de irracionalismo. É antes o retrato de uma família intelectual numerosa e instável, mas também criativa e fascinante, no momento de se despedir, com alguma dor, dos lugares conceituais, teóricos e epistemológicos, ancestrais e íntimos, mas não mais convincentes (p. 35).

É necessário lembrar que a ciência moderna se constrói sobre o ‘manto’ da desconfiança de quaisquer evidências da nossa experiência imediata – o senso comum por exemplo, considerando-as ilusórias. Assim, esta ciência caminha na perspectiva da observação descomprometida, como também, sistemática e rigorosa dos fenômenos naturais. Desta forma, parte-se das idéias para as coisas, e não das coisas para as idéias. Sendo as idéias que sustentam a observação e a experimentação. A partir de idéias claras e simples é que podemos ascender para um conhecimento mais profundo e rigoroso da natureza. Nesta perspectiva, é na matemática que este tipo de ciência vai mergulhar, para construir instrumentos de análise segundo a lógica de sua investigação. Assim, o rigor científico afere-se pelo rigor das medições.

Destitui-se o objeto das suas qualidades intrínsecas e em seu lugar passam a imperar as quantidades, significa dizer, o que não é quantificável é cientificamente irrelevante, traduzindo-se numa concepção de ciência profundamente reducionista. Neste modelo de ciência entende-se o mundo como complexo e por isto complicado, o que impossibilita sua apreensão por meio da mente humana.

Nesta direção, conhecer significa dividir, classificar, para depois determinar relações sistemáticas entre o que se separou. É um conhecimento que busca a construção de leis à luz de regularidades observadas, estabelecendo uma visão primordial entre as “condições iniciais” e as “leis da natureza” no processo de conhecimento. As primeiras são consideradas o reino da complicação, do acidente. Assim, é necessário selecionar as ‘leis’ que estabelecem as condições relevantes

dos fatos a observar. Já as leis da natureza são consideradas o reino da simplicidade e da regularidade, onde é possível observar e medir com rigor.

Tal dicotomia entre as “condições iniciais” e as “leis da natureza”, nada tem de “natural”, foram construídas historicamente por este determinado modelo de conhecimento. No entanto, é a partir desta dicotomia, que se assenta toda ciência moderna.

Nesta direção Santos (2007) nos indica:

[...] as leis da ciência moderna são um tipo de causa formal que privilegia o como funciona das coisas em detrimento de qual o agente ou qual o fim das coisas. É por esta via que o conhecimento científico rompe como o conhecimento do senso comum. É que enquanto no senso comum, e portanto no conhecimento prático em que ele se traduz, a causa e a intenção convivem sem problema, na ciência, a determinação da causa formal obtêm-se ignorando a intenção (p. 64).

É este tipo de causa formal que permite prevê e, portanto, intervir no real e que, em última instância, permite a ciência moderna responder a pergunta sobre os fundamentos do seu rigor e da sua verdade. Ocorre assim, a dicotomia entre sujeito e objeto do conhecimento. Esta concepção epistemológica impôs uma ampliação desta distância, por meio do uso de metodologias como por exemplo, os métodos quantitativos, o inquérito sociológico, a entrevista estruturada. A partir disto ocorreu uma desumanização do objeto e do sujeito do conhecimento, sendo este ponto crucial, para consolidar esta concepção de ciência, cujo desenho do conhecimento é a conquista do caos pela ordem, com o intuito de prever o comportamento futuro dos fenômenos, sendo também e por isso mesmo, um conhecimento metateórico.

A concepção de ciência dominante defende a idéia de ordem e estabilidade do mundo, acredita que o passado se repete no futuro, pressupõe um determinismo, cujo horizonte e perspectiva são uma forma de conhecimento que se pretende utilitário e funcional. Reconhecido menos pela capacidade de compreender profundamente o real, do que pela capacidade de dominar e transformar, este princípio repercute na dimensão social, posto que, somente os interesses de uma determinada classe são priorizados, os daquela que quer manter o status quo da sociedade (SANTOS, 2007).

Esta ciência que inicialmente queria dominar as leis da natureza adentra-se nos estudos da sociedade, acreditando que tal como na natureza, seria possível descobrir as leis que regem a sociedade. Este modelo de ciência hoje vivencia

aquilo que podemos denominar de crise paradigmática. Desta maneira, anuncia-se assim, a seguir, um paradigma emergente que possa abarcar / libertar as debilidades evidenciadas no modelo de ciência hegemônica/dominante.

2.1.3. O Paradigma Emergente: para um conhecimento emancipatório, libertário

Santos (2002), nos aponta uma configuração para o paradigma que se anuncia no horizonte, “[...] ao falarmos do futuro, mesmo que seja de um futuro que já nos sentimos a percorrer, o que dele dissermos é sempre o produto de uma síntese pessoal embebida na imaginação, [...]” (p. 36).

O autor ainda nos chama a atenção, para o fato de que, ainda apresentando pontos de convergência, são diferentes as sínteses até agora apresentadas do paradigma emergente. Santos traz alguns pensadores e categorias por estes privilegiadas para o debate acerca deste novo paradigma. Nesta perspectiva ressalta Santos (2002):

Ilya Prigogine, por exemplo, fala da << nova aliança >> e da metamorfose da ciência. Fritjof Capra fala da << nova física >> e do Taoísmo da física, Eugene Wigner de << mudanças do segundo tipo >>, Erich Jantsch do paradigma da auto-organização, Daniel Bell da sociedade pós-industrial, Habermas da sociedade comunicativa (p. 36-37).

O autor defende o paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente. Esta designação significa que a natureza da revolução científica que atravessamos é estruturalmente diferente da que ocorreu no século XVI. Em um processo de crise/revolução científica o paradigma a emergir dela não pode ser apenas um paradigma científico. Sendo uma revolução científica ela própria revolucionada pela ciência, o paradigma a emergir da crise não pode ser só um paradigma científico. Deve se constituir num paradigma de um conhecimento prudente, além de ser também um paradigma social – o paradigma para uma vida decente. É neste sentido que temos que compreender a revolução científica que ocorre numa sociedade, ela própria revolucionada pela ciência.

Considerando importantes as reflexões produzidas por Santos (2002) sobre os paradigmas, traremos algumas reflexões acerca de questões centrais que devem estar presentes no paradigma emergente de ciência sem deixar, no entanto,

traduzir-se em uma receita pronta e acabada, até porque cairíamos na mesma armadilha do conhecimento dogmático, uma das mazelas presentes na ciência moderna, que trouxe redução do entendimento da realidade social na qual todos estamos mergulhados.

2.2. Gaiolas se abrindo: pássaros ensaiando vôos – conhecimentos integrais e locais compartilhados

Compreendemos que a dicotomia entre ciências naturais e ciências sociais deixou de ter sentido e utilidade. Esta distinção assenta-se numa concepção mecanicista da matéria e da natureza a que se contrapõem, com pressuposta evidência aos conceitos de ser humano, de cultura e de sociedade. Os avanços recentes da Física e da Biologia põem em causa a distinção entre o orgânico e o inorgânico, entre seres vivos e matéria inerte e mesmo entre o humano e o não humano. As características da auto-organização, do metabolismo e da auto-reprodução, antes consideradas específicas dos seres vivos, são hoje atribuídas aos sistemas pré-celulares de moléculas, e tanto nestes como naqueles se reconhecem propriedades e comportamentos antes considerados específicos dos seres humanos e das relações sociais.

A superação da dicotomia ciências naturais / ciências sociais tende assim a revalorizar os estudos humanísticos. No entanto, esta revalorização não acontecerá sem a necessária transformação de modo profundo das ciências sociais.

Nestas ciências não pode haver amálgama de sentido, mas sim interações e intertextualidades organizadas em torno de projetos locais e de conhecimentos não fragmentados. A ciência pós-moderna tem que promover a ação comunicativa.

Temos que reavaliar o conhecimento-emancipação e conceder-lhe a primazia sobre o conhecimento-regulação. Precisamos transformar a solidariedade na forma hegemônica de saber, e ao mesmo tempo, aceitar um certo nível de caos, decorrente da negligência relativa do conhecimento-regulação, o que nos obriga a duas estratégias fundamentais.

Nesta direção a primeira estratégia que precisamos reafirmar é a do caos como forma de saber e não de ignorância, o que inclusive já ocorre no próprio

âmbito da ciência moderna. Na teoria do caos, este deixa de ser algo negativo, vazio, para ter uma positividade própria, inseparável da ordem que sempre dominou a mecânica newtoniana. Um saber não linear mas que acata a complexidade, compreendendo que uma pequena causa pode produzir um grande efeito. Portanto, a aceitação e a revalorização do caos é uma das estratégias epistemológicas que tornam possível desequilibrar o conhecimento a favor da emancipação.

A segunda estratégia, ao qual já abordamos anteriormente, diz respeito à revalorização da solidariedade como forma de saber. O conhecimento obtido no processo, é sempre inacabado, e nos tornamos capazes de reciprocidades por meio da construção e do reconhecimento da intersubjetividade. Nesta direção devemos compreender a comunidade como um campo privilegiado do conhecimento emancipatório.

Sobre isto Santos (2007), nos chama atenção:

Acontece que, depois de dois séculos de desterritorialização das relações sociais, a comunidade não pode limitar-se a ser a territorialidade própria do espaço contíguo (o local) e a temporalidade própria do tempo miúdo (o imediato). Vivemos numa época de nexos opacos, locais-globais e imediatos-deferidos (p. 81).

Assim, a nova forma de abordar a comunidade, ou a neo-comunidade, transforma o local numa forma de percepção do global, e o imediato numa forma de percepção do futuro. Assim, tem-se um campo simbólico em que se desenvolvem territorialidades e temporalidades específicas que nos permitem conceber o nosso próximo, numa teia intersubjetiva de reciprocidades.

Nesse aspecto, há uma enorme contribuição da relação entre o ser humano, a natureza, as ciências humanas e as ciências naturais, antes divorciadas na ciência moderna. Aqui, pelo contrário, não podemos nos esquecer que a natureza dita não humana, não nos sendo idêntica, nos é recíproca na medida em que, a sua destruição, por exemplo, traz a nossa própria destruição, ou seja, a nossa subjetividade não se completa sem a natureza.

Na ciência moderna o conhecimento avança pela especialização. O conhecimento é tanto mais rigoroso, quanto mais restrito é o objeto sobre o qual se debruça para estudar. “Mergulhada” neste rigor, a ciência espalha uma imensa arbitrariedade no espartilhamento do real, sobre o qual perde o domínio integral. É

também, um conhecimento com ênfase na disciplina, por natureza segregador, estabelecendo feudos em torno destes conhecimentos disciplinares. Assim, Santos (2002), faz uma alusão às mazelas deste paradigma de ciência:

[...] é hoje reconhecido que a excessiva parcelização e disciplinarização do saber científico faz do cientista um ignorante especializado e que isso acarreta efeitos negativos sobretudo visíveis no domínio das ciências aplicadas (p. 46).

As tecnologias preocupam-se hoje com seu impacto destrutivo nos ecossistemas. Assim, criam-se recursos tecnológicos para resolver determinadas dificuldades da realidade, no entanto, tais conhecimentos tecnológicos trazem, concomitantemente, em seu bojo uma dimensão de destruição de outras parcelas da realidade. No campo da medicina esta contradição é imensa; são inúmeras as debilidades e mazelas com as quais convivemos no campo da saúde. A hiperespecialização do saber médico por exemplo, transforma o doente, no dizer de Santos (2002), numa quadricula sem sentido. Por outro lado, a indústria farmacêutica descobre o lado desastroso dos medicamentos, sendo estes tanto mais destrutivos, quanto mais específicos. Esta indústria busca uma nova lógica de combinação química, atenta a estes desequilíbrios orgânicos causadas por estas drogas.

Neste sentido, os males desta fragmentação do conhecimento, trazem um imenso reducionismo, construído artificialmente, mas hoje reconhecido. No entanto, as medidas propostas para os corrigir, acabam em geral por reproduzir outras distorções, posto que, outras modalidades de fragmentação passam a vigorar.

Assim sendo, observamos a criação de novas disciplinas para resolver os problemas produzidos pelas antigas, no entanto, pelo caminho da ciência dominante, só observamos a reprodução da mesma concepção de cientificidade fragmentada. Um exemplo emblemático entre tantos outros, que podemos referir, trata-se do médico generalista, cuja tarefa visa compensar a hiperespecialização médica. O generalista corre o risco de ser convertido numa especialidade ao lado de tantas outras, aponta Santos (2002). Temos que entender que no âmbito da lógica de ciência dominante/flexneriana, não há diálogo entre os saberes. Então, não é simplesmente criando o generalista, por exemplo, que enfrenta-se o problema da integralidade do processo saúde-doença. Posto que, dentro desta

lógica se caminha sempre a partir de conhecimentos parciais e reduzidos da saúde e da doença da população, compreendidas de maneiras divorciadas. Assim, não é com alternativas pontuais que enfrentaremos estas situações, mas sim questionando a “fonte de onde jorra tanta água, vamos assim dizer, contaminada”: o paradigma da ciência moderna.

Por outro lado, o paradigma emergente busca o conhecimento local e total. Sendo total não é determinístico, sendo local não é descritivista. Trata-se de um conhecimento de condições, de possibilidades da ação humana, projetada no mundo, a partir de um espaço-tempo local.

É também total porque reconstitui os projetos cognitivos locais, salientando-lhes a sua exemplaridade, e por essa via transforma-os em pensamento total ilustrado.

O paradigma emergente, sendo, assumidamente analógico, é também assumidamente tradutor. Incentiva os conceitos e as teorias desenvolvidos localmente a emigrarem para outros lugares cognitivos, de modo a poderem ser utilizados fora do seu contexto de origem. Este entendimento é coerente nesta forma de conhecimento que concebe o saber por meio da imaginação e generaliza-o por meio da qualidade e da exemplaridade. As questões negadas pela ciência hegemônica/dominante concebem o saber por meio da operacionalização e generalização e por meio da quantidade e da uniformização. É um conhecimento que acata a pluralidade metodológica.

2.3. Toda produção de conhecimento é emancipatória

A ciência moderna consagrou o homem enquanto sujeito epistêmico, como centro da relação sujeito/objeto ao mesmo tempo, e expulsou-o, enquanto sujeito empírico.

Defende-se um conhecimento objetivo, factual e rigoroso, negando-se a interferência dos valores humanos, religiosos e da subjetividade. Estes foram os ingredientes básicos desta receita de conhecimento, presente na ciência moderna, construindo uma dicotomia entre sujeito/objeto de conhecimento. Entretanto, nas ciências sociais esta distância nunca foi acatada com tranquilidade, ao contrário das ciências naturais que a absorveram de modo enfático. Esta insubmissão ao distanciamento sujeito/objeto de conhecimento foi responsável inclusive por

avaliações de que as ciências sociais eram atrasadas em relação às ciências naturais, sendo estas, desprovidas do tal rigor científico, proclamado pela ciência moderna.

Nesta direção o entendimento é que, os objetos de estudo eram homens e mulheres, iguais àqueles que os investigavam. A distinção epistemológica entre sujeito e objeto, teve de se articular metodologicamente com a distância empírica entre sujeito e objeto de conhecimento. Isto se torna evidente se compararmos as estratégias metodológicas da Antropologia cultural e social, por um lado, e da Sociologia, por outro, nos seus processos históricos de construção enquanto campos de conhecimento.

Na Antropologia, dado o objeto de estudo ser distante do sujeito contextualmente, ou seja, o Antropólogo era o europeu civilizado, e o objeto era o selvagem colonizado. Era permitido por assim dizer, uma abordagem metodológica que aproximasse ambos. Isto não ocorria com a Sociologia posto que, os investigadores europeus, tinham como objeto de estudo, os cidadãos “civilizados”, tanto quanto seus investigadores. Assim se fazia necessário, construir abordagens metodológicas que “garantissem” a necessária distância entre sujeito e objeto de conhecimento, em busca do chamado rigor científico.

É bom que se diga que no período histórico, entre a descolonização do pós-guerra e a guerra do Vietnam, a Antropologia e a Sociologia nos anos 60, questionaram este status quo metodológico e as noções de distância social em que se assentava.

O curioso é que, no domínio das ciências físico-naturais, onde a separação sujeito/objeto do conhecimento foi concebida, é onde se observa um regresso do mesmo. Este regresso fora já anunciado pela mecânica quântica, ao demonstrar que o ato de conhecimento, e o produto do mesmo conhecimento, são inseparáveis. Isto vem ocorrendo em várias direções, como por exemplo: os avanços da Microfísica, da Astrofísica e da Biologia das últimas décadas trouxeram de volta à natureza, as propriedades desta, que a ciência moderna havia expropriado. Podemos dizer que o sujeito retorna sob o manto de objeto. Santos (2002) diz que o objeto é a continuação do sujeito por outros meios, assim é, que podemos afirmar, que todo conhecimento científico é autoconhecimento, e que a ciência não descobre mas cria, sendo o trabalho do cientista um ato criativo

protagonizado pelo pesquisador, e pela comunidade científica na sua totalidade. Desse modo, as crenças e os juízos de valores são partes integrantes deste conhecimento. Assim, a ciência é também autobiográfica.

No paradigma emergente, o conhecimento emancipatório abarca o caráter autobiográfico. Trata-se de um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separa, muito pelo contrário, nos une de modo pessoal, como também as nossas preocupações de estudo, ambas, inseparáveis.

É bem verdade, a ciência moderna legou-nos um conhecimento funcional do mundo que alargou de modo extraordinário as nossas perspectivas de sobrevivência. No entanto, se faz necessário não apenas sobreviver, mas sobretudo, saber, viver, ou seja, urge um conhecimento que possa se traduzir num saber articulado à vida na sua plenitude, contradições, complexidade.

Santos (2002-2007) nos chama atenção para o fundamento privilegiado da racionalidade da ciência hegemônica/dominante e seu caráter arbitrário:

[...] o fundamento do estatuto privilegiado da racionalidade científica não é em si mesmo científico. Sabemos hoje que a ciência moderna nos ensina pouco sobre a nossa maneira de estar no mundo e que esse pouco, por mais que se amplie, será sempre exíguo porque a exigüidade está inscrita na forma de conhecimento que ele constitui (p. 55).

Como já dissemos anteriormente a ciência moderna produz conhecimentos e desconhecimentos. Não que acreditemos que temos a “fórmula mágica” científica que garanta não deixar de fora nada da realidade. Então, quando falamos que a ciência moderna produz conhecimentos e desconhecimento esse desconhecimento está diretamente relacionado à sua lógica de construir ciência.

As experiências no campo da educação médica, da indústria farmacêutica, produzem uma infinidade de conhecimentos acerca da realidade do seu campo específico, trazendo em seu bojo uma infinidade de lacunas e desconhecimentos acerca dos efeitos secundários ou colaterais causados por esses próprios conhecimentos. Isto é muito presente nos efeitos danosos que as drogas sintéticas (os medicamentos), e os recursos tecnológicos trazem para o nosso corpo, para o nosso ser. Mesmo que as drogas e a tecnologia controlem determinados danos para os quais foram criadas, são infindáveis os danos que causam para outras

necessidades presentes na nossa vida. Os inúmeros casos de iatrogenes⁷ que se fazem presentes na nossa realidade.

Este paradigma de ciência hegemônica/dominante avança sempre na perspectiva fragmentada de algum ponto sobre o qual se debruça para investigar, perdendo neste “mergulho”, o vir a tona, e o olhar em volta. Neste sentido, o conhecimento produzido é sempre parcial e setorizado. Nesta perspectiva, tanto a ciência, como as pessoas em geral, não articulam a dimensão singular e universal da realidade na qual estão inseridas.

Quando “mergulhamos” mas emergimos desse “mergulho” olhando em volta, sabemos que nenhuma forma única de conhecimento poderá ser racional, e responder as necessidades da vida. Assim, só a configuração de todas as formas de conhecimento é racional, e é necessário então estabelecer o diálogo com outras formas de conhecimento deixando-se invadir por elas.

O paradigma emergente que busca um conhecimento emancipatório considera que, dentre todas as formas de conhecimento, o senso comum pelo qual nos orientamos no nosso cotidiano (estabelecemos sentido para a nossa vida) é o mais importante. Sabemos que a ciência moderna, no entanto, construiu-se contra o senso comum, o considerou superficial, ilusório e falso. Na perspectiva do paradigma emergente, o senso comum é o centro do conhecimento por reconhecer neste algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo.

É bem verdade, que o senso comum tende a ser um conhecimento mistificado, mistificador e conservador, no entanto, tem uma dimensão utópica e libertária que pode ser ampliada quando dialoga com o conhecimento científico.

Nesta perspectiva, Santos (2007) destaca algumas dimensões do senso comum, importantes na construção do paradigma emergente e no conhecimento emancipatório: ambos fazem coincidir causa e intenção; assentam-se numa visão de mundo onde a ação e o princípio da criatividade são fundamentais, como também, as responsabilidades individuais; reproduzem imbrincando às experiências e trajetórias de vida de um determinado grupo social, firmando-se de modo inclusive secular; são transparentes e evidentes, são desconfiados da opacidade dos objetivos tecnológicos como também do esoterismo do conhecimento em nome do princípio da igualdade do acesso ao discurso.

⁷ Doença desenvolvida a partir do uso sistemático de medicamentos.

Destaca-se, que a superficialidade do senso comum possibilita não valorizar as estruturas, que estão fora da sua consciência. Este senso é capaz de captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre pessoas e entre pessoas e coisas. É um conhecimento por sua natureza interdisciplinar e ametódico. O senso não é o simples resultado de uma prática especificamente dirigida para o produzir, este se reproduz de modo espontâneo na cotidianidade da vida.

No senso comum a realidade é aceita tal como existe, privilegiando-se ações que não produzam ruptura significativa no real; sendo um conhecimento retórico e metateórico, não ensina no sentido amplo do termo, mas se utiliza da persuasão para se manter.

Ainda Santos (2002-2007), diz que o senso comum tem uma virtude antecipatória, o que significa dizer, que deixado tal como se constitui, é conservador e, é verdade, pode legitimar saberes prepotentes. No entanto, interpenetrado pelo conhecimento científico, pode ser a fonte de uma nova racionalidade feita de racionalidades.

Nesta direção é necessário inverter a ruptura epistemológica. Então, sabemos que a ciência moderna se deu a partir do senso comum, para o conhecimento científico. No paradigma emergente, no conhecimento emancipatório, a ciência deverá partir do conhecimento científico para o conhecimento do senso comum. Assim, o conhecimento científico só deve realizar-se enquanto saber prático “mergulhado” na cotidianidade da vida, nas suas múltiplas dimensões e contradições encruzilhadas. Este conhecimento com “ares de saber” é um rio com muitos braços afluentes mas onde todos convergem para o grande mar de conhecimentos emancipatórios, dando conta de enfrentar a diversidade da realidade onde está inserido.

E novamente valendo-nos de Santos (2002), afirmamos sobre o conhecimento emancipatório no paradigma emergente:

[...] só se realiza enquanto tal na medida em que se converte em senso comum. Só assim será uma ciência clara que cumpre a sentença de Wittgenstein, <<tudo o que se deixa dizer deixa-se dizer claramente>>. Só assim será uma ciência transparente que faz justiça ao desejo de Nietzsche ao dizer que <<todo o comércio entre os homens visa que cada um possa ler na alma do outro, e a língua comum é a expressão sonora dessa alma comum>> (p. 57).

A busca de um paradigma que construa um conhecimento emancipatório, não significa, entretanto, negar a importância de avançarmos no domínio da

tecnologia, do saber especialista, mas sempre manifestar a preocupação de que este conhecimento se traduza em sabedoria de vida.

Para tanto, se faz necessário “mergulharmos” neste imenso rio de águas claras/escuras, que é o conhecimento científico. Conhecimento que possa deixar-se invadir pelos diversos afluentes deste rio, vir ao encontro do cotidiano cinzento/colorido com o qual nos relacionamos pessoal e academicamente.

2.4. Do paradigma flexneriano ao da integralidade e a revisão da concepção do processo saúde-doença

O termo paradigma vem sendo usado no sentido lato sensu, na educação medida da América Latina, para designar o modelo dominante de educação influenciado pelos estudos de Flexner, divulgados no Relatório de mesmo nome e conhecido como paradigma flexneriano. Para o caso da educação médica, a expressão “paradigma flexneriano” é de uso corrente.

Chaves (2000) faz a ressalva de que as recomendações de Flexner foram cumpridas em parte, pois pouco se fez com relação as questões sociais e humanas, as quais Flexner também tratou no seu famoso relatório. No entanto, para o entendimento do campo da saúde, com o qual compartilhamos, pouco adianta que Flexner tenha valorizado o humanismo, pois a estrutura paradigmática por ele proposta, é essencialmente individualista, biologicista, hospitalocêntrica e com ênfase nas especializações, bem ao gosto da ciência hegemônica/dominante.

Temos concordância com vários autores (CHAVES, 2000; LAMPERT, 2002; MENDES, 1999; MINAYO, 2007), entre tantos outros, quando denominam que o paradigma flexneriano, serve de referencial ao modelo dominante no campo da saúde, como expressão da concepção de ciência hegemônica/dominante em geral.

Segundo Kuhn (*apud* LAMPERT, 2002), duas condições devem ser preenchidas por um novo paradigma: 1ª) propõe resolver problemas detectados que o paradigma anterior não tenha conseguido solucionar; 2ª) preservar uma parte substantiva do que foi construído pelo paradigma velho.

Novamente nos diz Kuhn (*apud* LAMPERT, 2002) pondera que “não se pense que a transição paradigmática será tarefa fácil. Trata-se de uma desconstrução e reconstrução a serem feitas sincronicamente. É como reformar

uma casa que continua sendo habitada”. Assim como, usando uma metáfora corrente no âmbito da gestão da saúde pública, temos que trocar o pneu do carro, com o carro andando.

A partir da reforma universitária de 1968 (Lei 5.540), as escolas médicas brasileiras, que antes predominantemente seguiam a orientação ibérica e, em seguida, a francesa, passam a partir da reforma a adotar oficialmente o modelo americano. Seguindo este desenho-arquitetura, foram criados departamentos contendo disciplinas em substituição às cátedras. O ensino fica dividido em dois ciclos, um de disciplinas básicas e outro de disciplinas profissionalizantes. Os ciclos profissionalizantes são assim denominados pelo fato de se articularem às especialidades e ao estágio denominado Internato Curricular.

Nesta direção, os currículos de graduação em Medicina apresentam um desenho que possibilita acrescentar conhecimentos, em um número crescente de disciplinas. Nesta perspectiva, foi um avanço na educação médica, no entanto, numa avaliação crítica, nos deparamos com um problema pelo fato das disciplinas pouco se articularem entre si, mesmo sendo do mesmo departamento ou estando ligadas à formação médica.

Esta realidade desencadeia uma educação conteudística e muito fragmentada. Lampert (2002) faz importante reflexão acerca desta realidade:

Em decorrência, chega-se ao ponto em que as escolas médicas se encontram oferecendo um curso de graduação em Medicina altamente questionado na sua terminalidade, quanto à sua capacidade de formar o profissional para o mercado de trabalho, e apresentando dificuldade de mostrar unidade na composição do que preconizam (p. 65).

A partir dos fóruns nacionais/internacionais que tratam da educação médica, há uma confluência do desenho desta educação assentado no paradigma flexneriano. As características deste são a expressão, como já dissemos, da ciência hegemônica/dominante caracterizada com várias distorções e reducionismos.

Com base nos estudos de Lampert (2002), destacaremos características presentes no modo de ensinar medicina que trazem um enorme prejuízo para a relação deste profissional com a realidade social onde está inserido: (a) predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas; (b) o processo de ensino-aprendizagem é centrado no

professor em aulas expositivas e demonstrativas; (c) práticas desenvolvidas predominantemente no hospital; (d) capacitação docente centrada unicamente na competência técnico-científica; (e) mercado de trabalho referido apenas pelo tradicional consultório, onde o médico domina os instrumentos diagnósticos e os encaminhamentos, e cobra seus honorários sem intervenções de terceiros. Nesse contexto, como já foi mencionado, tem-se enfatizado as especializações precocemente, ainda na graduação, o que traz dificuldades à formação geral dos médicos. Deste contexto os discentes de Medicina saem com frequência, pseudo-especialistas.

Diante desta realidade, a idéia de formular um novo paradigma, para se contrapor ao modelo hospitalocêntrico, e a todas estas características, vem sendo elaborada desde a década de 60, pari passu com o advento da proposta da medicina preventiva. Assim, a Declaração de Alma-Ata (1978), a Conferência de Otawa (1986), e a Reforma Sanitária Brasileira são marcos importantes na direção de mudanças paradigmáticas para a educação médica em geral e no Brasil particularmente, conforme já se verificou no 1º capítulo deste trabalho.

Na Conferência de Otawa se formulou oficialmente a proposta da Promoção da Saúde, e nela se ampliou o entendimento de que saúde é qualidade de vida. Para tanto, se faz necessária a identificação dos determinantes da saúde situados no biológico, e para além dele, no estilo de vida do indivíduo e no meio ambiente em que está inserido. Todos estes elementos são fundamentais para compor uma existência saudável.

Além desses eventos mencionados, tem sido riquíssimo o debate mundial e nacional em torno da educação médica em conferências mundiais e regionais. Estas foram enfáticas no sentido de buscar mudanças para a educação médica, compatíveis com as necessidades apresentadas em nível local e mundial, o que foi objeto de nossa reflexão, também, no primeiro capítulo deste trabalho.

Na realidade brasileira, a reforma do setor saúde e da educação médica, em busca de um modelo mais adequado à realidade sanitária do nosso país, vem passando por muitos avanços e retrocessos, consensos e contradições. Temos clareza que o processo de construção do campo da saúde não é autônomo e nem se dá desarticulado das lutas políticas, muito pelo contrário, há um profundo imbricamento nessas dimensões da realidade.

Também a construção do SUS se configura nesse movimento contraditório ao qual estamos todos mergulhados. O movimento defende princípios impregnados de uma visão completamente distinta daquela defendida pelo governo brasileiro quando de sua implantação. O estado neoliberal quer desobrigar o estado brasileiro a implementar políticas públicas sob sua responsabilidade.

O modelo de Saúde Pública (SUS) está em contraposição não apenas às idéias neoliberais no âmbito macropolítico e econômico, mas também em contraposição ao paradigma flexneriano. Como se sabe o SUS viabiliza desenvolver ações para a construção do paradigma da integralidade, assim denominado, quando trata dos caminhos para aproximar a formação dos profissionais de saúde às necessidades da atenção básica.

Como já foi dito, o desenho do velho e do novo paradigma no campo da saúde e da educação médica tem sido desenvolvido a partir de comparações, tendo como referência as indicações dos fóruns nacionais e internacionais de educação médica para a mudança e a necessidade de efetiva transformação na formação do médico na graduação.

No novo desenho, denominado paradigma da integralidade, se expressa características articuladas ao paradigma de ciência emergente e um conhecimento emancipatório: (a) no processo saúde-doença se enfatiza mais a saúde do que a doença. Para tanto é necessário investir na promoção, na preservação e na recuperação da saúde. Nesta perspectiva a doença é uma intercorrência da saúde, que deve ser evitada e, quando diagnosticada, eliminada em qualquer estágio evolutivo em que se encontre, para garantir o restabelecimento da saúde; (b) em relação ao processo ensino-aprendizagem, este deve ser mais centrado no aluno e em seu papel ativo, na sua própria formação; (c) em relação ao ensino da prática, esta deve se dar no sistema de saúde existente, em graus crescentes de complexidade. Isso implica em se voltar para as necessidades básicas de saúde (NBS), dentro de uma visão intersetorial e interdisciplinar em relação aos seus determinantes, como também, implica em se dar importância à referência e contra-referência nos níveis de atenção; (d) a capacitação docente deve voltar-se tanto para a competência técnico-científica, como também para as competências didático-pedagógicas, além de estimular e vincular a participação e o comprometimento ao sistema público de saúde vigente.

Os itens acima destacados implicam transformar a educação médica, possibilitando capacitação continuada/permanente dos profissionais e das políticas de saúde desenvolvidas. Isso se refere à formação permanente dos profissionais médicos, assim como a formulação e avaliação das políticas, dos serviços e do próprio sistema; desta maneira também é necessário destacar que (e) é necessário o acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico, estando este orientado pela reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas, para as quais suas ações se dirigem.

No paradigma da integralidade, deve estar presente uma educação médica que considere as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população. Nesta perspectiva, Campos (2000) defende a imagem-objeto a ser alcançada, no que se refere aos programas de graduação do profissional da saúde, isto por meio de: uma formação mais contextualizada, que leve em conta as várias dimensões do processo saúde doença, o que impõe a capacitação do profissional para enfrentar os problemas do processo saúde-doença de forma contextualizada.

Há que se estimular uma formação com atuação interdisciplinar e multiprofissional, que respeite os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo o controle social, e atue com a população de um determinado território respeitando o princípio da descentralização do saber local e a identidade das pessoas às quais a ação de saúde se dirige.

Assim é que o paradigma da integralidade exige, necessariamente, a construção de um novo modelo pedagógico, estimulando uma relação articulada entre excelência técnica e relevância social. No paradigma flexneriano, há uma ênfase na excelência técnica e uma fragilidade na relevância social dos determinantes do processo saúde-doença como locus fundamentais para o refletir/agir em saúde. Esta articulação enquanto um princípio operativo deve nortear o movimento de mudança, que por sua vez, deverá estar sustentado na integração curricular com modelos pedagógicos mais interativos, desenvolvendo metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento. Esta visão foi amplamente discutida nos fóruns nacionais e

internacionais, em estudos recentes publicados, como também nas Diretrizes curriculares de Medicina que passaram a vigorar em 2001.

Um processo ensino-aprendizagem, nessa direção, exige relações de parceria entre as universidades, os serviços e grupos da sociedade civil em geral, considerando que tais relações devem possibilitar a garantia de um planejamento do processo ensino-aprendizagem centrado em problemas sanitários prevaletentes, bem como em mudanças na estrutura da administração acadêmica. Todo esse processo de ensino-aprendizagem considera a necessidade de mudanças no sistema de controle acadêmico e técnico científico, articulado pelas novas categorias da prática pedagógico-assistencial, (FEUERWERKER & SENA apud LAMPERT, 2002).

A educação médica não se esgota na graduação, nem em qualquer nível de ensino. Necessita ser entendida como um processo permanente que, iniciando-se, se deve desdobrar pela vida profissional, mediante relações de parceria entre universidade, serviços de saúde, a comunidade, as entidades e os setores relevantes da sociedade civil. Para isso, deve envolver uma importante reorientação pedagógica que desenvolve a aptidão de aprender para que o conhecimento seja o resultado de uma construção ampla e integrada com o objeto de trabalho, (FERREIRA apud LAMPERT, 2002).

No que refere-se a área de pesquisa em saúde, fundamental para a produção de conhecimentos, é vital para o paradigma da integralidade, investir em uma nova orientação nesta dimensão da educação médica. É necessário, por exemplo, incluir a busca de propostas político-institucionais e a avaliação da incorporação de novas tecnologias no repertório das linhas de investigação, sem descuidar dos aspectos técnico-operacionais.

Por estes caminhos temos que pensar as pesquisas de ponta no setor saúde, não apenas para a dimensão do seu aprimoramento tecnológico, mas, sobretudo, para responder às necessidades de uma organização apropriada à realidade, com humanização e qualidade na prestação de serviços, na forma de pesquisa aplicada, (LAMPERT, 2002).

Sabemos que a educação médica com ênfase disciplinar, em que acontece a divisão do conhecimento hegemonicamente em especialidades, trouxe vários conhecimentos/desconhecimentos. O estudo baseado na disciplinaridade permitiu,

por um lado, o desenvolvimento do conhecimento, nas suas áreas específicas. Por outro, conferiu, *pari passu*, uma organização que dificulta a apropriação integral no campo da saúde. Podemos afirmar que nesta perspectiva torna-se impossível o conhecimento do conhecimento, uma vez que se trata de um campo fragmentado em campos não comunicantes, no dizer de Morin (*apud* LAMPERT, 2002). Este filósofo ao desenvolver as relações do conjunto cérebro-espírito como inseparáveis, torna evidente a dicotomia construída por este conhecimento fragmentado.

Essa reflexão é emblemática para tornar claro o quanto o conhecimento cartesiano, fragmentado, inaugurado pelo paradigma de ciência dominante, traz um reducionismo que cria vários outros reducionismos acerca do processo saúde-doença. Vale a pena trazer outra vez as reflexões de Morin (*apud* LAMPERT, 2002):

O espírito é produzido pelo cérebro, e o cérebro é conceito do espírito. Na divisão do estudo do conhecimento, o cérebro é objeto de estudo da neurociência, uma especialidade dentro das ciências biológicas. O espírito é objeto de estudo das ciências humanas separadas em disciplinas e escolas – ciências psicológicas, psicologia cognitiva, psicanálise – incomunicáveis mesmo dentro das universidades (p. 71).

Pois bem, já se falou muitas vezes o quanto a ciência moderna produziu o divórcio entre as dimensões da realidade em seus vários níveis e complexidade. Sabemos que na educação médica, o modelo flexneriano é uma expressão da ciência hegemônica/dominante. Este modelo vem dando sinais de exaustão, o que abre espaço para um conhecimento emancipatório, que possibilite a articulação entre tecnologia e humanismo. Rompendo com o divórcio tão presentes ainda hoje na ciência amparada pelo paradigma flexneriano. Nesta direção, as recomendações das conferências e fóruns internacionais de educação médica mostram um nível satisfatório no que tange às necessárias mudanças da referida educação.

Já discutimos no primeiro capítulo os inúmeros projetos decorrentes destes debates, embates, disputas que estão em marcha, ficando evidente um certo clima de “guerra das ciências”, segundo Santos (2007). A expressão deste autor mostra-se usual para o debate em torno dos paradigmas que sustentam o conhecimento produzido. As recomendações e algumas experiências que estão sendo desenvolvidas, buscam orientações para o atendimento das necessidades sociais,

sem reduzir o ritmo do desenvolvimento científico. A utilização das chamadas metodologias ativas na educação médica tem se constituído em alternativa na direção de mudanças como já registamos no primeiro capítulo deste trabalho.

Em busca do novo paradigma no campo da educação médica, Lampert (2002) faz algumas reflexões:

[...] não enfrenta o dilema entre isso ou aquilo, mas a abordagem dialética deve assimilar contribuições de várias ciências, num esforço de trabalhos interdisciplinares, transdisciplinares e multiprofissionais, descortinando campos de pesquisa ainda não trilhados (p. 72).

Considera-se que no processo de desconstrução do paradigma flexneriano e na busca do paradigma da integralidade, é necessário compreender a epistemologia de modo complexo, buscando incessantemente fazer comunicar essas instâncias separadas pelo paradigma mencionado. Olhamos este desafio como coletivo, no qual é imprescindível o conhecimento compartilhado que precisa do encontro e da troca entre educadores e alunos. Ambos os atores, no processo ensino-aprendizagem, produzem conhecimentos de modo compartimentado, verdadeiros feudos de difícil tradução para o cotidiano da nossa realidade em saúde.

“Mergulhando neste rio de águas claras/escuras”, porém generoso, que é o campo da saúde, entendemos que o conhecimento compartilhado jamais traz qualquer perda de competência ou de especificidade de cada disciplina. Ao contrário, o diálogo entre as disciplinas possibilita a ampliação na direção da integralidade do ser humano em suas contradições. Dessa maneira, articular as competências é criar possibilidades reais de buscar a saúde e não a doença.

Como nos diz Ferreira (1992), na construção do paradigma da integralidade, se faz necessário destacar caminhos necessários para o seu acontecer. Estes devem orientar a emergência processual para a superação da crise no campo da educação médica. Vejamos as direções apontadas pelo autor:

- a significação dos conceitos de saúde e doença em uma perspectiva transdisciplinar, articulando conhecimentos biológicos e sociais;
- o avanço tecnológico a ser redirecionado em função das necessidades políticas e de se ajustar aos problemas nacionais, a partir de um esforço investigativo centrado na realidade;

- a reorganização e o redirecionamento dos espaços da prática, do ponto de vista teórico e metodológico, considerando seus diferentes níveis de complexidade;

- o necessário reconhecimento dessa prática e sua integração aos avanços da cidadania, bem como dos processos de participação da sociedade civil no novo contexto de democracia que vive a América Latina.

Chaves (2000) também contribui com a construção do paradigma da integralidade, na perspectiva de dar conta das necessidades da sociedade contemporânea que este novo paradigma deve atender, vejamos:

Buscar a divisão racional do trabalho da equipe de saúde, e a complementaridade do trabalho do generalista e do especialista; equilíbrio entre o controle da alta tecnologia, o calor humano e a compaixão que devem permear o atendimento; definição de perfis profissionais, coerência dos currículos, competência necessária na prática; avaliação do desempenho, certificação dos profissionais, e o credenciamento das instituições profissionais e das instituições formadoras; integração curricular e maior articulação entre teoria e prática; desenvolvimento da Bioética ante os avanços científicos; maior atenção à unidade corpo e mente, na formação e na prática profissional; compreender outras racionalidades médicas, terapêuticas complementares ou alternativas; dar maior atenção, na prática clínica, à qualidade de vida e ao desejo de uma morte boa e digna, não sendo a longevidade e a sobrevivência metas suficientes por si sós; aumentar a exploração das fronteiras entre a ciência e a religião, em aspectos filosóficos, transcendentais e terapêuticos, dada a importância da religiosidade na saúde e na doença.

Ferreira (1992), afirma que este novo paradigma precisa, todavia, de uma abordagem epistemológica que permita sua total compreensão e que respalde sua aplicação na realidade em que vivemos. O autor propõe que, a escola médica, não fique ausente do processo de transição, e que seja um ator de influência e lute para assumir a liderança da transformação que hoje, mais do que nunca, se faz extremamente necessária.

O estudioso referido sugere como forma de tratar esta questão, o enfoque na gestão estratégica que se delineia no documento básico preparado para a II Conferência Mundial de Educação Médica. Propõe ainda, a busca da

transformação, a partir de um processo participativo que leve em conta a análise do entorno contextual e a análise prospectiva desse entorno, bem como no redimensionamento da missão de formar médicos.

No processo de desconstrução do paradigma flexneriano e de construção do paradigma da integralidade se faz necessário sair da insatisfação para o agir, que deve envolver a todos, num processo de construção que possa estar em busca da vida na sua integralidade. Na busca da ação investigativa dos documentos estudados, partiremos, no capítulo 3, para a análise, considerando-se os paradigmas aqui destacados.

Capítulo 3. Caminhos e Descaminhos dos Paradigmas na graduação em medicina: o caminho de volta para ir adiante.

Nos capítulos 1 e 2 mergulhamos no que estamos chamando de “matriz” e/ou “lente” para poder ler o objeto de investigação. Para contribuir com nosso trabalho e o de outros estudos no campo da saúde, apresentamos quadros que organizamos para orientar os momentos de imersão nos documentos e produções acadêmico-investigativas (Apêndices A e B e C).

Conforme já indicamos na introdução deste trabalho, utilizamos como fontes as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina, o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da UEPA (1999), o Manual de

Trabalho de Conclusão de Curso e, finalmente, as produções acadêmico-investigativas (os TCC's) selecionadas.

Nossa proposta aqui é suscitar um entrelaçamento entre as “matrizes” ou “lentes” teóricas contextualizadas nos capítulos anteriores com o objeto de investigação, bem como tecer uma reflexão na perspectiva da hermenêutica dialética sobre tal objeto de estudo (uma aproximação somente). Esta permite trabalhar os argumentos do discurso individual na saúde, no caso de nossa dissertação, os documentos investigados, sem cair no pressuposto idealista de que “a consciência lingüisticamente articulada é que determina o ser material da práxis” (HABERMAS *apud* MINAYO, 2007, p. 223).

3.1. Concepções de Ciência e Saúde-Doença nas Diretrizes Curriculares Nacionais

Como mencionamos, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação de Medicina (BRASIL, 2001) representam um marco histórico no campo da educação médica. Este documento aponta as necessárias mudanças tão intensamente discutidas nos eventos/fóruns nacionais e internacionais, ocorridos no campo da educação médica nas últimas décadas. O documento foi apresentado em 2001, em um encontro oficial – Ministério da Educação e Ministério da Saúde – com a participação de escolas médicas brasileiras e apoio da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), como refere Lampert (2002).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina aponta, de modo claro, um importante avanço de abrangência política e social e epistemológica, contextualizada às necessidades em saúde da população brasileira. O documento faz exigências para que as escolas médicas tenham maturidade institucional para implementá-las.

As Diretrizes Curriculares desenharam o perfil do médico ao concluir o curso de graduação, com formação geral humanista, crítica e reflexiva, assim como, em relação às competências e habilidades, gerais e específicas, dá ênfase para a formação em atitudes voltadas para a saúde, a cidadania, a comunidade e a atuação em equipe.

Avaliamos que ao estabelecer, também, na estrutura do curso de graduação, a integração ensino-serviço, o documento avança, na perspectiva de um conhecimento no/do paradigma emergente e um conhecimento emancipatório no que concerne a concepção de ciência. No campo da saúde, de modo claro, vimos a defesa do paradigma da integralidade. Ao vincular a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, vejamos o que indica o texto do documento:

XII – reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como um 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 (BRASIL, 2001, p. 3).

No artigo quinto do parágrafo único há outra referência com ênfase no SUS, o que estabelece um imbricamento da área de formação de recursos humanos com os serviços de atenção à saúde. Nesta perspectiva, consolida uma ação intersetorial, vejamos a seguir:

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 (BRASIL, 2001, p. 3).

Neste sentido, no nosso entendimento, as Diretrizes Curriculares apresentam conteúdo “afinado” a um paradigma de ciência emergente, de um conhecimento emancipatório, como também, no campo da saúde, ao paradigma da integralidade. Desenha o perfil profissional do médico que ao término da graduação deve ter uma formação geral humanista, reflexiva e crítica:

Art. 3º O curso de graduação em medicina tem como perfil do formado egresso/profissional, o médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em princípio ético, no processo de saúde doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação a 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 (grifo nosso) (BRASIL, 2007, p.1).

No estabelecimento das competências e habilidades gerais há a mesma intenção:

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

1 - Atenção à saúde: Os profissionais de saúde dentro do 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 ato técnico**, mas sim, com a resolução do problema de saúde tanto em nível individual como coletivo (grifo nosso) (BRASIL, 2007, p. 1).

No que concerne às habilidades específicas ao final do curso de graduação, as Diretrizes Curriculares, atendendo as necessidades de saúde da população, destacam as atitudes voltadas para a saúde, a cidadania, a comunidade e o trabalho em equipe em seus aspectos também específicos:

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 vidas saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto as de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

II – Atuar nos diferentes níveis de atendimento a saúde, com ênfase nos atendimentos a primários e secundários. [...]

VI – Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsico-sócio-ambiental subjacente a prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução.

VII – reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance de sua formação geral. [...]

XII – reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como um 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.

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 a realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina.

II – compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III – A abordagem do processo saúde-doença do indivíduo da população, em seus múltiplos aspectos de determinação ocorrência e intervenção (BRASIL, 2007, p. 2-3).

Há preocupação com o conhecimento integral amplo e, ao mesmo tempo, respeito ao contexto de cada local/realidade social, para que cada escola médica fique atenta às suas singularidades, refletindo acerca dos componentes culturais presentes no processo saúde-doença, e ao mesmo tempo, possibilitando flexibilidade para as mudanças que se façam necessárias. Acerca destas questões o texto assim se pronuncia:

Art 10º 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**. [...]

Art 12º

IV – Promover a integração e a interdisciplinaridade e incoerência com o eixo do desenvolvimento curricular, buscando **integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais** (grifo nosso) (BRASIL, 2007, p. 4-5)

Entrelaçando os textos, que estamos chamando de “matriz” e/ou “lente” presentes no capítulo 1 e 2, e o documento aqui analisado, podemos constatar que a ciência “implícita” neste é do tipo emergente porque defende que os profissionais da medicina tenham formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e sejam capacitados a atuar pautados em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Suas ações deverão dar ênfase aos atendimentos primários e secundários, na perspectiva da hierarquização e da integralidade da atenção à saúde, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotores da saúde integral do ser humano.

O conhecimento imbricado no documento é do tipo emancipatório na medida em que busca o conhecimento local e total. Sendo total não é determinístico, sendo local não é descritivista. Trata-se de um conhecimento de condições, de possibilidade da ação humana projetada no mundo, a partir de um espaço-tempo local.

Na perspectiva da concepção de saúde-doença, o documento se põe ao encontro do paradigma da integralidade, pois defende a promoção de estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social.

No que tange aos TCC(s), as referências nas Diretrizes Curriculares Nacionais não são explícitas. No entanto, as DCN (s) traduzem o perfil do profissional médico ao final da graduação. Este perfil implica, necessariamente, em garantir uma produção acadêmico-investigativa em consonância com a concepção de ciência, identificada nas DCN(s), ou seja, do paradigma emergente e conhecimento emancipatório e no campo da saúde em consonância com o paradigma da integralidade. Vejamos:

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 a realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. [...]

Art 10º 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. [...]

Art 12º

IV – Promover a integração e a interdisciplinaridade e incoerência com o eixo do desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais (grifo nosso) (BRASIL, 2007, p. 3-4-5)

Afirmamos isso porque este importante documento norteador da educação médica caminha, entendendo saúde-doença como um processo que é determinado histórico-socialmente, nas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais exigindo para o seu enfrentamento o respeito a diversidade cultural o que exige uma educação médica interdisciplinar, transdisciplinar e ação intersetorial.

3.2. Concepções de ciência e saúde-doença no PPP e Manual de TCC do Curso de Medicina da UEPA

Nas últimas décadas há uma ênfase à necessidade de mudanças na educação médica, no sentido de repensá-la de modo que responda às necessidades de saúde das pessoas, no âmbito individual e coletivo em consonância com nosso tempo histórico.

Nesta direção, no início dos anos 90, foi criado um fórum permanente para discussão e busca de soluções para os problemas levantados pelas diferentes instituições no campo da educação médica. Este fórum passou a ser realizado anualmente, paralelo e simultaneamente, ao Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

Junto com o fórum foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras (CINAEM), constituída pelas seguintes instituições: Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), Academia Nacional de Medicina (ANM), Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior (ANDES), Conselho dos

Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Diretório Executivo Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e Federação Nacional das Associações Médicas (FENAM).

As referidas instituições, por sua vez, delegaram a uma Comissão Executiva a tarefa de elaboração de projetos(s), pesquisa(s) e outras providências necessárias ao processo de avaliação do ensino médico e eventuais mudanças. A construção do atual projeto político pedagógico do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará é uma ação do projeto CINAEM.

O Projeto Político Pedagógico (PPP) implantado a partir de 1999 foi elaborado em um processo democrático, envolvendo uma comissão composta por professores, alunos, e servidores técnico-administrativos. O PPP contou ainda com a participação do Sindicato dos Médicos, Conselho Regional de Medicina do Pará e a Sociedade Médico Cirúrgica do Pará. Assim, houve a participação de um conjunto de atores que assumiram o compromisso com a educação médica, no sentido de que esta forme profissionais que atendam de modo competente e contextualizado a realidade local, os problemas de saúde pública em geral e especialmente de nossa região e contexto local (UEPA, 1999).

Constatamos que os princípios norteadores, defendidos pelo Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina da UEPA, estão identificados com uma concepção de ciência emergente e com um paradigma da integralidade no campo da saúde, posto que estabelece de modo enfático a relação teoria e prática. O conhecimento é visto como uma unidade indissolúvel, o ensino mostra-se centrado na realidade, com respeito às especificidades locais, defendendo o trabalho em equipe e de modo transdisciplinar.

O PPP referido compreende saúde como um processo que deve ser buscado de modo integral, respeitando a realidade sócio cultural, além de valorizar a relação com o Sistema Único de Saúde, de modo hierarquizado e de acordo com a necessidade dos indivíduos e comunidade:

Princípios norteadores:

1 - “Vinculação entre teoria e prática [...] o movimento as contradições constituindo uma unidade indissolúvel. A prática deve ser base para reflexão teórica. Justamente para superar uma tendência encontrada nos centros de medicina que consideram a prática médica separada das teorias científicas [...] a teoria revigorada e deixa de ser conjunto de regras, normas e conhecimento sistematizado “a priori” passando a ser formulada a partir de necessidades concretas da realidade médica, buscando responder as orientações de uma ação que me

permita mudar o existente. Ação x reflexão x ação.” [...] (p.16) (grifo nosso)

4 – “O ensino deve ser centrado na comunidade, ou seja, em equipes transdisciplinares, exigindo esforço do encontro, da discussão e da descoberta coletiva.” (p.16) (grifo nosso)

5 – A prática médica com enfoque na pessoa deve valorizar o ser humano integral, vindo como síntese das dimensões biológicas, psicológicas, sócios culturais e inseridos na sociedade. (p.17) (grifo nosso)

6 – A avaliação como momento de construção do conhecimento, de reflexão da ação, deve contemplar o conhecimento, habilidade e atitudes. (p.17)

7 – A democratização do poder entre professores e alunos deve ser um movimento dialético de apropriar, difundir e produzir novos conhecimentos, envolvendo a parceria com o aluno através do diálogo. (p.17)

[...] Compreendendo a saúde como processo de bem estar biopsicosocial que dependa das circunstâncias históricas em que o homem está inserido, o profissional médico deve desenvolver ações de saúde em níveis primário, secundário e terciário, contribuindo assim para melhoria da qualidade de vida da população (grifo nosso) (UEPA, 1999, p. 17).

Verificamos que o desenho curricular, segundo nosso entendimento, aponta ainda, para uma concepção de ciência hegemônica/dominante na perspectiva do paradigma flexneriano. Posto que, há ênfase na educação centrada na competência técnico-científica, como também a predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas. Considerando que o desenho/arquitetura curricular obedece a uma organização disciplinar e não por meio de eixos temáticos que possibilitem reflexões epistemológicas, sociológicas, antropológicas, por exemplo, na perspectiva de conhecimentos interdisciplinares.

Observa-se ao contrário, um enfoque no biologismo, a existência de disciplina como Bioestatística (centrada na dimensão quantitativa na análise do processo saúde/doença) e a ausência de abordagens metodológicas qualitativas que materializem bem, tal enfoque, em detrimento de uma visão do ser humano na sua integralidade sociocultural.

Considerando a observação destes elementos presentes na formação baseada no atual PPP, avaliamos que enquanto por um lado, os princípios do PPP apontam em uma direção conceitual; por outro o seu desenho curricular parece se dirigir para outra direção.

O trabalho de conclusão do curso de Medicina é entendido no PPP como:

exigência para que o aluno obtenha o título de bacharel em medicina, não se exigindo que o tema seja original, mas que seja trabalhado de

maneira criteriosa e aprofundada; a bibliografia e os recursos metodológicos existentes, tratado com rigor científico. O aluno poderá concluir e apresentar seu TCCM a partir da 5ª série do curso. Cabe ao núcleo de pesquisa e Extensão de medicina (NUPEM), acompanhar, orientar e organizar os trabalhos de conclusão do curso de medicina (TCCM). Além das orientações sistemáticas dos processos de elaboração do TCCM fornecidas pela NUPEM, o aluno precisará escolher um orientador de conteúdo, que acompanhará e orientará o trabalho no que ele tem de específico e da sua pertinência em relação ao objeto de estudo. O aluno fará apresentação pública de seu TCCM, informando a contribuição para a Ciência e para o desenvolvimento profissional (UEPA, 1999, p. 31).

O PPP não explicita quais linhas de pesquisa devem ser seguidas, no entanto, encontramos apenas referência às áreas de atuação da 5ª e 6ª séries nos campos de estágios, quais sejam: saúde do adulto (clínica médica); saúde do adulto (clínica cirúrgica); saúde da mulher; saúde da criança; saúde coletiva; urgência e emergência.

Também não há uma explicitação das linhas de pesquisa no Manual de Orientação para Elaboração dos Trabalhos Científicos (Anexo C). O que há é uma orientação geral, relacionada aos tipos de trabalhos científicos, vejamos:

Apresentação de casos: é o trabalho no qual o autor apresenta um caso ou um conjunto de casos, geralmente raros na literatura médica, que têm interesse por sua forma de apresentação incomum ou peculiar (p. 03) [...] **Dissertações:** “é o trabalho no qual o autor realiza uma revisão da literatura como um todo ou em determinado período, sobre um assunto de sua escolha” (UEPA, 1999, p. 04).

Sobre o levantamento estatístico, o mesmo Manual orienta:

é o trabalho no qual o autor realiza a pesquisa geralmente sobre a incidência, resultados e conseqüências de determinada doença ou técnica de tratamento em protocolo de pesquisa ou banco de dados de hospitais, ambulatórios, centros de saúde e outras entidades (UEPA, 1999, p. 05).

Continuando as orientações do Manual referido, que servem de apoio para a nossa pesquisa, tem-se uma orientação quanto aos Trabalhos experimentais:

é o trabalho no qual o autor idealiza e realiza um experimento sobre um assunto de sua escolha em animais de experimentação, buscando respostas a dúvidas que dificilmente poderiam ser respondidas eticamente, em experimento com seres humanos (UEPA, 1999, p. 07).

Outros tipos de trabalho:

serão aceitos qualquer tipo de trabalhos outros não citados neste manual, desde que sejam apresentados na forma de anti-projeto no qual se explicitará sua forma definitiva (capítulos e conteúdo). Tal aceitação fica condicionada à apreciação do anti-projeto pelo NUPEM (UEPA, 1999, p. 08).

No Manual de Orientação para o Trabalho Científico no Curso de Medicina não está explicitado o objetivo do trabalho de TCC a ser desenvolvido pelo 'aluno-concluente' (UEPA, 2007).

Verificamos que este documento tem apenas um caráter técnico-formal; não contém de modo explícito conteúdos que possam indicar aderência a qualquer perspectiva paradigmática. No entanto, exatamente este silêncio em relação a uma concepção de ciência, nos leva a entender que esta se manifesta implicitamente, de forma reducionista, atrelada ao paradigma dominante e, no campo da saúde, ao paradigma flexneriano. Consideramos ainda, que há uma ênfase no tecnicismo que se constitui uma das características dos paradigmas citados.

3.3. Ciência e Saúde-Doença nos TCC

3.3.1. Os TCC(s): pistas implícitas de concepção de ciência

Na primeira "garimpagem" que realizamos nos TCC (s) selecionados organizou-se conteúdos da produção acadêmico-investigativa, considerando seis categorias metodológicas reconhecidas como relevantes na constituição de trabalhos acadêmicos: objetivos, método e técnicas, revisão bibliográfica, resultados, discussão e conclusão. Buscando a indicação das categorias nos TCC (s), foi se constituindo um quadro (Apêndice D), que nos suscita algumas reflexões.

Considerando o sentido das **categorias metodológicas** acima indicadas, entendemos que vai se configurando uma concepção de ciência articulada ao paradigma dominante. A categoria metodológica **objetivos**, por exemplo, presente nos trabalhos, está predominantemente centrada na demonstração de análises de patologias, na observação sistemática e rigorosa dos fenômenos, na teoria prévia e no pensamento dedutivo. Assim sendo, os trabalhos traçam objetivos na perspectiva de descrever e identificar os fenômenos com ênfase nas patologias. Quanto à categoria metodológica **métodos e técnicas** há uma exclusividade na coleta de dados com olhar reducionista, por meio da quantificação dos fenômenos. Assim, utiliza-se de documentos, anamneses, exames, laudos (tanto os orais, quanto os visuais- exemplos destes últimos, as biópsias e as fotografias). Então, observa-se nesta última categoria como um todo a ênfase nas doenças.

No que se refere à categoria metodológica **revisão bibliográfica**, há o confronto dos dados com a literatura pertinente a cada tema/objeto, com uma

ênfase na repetição dos conceitos, teorias, com pouquíssimo diálogo entre a revisão da bibliografia consultada, e os achados de campo, ou seja: a busca da teoria é para confirmar ou refutar os referidos achados de pesquisa no campo.

Na categoria metodológica **resultados**, os trabalhos em sua totalidade, estão no contexto da abordagem quantitativa. Apresentam gráficos e tabelas ou a descrição dos fenômenos investigados. Esta apresentação também aparece na categoria metodológica **discussão**.

No que se refere à categoria metodológica **conclusão**, verifica-se um reducionismo em que se reafirmam uma concepção de paradigma de **Ciência Dominante**, pois há pouca reflexão crítica ou proposição de aprofundamento acerca do objeto de estudo e tema.

A concepção do processo saúde-doença, presente na categoria **conclusão vincula-se** à perspectiva do paradigma flexneriano com ênfase no tecnicismo, e no especialismo e desse modo na busca da doença.

Em relação à apresentação dos TCC (s), destacamos quatro aspectos que denominamos **categorias estruturais** (Apêndice E): número de autores, número de páginas do corpo do TCC, número de apêndices incluídos no TCC, número de páginas de anexos. Após o registro de tais categorias, organizamos os dados em um quadro (Apêndice E), que também nos instiga fazer algumas considerações.

Observamos um reduzidíssimo número de páginas para o corpo do TCC. Em contrapartida, o número de apêndices incluídos nos trabalhos, e o número de páginas de anexos, mostraram-se extensos, o que evidencia uma tendência para enfatizar conhecimentos de autores consagrados em seus campos específicos, em detrimento da produção de um trabalho pautado na realidade local. É necessário ainda destacar, que estas características se fizeram mais evidentes nos TCC (s) produzidos no período de 2001 a 2003, sob a influência do antigo projeto político pedagógico.

Nos TCC(s) sob a influência do atual Projeto Político Pedagógico, observamos certa tendência de ampliação da categoria número de páginas do corpo do TCC. Por outro lado, não nos foi possível avaliar a categoria número de páginas dos anexos, da maioria dos trabalhos elencados, posto que, os mesmos estavam disponibilizados em mídia DVD.

3.3.2. O conteúdo dos TCC (s): pistas explícitas de concepções de ciência e saúde-doença

Lampert (2002), observando as principais preocupações presentes nos estudos relacionados à educação médica, as recomendações que emergem da Primeira e da Segunda Conferência Mundial de Educação Médica, o documento denominado “El cambio em la profesión médica y sus implicaciones para la educación médica” e ainda outros estudos, identifica cinco eixos temáticos relevantes para a análise da educação médica na graduação: 1) enfoque teórico; 2) abordagem pedagógica; 3) cenários da prática; 4) capacitação do docente; 5) mercado de trabalho e serviços de saúde.

A opção feita por nós para desenvolvermos a pesquisa, que resultou na produção desta dissertação, está circunscrita ao Eixo 1, Enfoque Teórico. O Eixo Enfoque Teórico busca identificar a tendência da escola médica para, na orientação teórica, dar ou não enfoque intersetorial com mais ênfase à saúde e/ou à doença nos seguintes vetores⁸: biomédico ou epidemiológico-social; aplicação tecnológica; produção de conhecimentos.

Como nosso objeto de estudo é constituído de documentos referentes à graduação em Medicina, em particular os TCC (s), entendemos que estivemos mais próximo do vetor “Produção de Conhecimento”.

Este vetor trata de verificar, a opção da escola médica, observando vários fatores, buscando entender se o enfoque teórico está: na pesquisa de condições de saúde com base exclusivamente demográfica e epidemiológica, com ênfase nas ações curativas; se a escola leva em conta aspectos socioeconômicos; se a pesquisa é inserida na atenção primária e da gestão do sistema de saúde, pela escola médica. Isto viria a contribuir para a tomada de decisão com base em informações relevantes, visando à melhoria das práticas de assistência à saúde (LAMPERT, 2002).

A partir daí, buscamos as respectivas categorias. Para esta tarefa várias etapas foram cumpridas, conforme citado na parte metodológica expressa na introdução, até atingirmos um ponto satisfatório de reflexão e decisão, favorável ao

⁸ A terminologia ‘vetores’ é utilizada por Lampert (2002) em sua tese de doutorado intitulada ‘Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil’, em que a autora desenvolveu estudos acerca das tipologias das escolas médicas brasileiras.

próximo momento: a reflexão/interpretação das unidades de texto dos TCC (s), representativas das categorias elencadas. Minayo (2006) traz importante contribuição para a compreensão das categorias são:

Conceitos classificatórios, constituem-se como termos carregados de significados por meio dos quais a realidade é pensada de forma hierarquizada. Todo ser humano classifica a sociedade e os fenômenos que vivencia. O cientista o faz de maneira diferenciada: cria sistemas de categorias buscando encontrar unidade na diversidade e produzir explicações e generalizações (p.178).

É importante esclarecer, que a nossa opção em trabalhar com o termo categoria está circunscrita no contexto de uma concepção dialética, na perspectiva do paradigma emergente. Diferente da concepção do paradigma de ciência dominante, que as considera como “rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse, efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos” Bardin (*apud* MINAYO, p. 178). Na concepção dialética, o termo categoria é construído historicamente, atravessando o desenvolvimento do conhecimento e da prática social.

Apostamos no entendimento dessa autora, que para o processo de construção da pesquisa, defende a necessidade de separar categorias analíticas, categorias operacionais e categorias empíricas.

Num primeiro momento, postulamos categorias analíticas: classe social, paradigma, ciência, conhecimento, educação e saúde. A concepção de cada uma destas categorias analíticas estão subjacentes ao referencial teórico deste trabalho, Estas categorias são imprescindíveis para desvelar o objeto de estudo, pois elas são: “As que retêm, historicamente, as relações sociais fundamentais, servindo como guias teóricos e balizas para o conhecimento de um objeto nos seus aspectos gerais” (MINAYO, 2006, p. 178). Assim, as categorias analíticas comportam vários graus de generalização e aproximação.

Em busca de mais subsídios norteadores para nosso trabalho interpretativo, elencamos as seguintes categorias operacionais: concepção de ciência, concepção de saúde, concepção de doença.

Ainda segundo a autora, categorias operacionais são:

“Construídas com a finalidade de aproximação ao objeto de pesquisa (na sua fase empírica), devendo ser apropriadas ou construídas com a finalidade de permitir a observação e o trabalho de campo” (p. 179).

As categorias operacionais foram fundamentais para a seleção/organização dos TCC (s) analisados em consonância com nosso objeto de estudo.

Finalmente, chegamos às categorias empíricas: ciência com enfoque na tecnologia; saúde-doença com ênfase na saúde; saúde-doença com ênfase na doença; concepção de abordagem metodológica; concepção da relação com o Sistema de Saúde, no antigo e atual PPP.

As categorias empíricas são: “Expressões classificatórias com dupla forma de elaboração que os atores sociais de determinada realidade constroem e lhes permitem dar sentido a sua vida, as suas relações e aspirações, elas emanam da realidade”.

Então, ao mesmo tempo, as categorias empíricas são elaborações do investigador. É sua sensibilidade e acuidade que lhe permitem compreendê-las e valorizá-las, à medida que vai desvendando a lógica interna do grupo (objeto) pesquisado e descobre essas expressões, as explora, e sobre elas criam construtos de segunda ordem (MINAYO, 2006).

Para cada categoria destacamos **temas emergentes** nos TCC (s) norteados pelo antigo PPP (2001 a 2003) e atual PPP (2004 a 2006). As unidades de texto, das ‘produções acadêmico-investigativas’, nos suscitam as reflexões, as quais verificaremos a seguir.

3.3.2.1. Categoria Empírica 1: Ciência com enfoque na Tecnologia

A forma como a ciência se utiliza da tecnologia desvela uma concepção paradigmática de ciência. Assim, consideramos relevante destacar que os TCC (s) de onde emergem as unidades de texto registradas, evidenciam uma preocupação com a tecnologia, seu domínio, sua percepção enquanto auto-suficiente no controle das doenças e na busca da saúde. Desta maneira, há uma supervalorização do recurso tecnológico em detrimento da relação médico-paciente. Não queremos com isto negar a importância do recurso tecnológico na busca do controle das doenças e da saúde.

• TCC(s) vinculados ao antigo PPP: unidades de texto representativas

“Este método novo surgia baseado no sucesso da utilização da vídeo-cirurgia para outros órgãos, como a vesícula biliar. A grande evolução e aperfeiçoamento das colecistectomias vídeo-laparoscópicas serviam de alavanca para se iniciar o procedimento em outras vísceras abdominais

que, da mesma maneira da vesícula biliar, proporcionassem um ótimo campo operatório” (TCC 01/01 p. 2).

“Como em todo método novo, surgiram inúmeras controvérsias em relação à utilização da vídeo-laparoscopia nos casos de apendicite, e a falta de publicações inerentes ao tema corroboraram para isso. Entretanto, o método mostrou-se bastante confiável e eficaz, tornando-se rotina para alguns cirurgiões, que aprimoraram a técnica original, adaptando-a conforme sua capacidade técnica” (TCC 01/01 p. 2).

“Este método traz alguns benefícios relevantes para os pacientes, tais como: um menor tempo de internação, melhor pós-operatórios com redução na quantidade de drogas utilizadas, menos desconfortos abdominal se comparadas com as grandes incisões, menor índice de infecção de ferida operatória, resultados estéticos melhores, precoce ingestão de alimentos sólidos e retorno precoce às atividades habituais, além de proporcionar uma completa inspeção da cavidade abdominal nos casos de dúvida diagnóstica, sobretudo em mulheres jovens, para diagnóstico diferencial das patologias ginecológicas e nos pacientes obesos.” [...] “A pesar destes benefícios, muitos ainda não o consideram como um procedimento padrão devido a falta de estudo para seguimento de seus resultados a longo prazo e por considerarem que o método, face os seus recursos tecnológicos, tem um custo financeiros elevado, quando comparado com a apendicectomia convencional” (TCC 01/01 p. 2-3).

Tais unidades nos levam a pensar que há um avanço na especialização centrada na atenção hospitalar de alto custo, como também no desenvolvimento científico tecnológico, ambas inegáveis. É evidente que o surgimento contínuo de novos recursos tecnológicos traz uma preocupação em relação à melhoria das condições de realização de alguns procedimentos necessários aos pacientes, é certo também que isto contribui para diminuir riscos para os mesmos.

No entanto, como este avanço está alicerçado numa perspectiva fragmentada, além de ter uma ênfase crescente no número de informações, observamos uma crença ilusória num potencial de superação com destaque para a tecnologia em detrimento do ser humano na sua integralidade:

- **TCC(s) vinculados ao antigo PPP: unidades de texto representativas**

“Estudar a eficácia das biópsias transtorácicas orientadas por tomografia computadorizada, ultra-sonografia ou fluoroscopia no diagnóstico de lesões malignas intratorácicas, realizadas no Hospital Ofir Loyola” (TCC 01/02 p. 5).

“A série de pacientes foi obtida a partir dos registros de biópsias transtorácicas orientadas por métodos de imagem no setor de Radiologia. Posteriormente, os prontuários da internação e do ambulatório foram localizados no Departamento de Arquivo Médico e Estatística (DAME). Com base nestes prontuários, foram preenchidos protocolos individuais [...] com dados relativos a nome, idade no momento da biópsia, sexo, procedência, profissão, sintomatologia, tempo de queixa, localização do tumor, exames de imagens realizados, tipos de orientação da biópsia,

resultado do exame histopatológico, complicações após o procedimento e meios de obtenção do diagnóstico final” (TCC 01/02 p. 6-7).

Observamos que as questões subjetivas vivenciadas pelos pacientes não foram de nenhum modo encaminhadas para qualquer abordagem profissional, há um silêncio sobre elas. Tais questões são apenas relatadas. Assim, o trabalho limitou-se a registrá-las e descrevê-las, não considerando de sua responsabilidade trabalhá-las e encaminhá-las.

Neste sentido, há uma negação da dimensão subjetiva enquanto objeto de intervenção médica. Há ênfase na hiper-especialização. O trabalho interdisciplinar é inexistente sob o ponto de vista da estrutura curricular. Portanto, os problemas de saúde são considerados circunscritos em partes do corpo humano. Corpo este compreendido com excessiva parcialização e hiper-especialização a partir de um saber científico que transforma o doente em partes esquadrihadas, sem articulação entre si.

- **TCC(s) vinculados ao antigo PPP: unidades de texto representativas**

“A síndrome de Poland, apesar de sua relativa freqüência, ainda é pouco estudada nos cursos médicos, talvez pelas suas insignificantes repercussões funcionais. Entretanto, deve-se lembrar que as deformidades presentes nesta síndrome são estigmatizantes para os pacientes, especialmente para os do sexo feminino no período da adolescência e perfeitamente passíveis de tratamento” (TCC 01/03 p. 3).

“Na avaliação psicológica, foi relatada pela paciente e por sua genitora, grande dificuldade em aceitar sua deformidade. Sentia um constrangimento contínuo referia não gostar de freqüentar lugares públicos, usava roupas bastante largas e não trocava-se junto a outras pessoas. Em conseqüência disso, tinha dificuldade de relacionamento. Relata que utilizava de certa agressiva como forma de defesa, para repelir as pessoas de seu convívio de modo a não lhe questionarem a respeito de sua deformidade” (TCC 01/03 p. 34).

- **TCC(s) vinculados ao atual PPP: unidades de texto representativas**

“Esses dois conceitos e suas realizações na prática clínica foram a base para o desenvolvimento da perimetria moderna. Em virtude de sua mecânica genial e de sua simplicidade, o perímetro Goldmann ainda é um instrumento padrão para a perimetria manual. Mesmo na era da perimetria computadorizada, ele permanece como instrumento da prática diária.” [...] “Com o incremento da tecnologia, um número cada vez maior de exame perimétricos se tornou automatizado. Uma série de instrumentos semiautomáticos foi desenvolvida nas décadas entre ao perímetros manuais de Goldmann, Aulhorn e Harms e o primeiro aparato totalmente automatizado inventado por Fankhauser por volta de 1975, o *Octopus 201*. estes aparelhos semiautomáticos em geral foram pouco aceitos, sendo utilizados por pouco tempo. (TCC 01/04 p. 9-10).

“Apesar dos avanços obtidos na perimetria computadorizada, existem ainda fatores que influenciam nos resultados e na interpretação dos

exames. Um destes fatores é a falta de experiência do paciente” (TCC 01/04 p. 17).

“Não há estudos extensivos no Brasil sobre o efeito de aprendizado na utilização dos diferentes tipos de estratégias recentes de perimetria computadorizada. Tendo em vista a importância do procedimento no acompanhamento clínico de pacientes glaucomatosos, o aprendizado deve ser levado em conta antes da conclusão diagnóstica que dará subsídios à terapêutica e à prevenção de perda maior da sensibilidade retiniana” (TCC 01/04 p. 41).

“A realização de uma fístula arteriovenosa tem como intuito o desenvolvimento da veia tanto em diâmetro como em espessamento da parede, de modo a tornar mais superficial o acesso ao sangue com pressão alta, que permite ser aspirado pela máquina sem colabar o sistema venoso. Desde a sua introdução, por Brescia e Cimino em 1966, e FAV radiocefálica término-lateral ou término-terminal tem sido o acesso de escolha para hemodíálises crônicas” (TCC 01/05 p. 2).

“Os aspectos da história pregressa que deve ser considerados são antecedentes de implante de cateter venoso central ou periférico, história de anticoagulação, presença de insuficiência cardíaca grave, uso de marcapasso, traumas prévios de membro superior ou tórax e outras comorbidades, notadamente *diabetes mellitus*” (TCC 01/05 p. 3).

“Outro aspecto é a ação moduladora do GH quanto à resposta tecidual à insulina. O excesso pode causar resistência insulínica, enquanto a deficiência de GH pode aumentar sua sensibilidade. Os análogos da somatostatina (OCT) possuem papel regulatório complexo na atividade neuroendócrina no trato gastrointestinal, são conhecidos por inibir a liberação de insulina entre outros peptídeos regulatórios (PARKINSON *et al.*, 2002)” (TCC 01/06 p. 61-62).

“Conclui-se que o Octreotide é uma medicação eficaz na redução dos níveis séricos de GH e IGF-1, com melhora importante da progressão dos sintomas de acromegalia e controle das patologias associadas como a hipertensão arterial, sendo bem tolerado e relacionado a efeitos colaterais de pequena intensidade, apresentando uma taxa de adesão bastante elevada. Constatou-se ainda que o uso em pacientes diabéticos é seguro, e em muitos casos, contribuiu para melhor controle glicêmico” (TCC 01/06 p. 65).

Tanto nos TCC(s) vinculados ao antigo PPP como naqueles vinculados ao atual PPP, as características dos paradigmas dominantes e flexneriano estão presentes. Parece não haver diferenças. Parece não haver novas questões. Parece não haver mudanças.

Quadro 4

Temas emergentes: Ciência com enfoque na tecnologia (Categoria Empírica 1)

Trabalhos de Conclusão de Curso vinculados ao Antigo PPP <ul style="list-style-type: none">• Entrevista Dirigida (Anamnese)• Exame / Terapêutico focado (Diagnóstico / tratamento)• Mensuração da doença (Eficácia terapêutica)• Sobreposição do tecnológico ao profissional médico (Método de imagem / método diagnóstico / técnica / tecnologia).
Trabalhos de Conclusão de Curso vinculados ao Atual PPP <ul style="list-style-type: none">• Entrevista Dirigida (Anamnese)• Exame / Terapêutico focado (Diagnóstico / tratamento)• Mensuração da doença (Eficácia terapêutica)• Sobreposição do tecnológico ao profissional médico (Método de imagem / método diagnóstico / técnica / tecnologia)

Fechando a categoria 1, destacamos temas emergentes dos TCC (s) apresentados no quadro 4, tais como: a entrevista dirigida, o exame/terapêutico focado, mensuração da doença, sobreposição do tecnológico ao profissional médico como tudo mais que, aqui, refletimos. Estes reduzem a realidade dos fenômenos/processos. Há uma exaltação da tecnologia e da capacidade da medicina de erradicar doenças de forma absoluta. Em contrapartida há uma subvalorização conceitual dos determinantes do processo saúde-doença, conforme o que já analisamos anteriormente.

3.3.2.2. Categoria Empírica 2: Saúde-Doença com ênfase na Saúde

Avaliamos ser relevante destacar os TCC(s) de onde emergem as unidades de texto registradas, evidenciando nestes uma preocupação com a saúde. Observamos isto, considerando os objetos escolhidos para os referidos estudos. Não é a doença nem os recursos tecnológicos que são enfatizados nestes trabalhos, e sim a saúde, posto que seja focalizada a preocupação com o risco, e o agravo, considerando os determinantes ambientais, hábitos, estilos de vida. Vejamos nos exemplos abaixo:

• TCC(s) vinculados ao antigo PPP: unidades de texto representativas

[...] Este trabalho também demonstrou que dentre as seqüelas, a grande maioria foram cicatrizes, entretanto outras bem mais graves foram referidas. Por outro lado uma limitação no estudo desta variável é o fato

de somente estarem freqüentando a escola os adolescentes que sofrem seqüelas pouco incapacitante, resultando em baixa proporção de seqüelas mais graves.” (TCC 02/01 p. 22).

Ainda que, os temas emergentes busquem uma preocupação com a saúde, no entanto, há uma ênfase na compreensão da saúde como ausência de doença. Há uma valorização dos fatores de risco. Estes são entendidos de maneira fragmentada. Aliado a isto, os trabalhos não apresentam reflexões interdisciplinares, bem como uma ação intersetorial na perspectiva do paradigma da integralidade. Observemos mais duas citações de trabalhos nesta perspectiva:

• **TCC(s) vinculados ao antigo e ao atual PPP: unidades de texto representativas**

“Assim, a predominância de um ou outro sexo dependeria de fatores como a prevalência dos mesmos em uma determinada população estudada, ou ainda, da metodologia usada no estudo, já que a fisiopatologia dessa nosologia independe de fatores relacionados ao sexo” (TCC 02/05 p. 33).

“Finalmente este estudo em seja que mais pesquisas devem ser realizadas em Belém para determinar a real prevalência dos acidentes de transito na adolescência, a fim de possibilitar que medidas preventivas, passivas e ativas, possam ser implementadas de forma eficaz” (TCC 02/01 p. 25).

• **TCC(s) vinculados ao antigo PPP: unidades de texto representativas**

“Serão realizadas entrevistas com a equipe multidisciplinar que acompanha os pacientes; monitorizar as atividades de prevenção e promoção da saúde oferecida pelos profissionais como palestra, orientações em grupos específicos e visitas domiciliares e análise de dados pertinentes da literatura” (TCC 02/02 p. 5).

Há uma sub-valorização da dimensão subjetiva, social/cultural/política presentes na saúde. E ainda, o entendimento do “paciente” mais como objeto de investigação, do que como sujeito ativo no seu processo de cura. Vejamos trabalhos orientados pelo atual PPP.

• **TCC(s) vinculados ao atual PPP: unidades de texto representativas.**

“Entende-se por prevenção primária para DAC a identificação e a intervenção nos fatores de risco modificáveis e, como prevenção secundária, a identificação e tratamento desses fatores de risco em pessoas com doenças aterosclerótica já estabelecida” (TCC 02/04 p. 2).

“[...] o paciente possui fatores de risco como: fumo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), idade superior a 40 anos e história familiar precoce de aterosclerose. O tratamento hipolipemiate deve ser prescrito conforme a III Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e mantido de forma contínua, a menos que as mudanças no estilo de vida permitam a obtenção dos níveis recomendados dos lipídios ou exclusão destes fatores de risco. Em geral, a adoção de medidas no estilo de vida deve preceder a introdução de fármacos na prevenção primária da DAC,

especialmente em indivíduos jovens ou mulheres em idade fértil” (TCC 02/04 p. 2-3).

Mesmo quando se fala em prevenção, promoção e recuperação da saúde, estas são entendidas de modo reducionistas, como ações isoladas, pontuais. Todas essas ações, porém, parecem se aproximar da perspectiva do paradigma de ciência dominante e no campo da saúde, no paradigma flexneriano:

- **TCC(s) vinculados ao atual PPP: unidades de texto representativas.**

“A maioria dos pacientes não referiu adesão satisfatória ao tratamento. Provavelmente, esse achado reflete a dificuldade em adquirir a medicação proposta ao seu tratamento na rede pública de saúde, tais quais biguanidas, sulfoniurêias e insulina, bem como vastatinas e fibratos, esses indisponíveis na Unidade Básica de Saúde (UBS) e de elevado custo” (TCC 02/05 p. 34).

Pelo que se observa no trecho citado outra vez há uma ênfase no aspecto protocolar na relação com o paciente. Há um roteiro antecipadamente previsto e sempre a ser seguido na busca de se enfrentar problemas de saúde. Este secundariza as condições de classe e a relação profissional de saúde /paciente e a ação intersetorial.

- **TCC(s) vinculados ao atual PPP: unidades de texto representativas.**

“O presente trabalho limitou-se na avaliação da evolução nutricional das crianças atendidas no PROAME, porém, em virtude da atuação de uma equipe multidisciplinar, fica a idéia e o incentivo a novos trabalhos, para que abordem outros aspectos do programa, contribuindo dessa forma para a otimização do serviço, com a obtenção de resultados cada vez promissores e de relevância institucional e regional” (TCC 02/06 p. 24).

“Dessa maneira, iniciativas como o PROAME do HFSCM-PA provocavam um grande impacto na qualidade da assistência e na mudança dos indicadores de qualidade de vida e de morbidade-mortalidade infantil” (TCC 02/06 p. 25).

“Para a avaliação das crianças foi utilizado com protocolo específico (APÊNDICE 4) elaborado pelos pesquisadores, em que foram levantados dados da criança (nome, número do registro, sexo, procedência, peso ao nascer, peso de admissão, aos 3 e 6 meses de vida e calendário vacinal) e dados maternos (idade, realização de pré-natal e tipo de parto) (TCC 02/06 p. 7, grifo nosso).

Quando se fala em multicausalidade e ação multidisciplinar, ações de promoção, prevenção e recuperação, estas são entendidas de forma compartimentalizadas. Esta concepção leva a uma ausência de diálogo entre as disciplinas. Neste sentido aponta para uma segregação do conhecimento científico, orientado para um policiamento das fronteiras, assim reprimindo a articulação entre as disciplinas. Dessa maneira a produção do conhecimento nestas bases

“acadêmico-investigativas” não tem oportunizado a produção de conhecimento interdisciplinar, nem a ação intersetorial.

É importante colocar em destaque numa certa linha diferenciada do que analisamos anteriormente alguns TCC(s) que incorporam uma aproximação tanto com o paradigma de ciência emergente quanto com o campo da saúde orientado pelo paradigma da integralidade, afastando-se da concepção do paradigma de ciência dominante.

Entendemos, no entanto, que apesar da proximidade estas produções acadêmico-investigativas não chegam a realmente apresentar uma concepção de saúde na perspectiva da concepção do paradigma de ciência emergente e de um conhecimento emancipatório. Nem tampouco apresentam relação, no campo da saúde, com o paradigma da integralidade.

Por outro lado, podemos afirmar que não se constituem em clássicos exemplares dos paradigmas dominantes e flexneriano. Então, temos produções que parecem se configurarem numa linha tênue, apontando para um caminho de busca, de localização, ainda fragilizados pela estrutura curricular, pautada na disciplinaridade. Neste caso, observa-se uma produção que materializa uma aproximação com a promoção da saúde à qualidade de vida, ou seja, com o paradigma da integralidade.

Esta tendência ocorreu tanto nas produções vinculadas ao antigo, como ao atual PPP. Tais indícios estão presentes, quando nestes trabalhos se assumem preocupações que articulam saúde com qualidade de vida, para além de ausência de doença circunscrita ao corpo, vejamos:

“É importante que as mães tenham fácil acesso ao serviço de saúde apto a auxiliá-las no período de amamentação e que divulguem as vantagens e as técnicas do aleitamento natural prolongado, pois observa-se que o aumento do conhecimento sobre as vantagens do aleitamento natural aumenta a prática do mesmo” (TCC 02/03 p. 4).

“O fato do acidente de trânsito ser um determinante externo não exime o profissional de saúde de ter uma postura de previsibilidade; porque esclarecendo o estudante sobre os danos que infrações no trânsito pode acarretar a si e aos outros, poder-se-á impedir não só seqüelas físicas, mas principalmente de destruir seus sonhos e projetos de vida” (TCC 02/01 p. 23).

“A questão do aleitamento materno, não é somente biológica, mas é histórica, social e psicologicamente delineada; estando a cultura, a crença e os tabus influenciando-a de forma crucial e interferindo na construção de uma herança sociocultural e determinando diferentes significados ao aleitamento para a mulher, desta maneira levando-a a amamentar ou não o seu bebê” (TCC 02/03 p.4).

“Em local voltado à formação de profissionais de saúde, onde se pressupõe que estes devam estar conscientizados da necessidade de sua participação ativa na promoção da prática do aleitamento materno exclusivo, julgou-se necessário investigar qual o impacto desses serviços sobre a prática do aleitamento materno” (TCC 02/03 p. 4).
“Outros sim, a falta de recursos financeiros, realidade de parte da população, traduzidos na impossibilidade de manter uma alimentação mais saudável, dificuldade de acesso regular à UBS e na aquisição de materiais adequados para atividade física ou de praticá-la sob orientação profissional adequada, poderiam ser outros grandes entraves para manter o programa de atenção ao paciente diabético” (TCC 02/05 p. 34).

Entendemos que estas produções acadêmico-investigativas, apesar de uma certa maneira aproximarem-se do paradigma da integralidade, ainda compreendem a saúde e o estar doente como fatos isolados, dizendo respeito principalmente ao portador, ao doente. O que implica que o conceito de saúde, acaba por ser compreendido simplesmente como ausência de doença. E não como qualidade de vida, na sua integralidade.

Isto significa dizer que, mesmo elegendo como objeto a saúde, o que já se constitui por si só uma aproximação com o paradigma da integralidade, não se pode compreender realmente como uma concepção paradigmática da integralidade, pois ao se analisar as condições de saúde há ênfase nas ações curativas. Portanto, há ainda evidências que a grande maioria destes TCC(s) se encontra no contexto do paradigma dominante de ciência, e no campo da saúde, articuladas ao paradigma flexneriano.

Quadro 5

Temas emergentes: Saúde-Doença com ênfase na saúde (Categoria Empírica 2)

<p>Trabalhos de Conclusão de Curso vinculados ao Antigo PPP</p> <ul style="list-style-type: none">• Ações Multiprofissional/multidisciplinar; (Ações de prevenção promoção e recuperação).• Educação em saúde; (Aleitamento materno e estado nutricional; Reeducação alimentar).• Ênfase no fatorismo/multicausalidade (Fatores ambientais; Rede de fatores sociais; Medidas preventivas passivas e ativas).• Saúde ausência de doença (Morbimortalidade).• Saúde pública, Unidade básica de saúde (relação verticalizada).
<p>Trabalhos de Conclusão de Curso vinculados ao Atual PPP</p> <ul style="list-style-type: none">• Educação em saúde; (Aleitamento materno e estado nutricional; Alimentação saudável).• Multicausalidade e multiprofissional; (Capacitação profissional; Equipe multiprofissional).• Ênfase no fatorismo; (Fatores de riscos isolados).• Sistema Único de Saúde (Espaço educativos de regras e comportamentos).

Fechando a categoria 2, estudada anteriormente, destacamos temas emergentes dos TCC(s) os quais analisamos, apresentados no quadro 5 tais como: ações multiprofissional/multidisciplinar, educação em saúde, ênfase no fatorismo/multicausalidade, saúde ausência de doença, saúde pública, unidade básica de saúde, Sistema Único de Saúde. Todos estes temas presentes nas produções acadêmico-investigativas tanto do atual como do antigo PPP.

Nas produções acadêmico-investigativas fica implícita uma visão do paradigma dominante, por exemplo, o destaque para a educação em saúde, cabendo ao profissional de saúde passar conteúdos, técnicos, científicos para as pessoas alvo destas necessidades. Apesar desta preocupação se constituir em temática relevante, ela é compreendida de forma reducionista, pois as ações são sempre setoriais, disciplinares.

3.3.2.3. Categoria Empírica 3: Saúde-Doença com ênfase na Doença

As unidades de texto no contexto da categoria Saúde-Doença com ênfase na Doença apresentam explícitas características do paradigma de ciência dominante que privilegia o funcionamento dos fenômenos em si mesmo em detrimento da integralidade destes. Privilegia-se a doença, o seu funcionamento, características de uma concepção mecanicista, articulando o corpo humano a uma máquina, com ênfase ao biologismo. Desenvolve-se um enfoque pragmático e funcionalista da medicina, deslocando o conhecimento para a descrição da doença, onde o ser humano como parte de um contexto social é pouco valorizado.

É notória a ênfase no avanço da especialização, da idéia de que, quanto mais restrito é o objeto mais rigoroso é o conhecimento acerca dele. Esta concepção está presente nas produções acadêmico-investigativas vinculadas ao antigo e ao atual PPP.

Observa-se uma ênfase no tecnicismo e na **história natural da doença**. Explicita-se nos mesmos um foco extremamente reducionista, inclusive do corpo biológico, não só do ser humano na sua diversidade étnica, cultural, política, subjetiva.

• TCC(s) vinculados ao antigo PPP: unidades de texto representativas

“Após prévia autorização verbal e escrita, a pacientes foi submetida ao seguinte protocolo: anamnese detalhada, exame físico geral e

dermatológico minuciosos, documentação fotográfica e biópsias incisivas” (TCC 03/01 p. 8).

“4.1. Identificação:

HMCC, faioderma, 30 anos, casada, autônoma, natural de Bujaru no estado do Pará (Pa) e residente no bairro do Coqueiro no mesmo estado.

4.2. **Queixa principal**

“**Manchas no corpo**”

4.3. **História da Doença Atual:**

Paciente refere aparecimento de manchas claras e escuras desde os 15 anos de idade, inicialmente nas mãos e a seguir, cotovelos, joelhos, região cervical posterior, pernas e tornozelos, intensificadas à exposição solar e com progressão das lesões até os 28 anos. Realizou tratamento ao s16 anos com medicações de uso tópico e sistêmico, cujos nomes não soube referir, por um período de 6 meses, não apresentando melhora. Negava a ocorrência de queimadura solar, exposição a agentes químicos e/ou história de traumatismos nos locais das lesões” (TCC 03/01 p. 10).

“4.4. Antecedentes Mórbitos Pessoais:

História de coqueluche, sarampo, varíola, caxumba e rubéola durante a infância. Nega patologias crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial, cirurgia e utilização de quaisquer medicações” (TCC 03/01 p. 11).

“4.5. Antecedentes Mórbitos Familiares:

“Negou relato de distúrbio de pigmentação nos pais, a vós e tios maternos e paternos [...] dos nove irmãos”

1) principalmente quanto à distribuição anatômica das lesões e suas características morfológicas, porém menos exuberantes” (TCC 03/01 p. 1,1grifo nosso).

• **TCC (s) vinculados ao atual PPP: unidade de texto representativa**

“As metástases constituem marcos biológicos dos tumores malignos representando a principal causa de morbidade e mortalidade relacionadas com o câncer sendo, portanto, alvos de intensa investigação. Para que as células tumorais se soltem de uma massa primária, penetrem nos vasos sanguíneos ou linfáticos e produzam um crescimento secundário em algum sítio distante, devem passar por uma série de etapas. Cada uma dessas etapas está sujeita a influência de vários fatores que podem levar inclusive a morte da célula que se separou” (TCC 03/05 p. 1).

As produções em destaque transformam o doente em partes esquadrihadas, em pedaços de corpos, havendo neste caso uma forte negação da dimensão subjetiva do processo saúde-doença. Este, aliás, jamais é visto como processo, e sim de forma estanque. A doença aqui é compreendida como a presença de sinais e sintomas, circunscritos no corpo físico. Neste sentido, é um conhecimento com ênfase no determinismo e descritivismo, esta concepção se mostra presente nas produções acadêmico-investigativas do antigo e atual PPP, continuemos nossa observação:

• **TCC (s) vinculados ao antigo PPP: unidades de texto representativas**

“Estudo de caso realizado a partir de revisão de prontuário médico, analisando dados coletados por meio de anamnese, exame físico e

exames complementares em paciente atendida em diversos serviços médicos e no ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Sírio Libanês, em Belém-Pará, no período de junho de 2001 a março de 2002” (TCC 03/03 p. 5).

“4.3. História da doença atual

A paciente iniciou, há aproximadamente dois anos e sete meses, quadro intermitente de náuseas, vômitos pós-prandiais imediatos, de conteúdo alimentar, associados à sudorese profusa, diarreia líquida, episódica, com períodos variáveis de remissão [...]” (TCC 03/03 p.7).

• TCC (s) vinculados ao atual PPP: unidade de texto representativa

“O abdome é considerado como sítio anatômico acometido com maior freqüência com metástase cutânea relacionados principalmente com carcinoma de cólon, pulmão e estômago” (TCC 03/05 p. 13).

Reduz-se a realidade, do processo saúde-doença ao âmbito exclusivo do fenômeno, circunscrito ao corpo biológico. Submete-se o conhecimento a uma relação reflexa passiva, na qual a ênfase está na capacidade da ciência de descrever e apropriar-se dos mecanismos de produção e reprodução dos processos fisiopatológicos. A investigação traça um caminho de busca da doença, negando o doente na sua dimensão de totalidade até mesmo na perspectiva do corpo biológico.

Assim, esta ciência avança na perspectiva da observação descomprometida com a totalidade da realidade e da integralidade do ser humano. E ainda, se faz necessário destacar, que ocorre a própria estetização da doença, há um êxtase nos achados mórbidos, vejamos:

• TCC(s) vinculados ao antigo PPP: unidade de texto representativa

“A região cervical posterior foi escolhida para a realização das biópsias devido a sua maior **exuberância clínica**, sendo obtidas duas amostras de tecido com o auxílio de pantch número 4, seguida de posterior sutura com fio de mononylon® 4.0 para efeito de melhor cicatrização” (TCC 03/01 p. 8, grifo nosso).

É exatamente pela concepção de ciência centrada no paradigma dominante flexneriano, que vamos encontrar as razões pelas quais, estas produções se constroem com tais características. No caso, na busca da previsibilidade dos comportamentos dos fenômenos, em sua sistematização, como também, em sua observação rigorosa, numa perspectiva compartimentalizada e fragmentada, observemos:

• TCC(s) vinculados ao antigo PPP: unidade de texto representativa

“Análise endoscópica digestiva alta, a persistência de gastrite crônica em corpo e antro, durante todo o período de evolução da doença. Por intermédio de pesquisa do trânsito intestinal foi observado um segmento do jejuno com espessamento das válvulas coniventes, compatível com edema. Ao exame enteroscópio foi realizada biopsia, cuja histopatologia demonstrou a existência de enterite” (TCC 03/03 p. 16).

No entanto, não pensemos como já refletimos no capítulo anterior deste trabalho, que o paradigma de ciência hegemônica/dominante se constitui numa perversão irracional, ele foi desenhado historicamente, tendo justificativas alicerçadas em um determinado momento do desenvolvimento do contexto histórico-social, de onde emergiu.

A concepção citada acima, parte das idéias para as coisas, e não das coisas para as idéias. A idéia de doença é circunscrita a fragmentos do corpo biológico. Assim, esta ao partir desta construção lógica, vai “coisificando”, desumanizando o conhecimento e as ações oriundas deste. Desse modo, são as idéias que sustentam a observação e a experimentação, vejamos:

- **TCC(s) vinculados ao antigo PPP: unidades de texto representativas**

“4.6. Interrogatório Complementar:

Do ponto de vista psíquico, a paciente demonstrava insatisfação e constrangimento social com a doença” (TCC 03/01 p. 11).

“A **pronta recuperação** do estado geral da paciente após a retirada da droga dispensou o **emprego de qualquer recurso terapêutico**, tanto que ela só retornou à consulta médica após algumas semanas” (TCC 03/03 p. 17, grifo nosso).

A seguir, analisamos uma unidade de texto advinda de uma produção acadêmico-investigativa que expressa um conteúdo, que já não está restrita a busca da doença circunscrita ao corpo biológico. Observa-se uma preocupação em ampliar o olhar para determinantes ambientais, sociais, culturais. Contudo, não há uma reflexão e ação que avance para o paradigma emergente, em busca de um conhecimento emancipatório. Nem tão pouco, que caminha na direção do paradigma da integralidade no campo da saúde. Afirmamos isto, considerando o silêncio da produção acadêmico-investigativa acerca de qualquer reflexão interdisciplinar ou ação intersetorial. Isto inviabiliza a produção de um conhecimento que estabeleça um diálogo com a realidade local mais ampla:

“No Pará as condições ambientais são propícias para o desenvolvimento da doença, face às precárias condições de saneamento encontradas tanto na periferia de Belém quanto nas numerosas comunidades que vivem nas

regiões ribeirinhas. [...] devemos ressaltar as características geofísicas da região, os aspectos culturais e nos hábitos e costumes da população, os quais podem influenciar sobremaneira a epidemiologia da doença em nosso meio, conferindo conotação diferente das demais regiões do país. [...] vale destacar os vários festivais folclóricos realizados por todo o interior e os inúmeros eventos religiosos efetivados em quase todos os municípios do Pará. [...] entre as atividades mais exploradas nesses eventos está o comércio de comidas e de bebidas típicas da região, o que pode condicionar a transmissão da doença na comunidade” (TCC 03/02 p. 4-5).

A unidade de texto citada apesar de focar a doença presente nas populações e não somente nos indivíduos, não caminha, contudo, na interpretação e na ação para o enfrentamento dos fenômenos. Isto ocorreu nas produções acadêmico-investigativa vinculadas ao antigo PPP, como o exemplar presente acima. A mesma abordagem se verifica nas unidades abaixo, vinculadas ao atual PPP. Assim, ao serem analisadas as condições de doença com base exclusivamente demográfica e epidemiológica, mais uma vez se explicitam a ênfase nas ações curativas, de modo estanque, não viabilizando o conhecimento interdisciplinar e a ação intersetorial, vejamos:

• TCC(s) vinculados ao atual PPP: unidades de texto representativas

As infecções das vias aéreas superiores (IVAS) aparecem como a causa mais freqüente dos atendimentos pediátricos, tanto em pronto-socorros como em consultórios, acometendo principalmente crianças entre seis meses e cinco anos de idade, com pico de incidência no outono e inverno e prognóstico favorável. Apresentam ainda alguns fatores predisponentes, como a escolaridade precoce. A alergia respiratória e a prática de aulas de natação. As IVAS podem ocorrer em seis a doze episódios por ano” (TCC 03/04 p.2-3).

“A doença diarreia é uma síndrome frequentemente relacionada à morbimortalidade infantil nos países em desenvolvimento.

Estima-se que, de 3 a 20% dos episódios de diarreia aguda, em crianças menores de cinco anos, transformam-se em diarreia persistente e, segundo associadas a esses episódios agudos.

No Brasil, cerca de 50.000 crianças morrem anualmente em consequência dessa enfermidade. Na Região Nordeste, onde o risco de morte é 5 vezes maior que na Região Sul, a mortalidade proporcional por diarreia em menores de 5 anos, em 1997, foi de 10,9%. Com o uso da TRO estima-se que cerca de 1 milhão de crianças, abaixo de 5 anos, terão suas vidas salvas em todo o mundo.

Em relação às infecções respiratórias agudas (IRA), estima-se que, a cada ano, aproximadamente 15 milhões de crianças morram antes dos cinco anos de idade, sendo mundialmente reconhecidas como o principal causa de morbimortalidade em todas as idades. Recentemente, o uso da vacina conjugada para pneumococos reduziu em 35% a incidência da pneumonia nos Estados Unidos, entretanto, devido ao seu alto custo, configura uma realidade distante para os países em desenvolvimento.

A asma é a doença crônica mais comum da infância. Estudos realizados em diferentes países sugerem que a prevalência entre crianças e

adolescentes está aumentando, assim como a taxa de hospitalização, apesar dos avanços consideráveis no seu conhecimento e do desenvolvimento de medicações eficazes. A repercussão da doença é muito importante, tanto econômica como socialmente, contribuindo para a sobrecarga dos serviços de saúde e constituindo um grave problema de saúde pública” (TCC 03/04 P. 2-3-4).

“Os fatores que impedem o controle da tuberculose no mundo estão relacionados a dificuldades na prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como às precárias qualidades dos serviços de saúde (HINO *et al*, 2005).

A grandeza dos valores dos indicadores que expressam a problemática da tuberculose na saúde impõe a necessidade de avaliação mais detalhada e específica das ações de controle da doença a nível local, bem como a realização de novos estudos clínico-epidemiológicos (SOARES, 2001)” (TCC 03/06 p. 3).

“Estudar o perfil clínico-epidemiológico dos casos de Tuberculose atendidos em uma unidade de referência (Belém-Pa)” (TCC 03/06 p. 5).

“Para a realização deste trabalho foi feito um estudo retrospectivo a partir da análise das Fichas de Registros e Controle de Tratamento [...] de todos os casos de tuberculose, segundo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, em pacientes de ambos os sexos, atendidos no CSEM no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005” (TCC 03/06 p. 6).

Quadro 6

Temas emergentes: Saúde-Doença com ênfase na doença (Categoria Empírica 3)

Trabalhos de Conclusão de Curso vinculados ao Antigo Projeto Político Pedagógico
<ul style="list-style-type: none">• História da doença (Queixa principal; Antecedentes mórbidos Paciente)• Diagnóstico; Transmissão; Lesões.• Desnutrição.• Ênfase no fatorismo; (Fatores determinantes; Incidência; Prevalência).
Trabalhos de Conclusão de Curso vinculados ao Atual Projeto Político Pedagógico
<ul style="list-style-type: none">• História da doença• Diagnóstico; Transmissão; Lesões.(Técnicas; Biópsia; Doença).• Perfil epidemiológico (Ênfase nos fatores em si; Prevalência; Morbimortalidade; Patologia).• Enfoque na higiene, tratamento (corpo biológico individualizado).• Sistema e educação em saúde (ações de educação com ênfase na doença).

Finalizando a categoria empírica 3, consideramos importante algumas reflexões acerca dos temas presentes neste conjunto de produções acadêmico-investigativas: história da doença, diagnóstico; transmissão; lesões, desnutrição, ênfase no fatorismo, perfil epidemiológico, enfoque na higiene e tratamento, sistema e educação em saúde. Todas estes temas denotam uma visão profundamente reducionista, vinculados a uma concepção reducionista baseada no fatorismo, que estabelece a idéia de vínculos externos entre os fatores. Isto já evidencia uma perspectiva compartimentalizada da doença enquanto estanque, fragmentada.

Por outro lado, somente o último tema elencado(Sistema Educação em Saúde), nessa categoria, apresenta uma singularidade em relação às demais, pois mesmo falando de doença, ressalta uma inserção da educação no contexto da doença. Avança, posto que, se observa uma preocupação em pensar a doença numa perspectiva que exige um conhecimento/ação na perspectiva multiprofissional e multidisciplinar.

3.3.2.4. Categoria Empírica 4: concepção metodológica

No capítulo 2 destacamos as características do paradigma de ciência dominante. Este paradigma busca na matemática, ou seja, nos aspectos quantitativos, a tradução das suas interpretações e produções, construindo instrumentos de análise segundo esta lógica de investigação. O rigor científico se afere pelo rigor das medições dos processos e dos fenômenos. Então, nesta direção, destitui-se o objeto de suas qualidades intrínsecas e em seu lugar passam a imperar as quantidades. Significa que, o que não é quantificável é cientificamente irrelevante.

Assim sendo, nessa concepção de ciência, conhecer significa dividir, classificar, os processos/fenômenos para depois determinar relações sistemáticas entre o que se separou. É um conhecimento que busca a construção de leis à luz de regularidades observadas. Produz-se um conhecimento por meio da quantificação e da universalização do mesmo.

Tanto na ciência dominante quanto no paradigma flexneriano, há um pressuposto metateórico que norteia as produções acadêmico-investigativas, considerando a busca de uma ordem estabelecida no mundo, que precisa ser traduzida. Defendem-se um modelo global totalitário, isto é, uma unicidade metodológica.

Tal paradigma epistemológico está assentado na crença que só se produz ciência quando se estabelece um distanciamento entre o trabalho científico e a realidade. Esta concepção epistemológica impôs uma ampliação desta distância, por meio do uso de metodologias quantitativas. Portanto, esta lógica não tolera a interferência de valores humanos, religiosos, culturais, políticos e outros.

Considerando o “mergulho” nas produções acadêmico-investigativas, afirmamos a explícita articulação destas, com o paradigma de ciência dominante,

como também no campo da saúde, ao paradigma flexneriano particularmente ao que tange à **concepção metodológica vigente nos TCC(s)**.

Estas características estão presentes nas produções acadêmico-investigativas do Curso de Medicina da UEPA independente de sua vinculação com o antigo e o atual PPP. Inexistem produções acadêmico-investigativas não quantitativas. Neste sentido, estão registradas algumas das unidades de texto representativas desta concepção:

• **TCC(s) vinculados ao antigo PPP: unidades de texto representativas**

01/01 Estudo de caso. Fontes: banco de dados/protocolos laudos. Oraís: (anamnese). Visuais: raio x. Quantitativa, com gráfico e tabelas. Quantitativa sem gráficos e tabelas e revisão bibliográfica.

02/01 Descritivo transversal análise inferencial (teste quiquadrado e análise estatística). (programa Epinfo). Fonte: questionários – sup e objetivas. Quantitativa, com gráficos e tabelas. Quantitativa sem gráfico e tabelas e revisão bibliográfica.

03/01 O estudo de caso; elaboração de protocolo; fontes: documentos, exames/laudos, oraís (anamnese) visuais: biopsias e fotografias. Quantitativa, sem gráfico e ou tabelas. Quantitativa sem gráficos e ou tabelas com revisão bibliográfica.

01/02 Estudo retrospectivo nos prontuários. Fontes visuais fluoroscopia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada; biopsia. Documentais: prontuários. Quantitativo com gráficos e tabelas. Quantitativo sem gráfico e tabelas e revisão bibliográfica.

02/02 Entrevistas com equipe multidisciplinar; Monitoramento das atividades da equipe. Fontes: documentais e oraís. Não tem. Quantitativa sem gráficos e tabelas.

03/02 Estudo revisou e analisou fichas epidemiológicas de 522 pacientes. Fontes fichas epidemiológicas. Quantitativo com gráficos e tabelas. Quantitativo sem gráficos e tabelas e revisão bibliográfica.

01/03 Casuística correspondente a um paciente. Fontes: anamnese e exames físicos revisão de prontuário. Não tem. Quantitativa sem gráfico e tabela e revisão da literatura.

02/03 Estudo com 531 crianças freqüentadoras do Centro S. Escola. Fontes: entrevistas (questionários de inf. gerais, exames antropométrico). Quantitativa com gráfico e tabela. Quantitativa sem gráfico e tabela.

03/03 Revisão de prontuário médico fontes: anamnese exames físicos exames complementares. Não tem. Quantitativa sem gráfico e tabela e revisão bibliográfica.

• **TCC(s) vinculados ao atual PPP: unidades de texto representativas**

01/04 Recrutados 30 indivíduos de visão presumidamente normal. Fontes: exames (medida de unidade visual, análise da variabilidade intra-individual de indicadores). Quantitativa com gráficos e tabelas. Quantitativa sem gráfico e tabelas.

02/04 Estudo transversal de pacientes atendidos nos ambulatórios de clínicas médicas, cardiológica e endocrinologista. Fontes: prontuários e protocolo de pesquisa. Quantitativo com gráficos e tabela. Quantitativo sem gráfico e tabelas.

03/04 Estudo retrospectivo, transversal de corte de dados referentes a 2.475 crianças de 0 a 16. Fontes: fichas de atendimento medido e protocolo de pesquisa. Quantitativo com gráfico e tabela. Quantitativo sem gráfico e tabelas.

01/05 Avaliação longitudinal e retrospectivamente dados obtidos em prontuários. Fontes: prontuários hospitalares. Quantitativo com gráficos e tabelas. Quantitativos sem gráficos e tabelas e revisão bibliográfica.

02/05 Estudo prospectivo e transversal. Fonte: 83 pacientes internados, os dados obtidos foram registrados em prontuários criados para o estudo. Quantitativo com gráficos e tabelas. Quantitativos sem gráficos e tabelas além de revisão bibliográfica.

03/05 Relato de caso. Fontes: anamnese, exames físicos geral e dermatológico. Não tem. Quantitativa sem gráfico e tabela.

01/06 Estudo avaliou 16 pacientes de modo prospectivo e retrospectivo. Fontes: entrevistas (anamnese e exame físico, procedimento de protocolo e exame de imagem). Quantitativo com gráfico e tabelas. Quantitativos sem gráfico e tabelas.

02/06 Estudo retrospectivo de avaliação nutricional. Fontes: prontuários (serviço de arquivo médico). Elaboração de protocolo por avaliação. Quantitativo com gráficos e tabelas. Quantitativo sem gráfico e tabelas.

03/06 Estudo retrospectivo. Fontes: fichas de registros. Quantitativo com gráfico e tabela. Quantitativo sem gráficos ou tabelas.

Quadro 7

Temas emergentes da concepção metodológica (Categoria Empírica 4)

Trabalhos de Conclusão de Curso vinculados ao Antigo Projeto Político Pedagógico
<ul style="list-style-type: none">• Banco de dados/protocolos laudos;• Estudo descritivo transversal;• Análise inferencial;• Elaboração de protocolo;• Estudo retrospectivo;• Monitoramento das atividades da equipe.
Trabalhos de Conclusão de Curso vinculados ao Atual Projeto Político Pedagógico
<ul style="list-style-type: none">• Estudo transversal e prospectivo;• Avaliação longitudinal e retrospectivamente;

Avaliamos os temas emergentes dos TCC(s) apresentados no quadro acima, ou seja: banco de dados/protocolos laudos, estudo descritivo transversal, análise inferencial, elaboração de protocolo, estudo retrospectivo, monitoramento das atividades da equipe, estudo transversal e prospectivo, avaliação longitudinal.

Vimos o quanto está explicitado a articulação destas temáticas para com os paradigmas de ciência dominante e o paradigma flexneriano no campo da saúde. Posto que há uma ênfase no objetivismo, entendido de modo linear, alicerçando todo o problema da verdade científica; uma ênfase na capacidade de fazer registros confiáveis e inferências válidas dos fenômenos, que deverão existir à margem de nossa consciência. Assim, é na linguagem matemática que, segundo este paradigma de ciência, possibilita a tradução dos fenômenos investigados.

3.3.2.5. Categoria Empírica 5: relação com Sistema de Saúde

Construímos esta categoria, como as demais, por entendermos que a relação para com o sistema de saúde, vivenciada no processo de educação médica, que se reflete nas produções acadêmico-investigativas, se constitui pista importante para desvelar as concepções do paradigma de ciência e do paradigma flexneriano no campo da saúde.

Desta maneira, indagamos, como a escola médica considera aspectos relacionados a pesquisa no campo de atenção primária e da gestão do sistema de saúde?

Avaliamos que a relação com o sistema de saúde desvela mazelas presentes nas outras categorias empíricas que emergem das produções acadêmico-investigativas, ou seja, a articulação com os paradigmas de ciência dominante e flexneriano no campo da saúde. Pelo fato de tal articulação ocorrer predominantemente, não se direcionando ao paradigma de ciência emergente. Nem tão pouco, no campo da saúde na direção do paradigma da integralidade. Dessa forma, observa-se que o programa Saúde da Família (implantado nacionalmente), é analisado como mais uma “especialidade”, assim, não se percebe uma compreensão de forma integral do “Saúde da Família” por parte das produções dos “alunos-concluintes”. Falta-lhes um entendimento deste programa, como uma estratégia de inversão de modelos, um grande articulador da atenção primária.

Tal como se viu anteriormente em relação à doença/saúde, bem como ao uso da tecnologia, observa-se uma forte tendência de compreensão do Sistema Único de Saúde, de modo também compartimentalizado, dificultando compreendê-lo de modo hierarquizado no atendimento à integralidade das necessidades de saúde da população.

Destacamos algumas unidades de texto que vêm ao encontro destas reflexões acerca da relação com o sistema. Embora estas façam pontualmente reflexões interessantes acerca do trabalho em equipe, do papel do profissional médico do programa Saúde da Família, contudo, o fazem numa perspectiva flexneriana e não na perspectiva da integralidade. Esta tendência é observada tanto nas produções acadêmico-investigativas vinculadas ao antigo como ao atual PPP.

Gostaríamos de destacar, porém, que essa avaliação reducionista não é exclusiva das produções acadêmico-investigativas dos alunos concluintes do Curso de Medicina da UEPA, se faz presente também na gestão do sistema de saúde como um todo, como já mencionamos na introdução deste trabalho.

- **TCC(s) vinculados ao antigo PPP: unidades de texto representativas**

“A estratégia do Programa Saúde da Família prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, atuando principalmente em educação, em saúde e seus fatores ambientais que podem ser modificados” (TCC 02/02 p. 3).

“O Programa Saúde da Família é constituído por equipes multiprofissionais, formadas por médicos, enfermeiros auxiliares de enfermagem e agentes de saúde e, mais recente (Outubro de 2000), deu-se a incorporação de dentistas à chamada equipe mínima. Cada equipe é responsável pelas famílias de uma determinada área (área descrita) no município [...] (TCC 02/02 p.7).

“O princípio operacional do Programa Saúde da Família, e a descrição da clientela proporcionam vínculos das unidades de Saúde da Família com a população que habita a área vizinha à unidade, o que tem possibilitado o resgate da relação de compromisso e de coresponsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Estes elos têm se constituído como grande diferenciador em relação ao modelo tradicional de prestação de serviços de saúde” (TCC 02/02 p. 7-8).

“Em local voltado à formação de profissionais de saúde, onde se pressupões que estes devam estar conscientizados da necessidade de sua participação ativa na promoção da prática do aleitamento materno exclusivo, julgou-se necessário investigar qual o impacto desses serviços sobre a prática do aleitamento materno” (TCC 02/03 p. 4).

“Como a maioria das mães das crianças atendidas no Centro de Saúde Escola – UEPA possuíam grau de escolaridade menor ou igual ao 1º grau, o percentual de aleitamento materno exclusivo observado entre as crianças no CSE – UEPA, pode ser devido tanto aos conhecimentos maternos prévios, como aos conhecimentos transmitidos à elas nas consultas de puericulturas. Outra hipótese é que este possível conhecimento prévio sobre os benefícios do aleitamento das mães com menor grau de instrução foram consolidados durante as consultas no Centro de Saúde Escola” (TCC 02/03 p. 26).

- **TCC(s) vinculados ao atual PPP: unidades de texto representativas**

“Um fato muito importante em relação ao PROAME foi a sua expansão para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), em parceria com as SESPA e UNICEF. Tal incentivo foi motivado após um estudo realizado em 1995 na capital que encontrou uma taxa de 3,8% de aleitamento materno exclusivo aos seis meses, enquanto entre as crianças inscritas no PROAME era de 62,9% (MARQUES, 2005)” (TCC 02/06 p. 23-24).

Quadro 8

Temas emergentes da relação com o Sistema de Saúde (Categoria 5)

<p>Trabalhos de Conclusão de Curso vinculados ao Antigo Projeto Político Pedagógico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa Saúde da Família; • Ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas; • Equipes multiprofissionais; • A descrição da clientela; • Vínculo das unidades de Saúde da Família; • Relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde; • Formação de profissionais de saúde; • Participação ativa na promoção da prática do aleitamento.
<p>Trabalhos de Conclusão de Curso vinculados ao Atual Projeto Político Pedagógico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidades Básicas de Saúde; • Parceria com as SESPAs e UNICEF; • Exclusividade do aleitamento materno.

Vejamos os temas organizados no quadro acima, ou seja: programa saúde da família, ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, equipes multiprofissionais, a descrição da clientela, vínculo das unidades de saúde da família, relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde, formação de profissionais de saúde, participação ativa na promoção da prática do aleitamento, unidades básicas de saúde; parceria com as SESPAs e UNICEF, exclusividade do aleitamento materno.

Os trabalhos estudados nesta categoria, mesmo trazendo esses temas, ainda ocorrem de modo reducionista, não fugindo à tendência que se observou nas demais categorias empíricas. Desse modo, não observamos uma articulação entre os vários níveis da rede de atenção existente no Sistema Único de Saúde. Embora nossa análise diga respeito estritamente às produções acadêmico-investigativas dos “alunos/concluintes”, os quais se constituem nosso objeto de estudo. No entanto, não podemos afirmar que, para além das produções acadêmico-investigativas estudadas, o Curso de Medicina da UEPA não estabeleça relação com a rede do Sistema Único de Saúde, de modo articulado e hierarquizado.

4. Percepções dos caminhos percorridos

A partir do “mergulho” que realizamos nas “águas claras/escuras, fartas” de conhecimentos/desconhecimentos acerca dos paradigmas de ciência e dos paradigmas de saúde e doença, e com base nos documentos analisados; estamos motivadas a apontar algumas reflexões como contribuição para o processo de educação médica. Nossa reflexão está pautada num diálogo fecundo entre alguns teóricos (do campo epistemológico e da educação médica) e nossa percepção da realidade empírica.

Neste sentido, o objeto de estudo além de nos possibilitar a análise dos documentos pertinentes à educação médica, nos confirmou o desejo de empreender transformações, para que este campo da educação possa vir a cumprir um papel histórico na perspectiva de um conhecimento emancipatório, com respeito ao ser humano na sua integralidade.

Nesta perspectiva é importante a produção de conhecimentos que venham ao encontro da realidade da grande maioria das pessoas, possibilitando a democratização destes, devendo partir das necessidades de saúde, existentes na

sociedade. Desta forma, atentando para um conhecimento que articule a realidade tanto integral quanto local, não negligenciando nenhuma delas. Por isso, consideramos fundamental a análise que construímos no capítulo 3 deste trabalho.

Analisando as produções no campo da saúde, identificamos, no capítulo 1 desta dissertação, que há uma inquietação de longa data em relação à educação médica, tanto do ponto de vista da realidade mundial como também da realidade brasileira. O número de eventos realizados referentes à educação médica fala por si só. Aliados também à realização de eventos e de proposições para o enfrentamento das debilidades e contradições da educação médica. Assim, é importante reconhecer que passos importantes foram efetivamente dados e que avanços significativos aconteceram.

Elegemos as produções acadêmico-investigativas, refletindo acerca das concepções paradigmáticas que de lá emergiram por acreditarmos no processo de investigação como um poderoso instrumento de desvelamento da construção de conhecimentos, que exige a busca incessante de criação e transformação de conhecimentos.

A escolha do objeto de estudo refletiu nosso olhar frente ao processo de educação médica, fruto de um longo “mergulho” no campo da saúde, o qual nos impregnou da urgentíssima necessidade de mudança nesse campo, em especial no que tange a educação médica. Por que nesta educação? Por entendermos a importância desse profissional para o referido campo. Posto que o médico tem importância no processo de trabalho em saúde, seja pelas repercussões objetivas, seja pelas repercussões subjetivas presentes também no imaginário da população.

Sabemos que na grande maioria dos casos, este profissional está presente junto às pessoas em momentos de fragilidades e sofrimentos, tendo assim que estar, necessariamente imbuído de uma responsabilidade social e humanística.

O nosso estudo destacou as produções acadêmico-investigativas, por entendermos que são “espelhos” por meio dos quais podemos “ler” a realidade e o perfil da educação médica, construído. Neste caso, em uma instituição de ensino pública, como já comentamos anteriormente. Também consideramos as concepções paradigmáticas de ciência e do processo saúde-doença. Isto porque a gênese das dificuldades e das possibilidades de avanços está profundamente

articulada à concepção paradigmática adotada pela escola médica, bem como, por unidades educacionais de qualquer área do conhecimento.

É verdade que o processo de produção de conhecimentos se estende para além dessas produções acadêmico-investigativas, assim como, para além do espaço da escola médica. No entanto, aquelas se constituem em um elemento emblemático, posto que, nelas estão implícitas e explícitas as prioridades defendidas pela educação médica. Neste sentido, a escola médica há de cumprir sua tarefa histórica articulada a alguma concepção paradigmática. Desse modo, tal escola poderá se constituir num instrumento de transformação, bem como num espaço de construção de um conhecimento emancipatório.

Imbuídos da clareza de que cumprimos a tarefa a qual nos propomos, e por meio dos conhecimentos que desvelamos/construímos, chegamos a reflexões acerca da necessidade mudanças/transformações, que urgem serem efetivadas na educação médica. Assim, ao término de nosso “mergulho” acadêmico-investigativo, vamos (des)construindo uma concepção de ciência que nos torna (a todos) míopes na leitura da realidade.

O paradigma dominante reduz a visão de mundo a dimensões mensuráveis, subvalorizando ou até mesmo negando a diversidade cultural, as condições de classe e os outros saberes produzidos pela sociedade em geral. Também se verifica, por parte da referida concepção, a hiperespecialização da educação médica, com excessiva parcialização do conhecimento científico.

Especificamente, considerando-se a educação médica desenvolvida pelo curso de graduação em Medicina da Universidade do Estado do Pará (instituição por nós estudada) vimos que o atual Projeto Político Pedagógico vigente a partir de 1999, mesmo apresentando certo avanço em relação ao projeto anterior do curso, ainda apresenta contradições no seu desenho curricular. Os referidos avanços, ainda que não tenham sido explicitados nas produções acadêmico-investigativas, ocorreram. Tais avanços podem ser reconhecidos no cotidiano dos alunos quando inseridos no SUS, desde a 1ª série, bem como ao desenvolverem um trabalho de conclusão de estágio ao final de cada série do curso.

Observamos a partir das produções acadêmico-investigativas dos alunos da UEPA, uma ênfase na educação centrada na competência técnico-científica, no

domínio dos instrumentos diagnósticos e dos encaminhamentos. Também, pelas escolhas dos temas dos trabalhos (objeto de investigação desta pesquisa) por parte dos “alunos-concluintes”, está implícita a ênfase nas especializações precocemente definidas. Observa-se ainda que os trabalhos estejam predominantemente restritos à uma concepção biomédica. Um outro importante fator que pode trazer uma fragilidade na educação médica e no compromisso da instituição para com as necessidades básicas de saúde existentes na realidade é o fato de não observarmos nos documentos estudados a clara definição de linhas de pesquisa.

Também observamos nesse estudo, a inexistência, por exemplo, de produções acadêmico-investigativas na perspectiva qualitativa. Assim como, vimos que a prioridade é a busca de se investigar, descrever e compreender a doença, e ainda observamos ser a abordagem da doença (e não da saúde) a prioridade nesta educação médica. Reconhecemos a necessidade e a importância destas preocupações temáticas, no entanto, nos parece ser de fundamental importância deslocar essa ênfase para a busca da saúde em todos os seus níveis.

O atual PPP do Curso de Medicina da UEPA defende princípios norteadores afinados com os paradigmas de ciência emergente e da integralidade no campo da saúde. No entanto, o seu desenho/arquitetura curricular ainda apresenta um somatório de disciplinas que dificultam o agir em equipe e um caráter interdisciplinar e transdisciplinar; isso se torna evidente pela ausência de algumas disciplinas como Filosofia, Antropologia e principalmente pelo silêncio de processos interdisciplinares, pelo menos, como modalidade de avaliação.

Sabemos que tudo isso são frutos de uma tradição paradigmática, centrada no modelo cartesiano de ciência, o que se fez necessário em um determinado momento histórico, mas já se mostra esgotado. O corpo humano e a vida não podem jamais serem compreendidos como máquinas que precisam ser “consertados” para funcionar.

Dentre os avanços no campo da educação médica queremos registrar a própria aprovação das novas Diretrizes Curriculares em 2001. Estas se constituem em um importantíssimo instrumento de transformação da educação médica na realidade brasileira.

É importante ressaltar que estudos no campo da educação médica já demonstram que várias escolas médicas, estão construindo propostas na perspectiva das novas diretrizes curriculares. As DCN(s) apontam na direção dos paradigmas de ciência emergente e da integralidade no campo da saúde, no sentido de um conhecimento emancipatório que pense a realidade de forma integral, conforme já avaliamos no capítulo 3 deste trabalho.

As novas Diretrizes Curriculares exigem o compromisso da escola médica de possibilitar ao futuro médico uma formação geral com as competências básicas, no sentido de inserir-se no mercado de trabalho. Nesta direção, temos que pensar o processo saúde doença enfatizando a saúde e não a doença – nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Para as DCN(s) o ensino da prática deve se dar no sistema de saúde existente, em graus crescentes de complexidade, com ênfase para as necessidades básicas de saúde da população, buscando uma concepção interdisciplinar, transdisciplinar e a construção de ações intersetoriais. Assim, considera, portanto, os determinantes do processo saúde-doença e a importância de se estabelecer o fortalecimento da rede de serviços no sistema público de saúde.

Há necessidade de um acompanhamento da dinâmica do mercado médico. No entanto, este acompanhamento deverá estar impregnado pela reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos, com ênfase, porém, nos aspectos humanísticos da prestação de serviços de saúde, nas suas complexas dimensões epistemológicas culturais/políticas e éticas.

É necessário buscar a utopia a ser alcançada no campo da educação médica, uma formação contextualizada considerando-se a defesa da vida, o que necessariamente exige um paradigma de ciência constituindo-se como emergente. E assim, no campo da saúde “perseguir” um paradigma da integralidade, o qual, necessariamente conduz à construção de um novo modelo pedagógico, visando uma relação articulada entre excelência técnica e relevância social.

Nesse sentido, propomos **metodologias ativas** para o processo ensino-aprendizagem. Estas possibilitam a formação de uma consciência crítica, em que se busca relação entre a realidade teórica e a empírica, ensejando acrescentar sempre novas oportunidades de reflexão/ação. Este processo de aprendizagem

médica deve estar centrado no aluno, e em seu papel enquanto sujeito ativo em formação. Deve também estar centrado no professor enquanto facilitador, o que exige, por outro lado, capacitação docente.

A formação continuada/permanente do professor universitário deve ser priorizada para atender essas novas exigências da realidade social no campo da educação médica. Educação esta que tem que ampliar o seu olhar em busca de dar conta, tanto da competência técnico-científica, quanto da competência didático-pedagógica.

Conclui-se, desta maneira, que se faz necessário estar alicerçado em um modelo curricular integral que materialize a concepção do paradigma de ciência emergente e no campo da saúde do paradigma da integralidade – para um conhecimento emancipatório. Isto necessariamente exige articulações entre as universidades, os serviços e as populações por meio dos seus fóruns comunitários.

Então, as produções acadêmico-investigativas dos “alunos-concluintes”, expressariam problemas da realidade local que poderiam engendrar um novo leque de linhas de pesquisa. É importante lembrar que nesta direção há importantes propostas dos Ministérios da Educação e o da Saúde que articulam ações do ensino e serviço, em defesa de uma educação médica com ênfase nos problemas e necessidades no contexto da atenção primária de saúde. Significa dizer, que o ensino-aprendizagem estaria centrado em problemas sanitários prevalentes na realidade de saúde.

Uma educação médica com ênfase nos problemas sanitários implicaria em mudanças, em uma reorientação pedagógica. Esta deveria motivar não somente às pesquisas vinculadas ao aprimoramento tecnológico ou aos estudos que enfrentassem os processos patológicos; mas preponderantemente, aquelas investigações que respondessem às prementes necessidades das populações, com ênfase na humanização e na elevação da qualidade dos serviços prestados as pessoas, ou seja, em defesa da vida.

Enfim, enquanto integrante desse contexto, pensamos que há muito a fazer: O trabalho por nós produzido apontou a necessidade de um novo Projeto Político Pedagógico para o Curso de Medicina da UEPA, inclusive isto é uma exigência das novas Diretrizes Curriculares Nacionais. O projeto deverá ser construído coletivamente, envolvendo toda a comunidade acadêmica que venha ao encontro

da concepção paradigmática de ciência emergente e no campo da saúde ao paradigma da integralidade. Essa vinculação da ordem individual com a ordem coletiva, que permite compreender o sentido da educação médica para a defesa da vida, só é possível quando esta educação está articulada ao fortalecimento da atenção primária para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Neste sentido, a relevância social defendida pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais não é somente a interação com a população, mas sim o fortalecimento da educação médica, na busca da responsabilidade social; bem como a compreensão do direito social à saúde. Assim, é necessário romper com a visão tecnológica da medicina, visto que, nesta visão, as doenças funcionam como um desafio à ciência. Desse modo, se instiga a desenfreada necessidade em combater a doença, como foco central da educação médica. Nesse sentido, se fortalece uma idéia desenvolvimentista, na qual há o entendimento de que as descobertas acabarão com as doenças e venceremos a morte.

A idéia desenvolvimentista acirra os interesses corporativos entre grupos de profissionais, laboratórios e indústrias de equipamentos, tornando-se inclusive, mediadora da luta entre o saber e o poder econômico, – como bem tem mostrado vários estudos desenvolvidos nesse campo de conhecimento – significa refletir que o poder econômico e o saber tem se apresentado como dimensões da realidade, no campo da saúde, que estão profundamente articuladas entre si. Assim, se faz necessário avançar, na busca da produção de conhecimentos relevantes socialmente, em defesa dos interesses/necessidades da grande maioria das pessoas de nossa realidade, ou seja, de um paradigma de ciência que se traduza em senso comum.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcio José de. **Educação médica e saúde**: possibilidade de mudanças. Londrina: UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999. 196 p.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. (Trad.) Pedrinho Guareshi. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. 516 p.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas (Org.). **Metodologia da problematização**: experiências com questões de ensino superior. Londrina: Editora UEL, 1998.

BOGDAN, Roberto; BIKLEN, Sari Knopp. (Trad.) ÁLVARES, Maria João; SANTOS, Sara Bahia dos; BAPTISTA, Telmo Mourinho. **Investigação Qualitativa em Educação**. Cidade do Porto: PORTO EDITORA, 1994. 336 p.

BOTELHO, João Bosco. **Medicina e religião**: conflito de competência. Manaus: Metro Cúbico, 1991. 320 p.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Resolução. CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**, Brasília, DF.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 317 p.

BUCHEILLET, Dominique. **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: CESUPA; Museu Emílio Goeldi; UEPA (co-edição), 1991. 544 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec. 1991. 175 p.

_____. **A Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992. 220 p.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. 236 p.

CANESQUI, Ana Maria. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. 283 p.

CHAVES, Mario Magalhães; ROSA, Alice Reis. **Educação médica nas Américas**: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez, 1990. 209 p.

_____. Mario Magalhães. **Educação médica**: uma mudança de paradigma. Rio de Janeiro: Boletim ABEM, 2000. 28(4):10-11.

CONDURÚ, Marise Teles; MOREIRA, Maria da Conceição Ruffeil. **Produção científica na universidade**: normas para apresentação. Belém: EDUEPA, 2004. 126 p.

CUNHA, Vanja Dantas. **A questão da saúde na perspectiva da “Clientela” do bairro do Guamá**: uma prática alternativa. 1985. 50 f. Trabalho de Conclusão Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Pará, 1985.

ESTRELLA, Eduardo. **Medicina y estructura sócio-econômica**: Quito-Ecuador-Universidade Central. Belém: 1981. 371p.

_____.Eduardo (Org.); CRESPO, Antonio. **Salud y poblacion indigena de la amazonia**. Quito – Ecuador. v. 2: 1993. 305 p.

FERREIRA, José Roberto. **A educação médica na América Latina 20 após o estudo de Juan César Garcia**. Revista Brasileira de Educação Médica, 1992. 16(1):11-5 p.

FEUERWERKER. Laura Camargo Macruz. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998. 190 p.

GADAMER, Hans-George. (Trad.) COSTA, Antônio Luz. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006. 174 p.

_____. CASANOVA, Marco Antônio. **Hermenêutica em retrospectiva: Heidegger em retrospectiva**. 1 v. Petrópolis: Vozes, 2007. 127 p.

_____. CASANOVA, Marco Antônio. **Hermenêutica em retrospectiva: A virada hermenêutica**. 2 v. Petrópolis: Vozes, 2007. 208 p.

GARCIA, Juan César; NUNES, Everardo Duarte (Org.). **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989. 238 p.

GRAMSCI, Antônio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989. 244p.

GRANDA, Edmundo; BREILH, Jaime. (Trad.) CARVALHEIRO, José da Rocha. **Investigação da saúde na sociedade**: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989. 214 p.

GUIMARÃES, Reinaldo (Org.). et al. **Saúde e medicina no Brasil**: contribuição para um Debate. 4. ed. Rio de Janeiro. v. 3.: Graal, 1984. 293 p.

HABERMAS, J. **Conhecimento e interesse**. Os pesadores. São Paulo: Abril, 1980. 301 p.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002. 233 p.

LANDMANN, Jayme. **Medicina não é saúde**: as verdadeiras causas da doença e da morte. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983. 327 p.

LOWY, Michael; PIETRO, Reginaldo Di. **Método dialético e teoria política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. 141 p.

MEMÓRIAS DEL I SIMPOSIO SALUD Y POBLACIÓN INDÍGENA DE LA AMAZONIA, 1., 1993, Quito - Ecuador. **Salud y población indígena de la amazonia** ... Quito - Ecuador: 1993. 306 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 300 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 380 p.

_____. Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 393 p.

_____. Maria Cecília de Souza. (Org.); GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 106 p.

MOACYR, Scliar. **Cenas médicas: pequena introdução a história da medicina**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1996. 74 p.

NUNES, Everardo Duarte; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Sobre a Sociologia da Saúde: origens e desenvolvimento**. São Paulo: Hucitec, 1999. 231 p.

OLIVA, Alberto (Org.). **Epistemologia: a cientificidade em questão**. Campinas: Papyrus, 1990. 224 p.

OLIVEIRA, Ivanilde Apoluceno de. **Filosofia da Educação: Reflexões e Debates**. Belém: UNAMA, 2003. 240 p.

PIMENTEL, Alceu José Peixoto (Org.); ANDRADE, Edson de Oliveira (Org.); BARBOSA, Genário Alves. **Os estudantes de medicina e o ato médico: atitudes e valores que norteiam seu posicionamento**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004. 144p.

REDE unida. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/redeunida/oficinas/OFICINA%2001%20%20Com%20Logo%5B1%5D.doc>>. Acesso em: 10 set. 2007.

RIBEIRO, José Mendes (Org.); COSTA, Nilson do Rosário. **Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ENSP, 1996. 196 p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. Rio de Janeiro: VOZES, 2002. 59 p.

_____. **Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado**. São Paulo: Cortez, 2006. 814p.

_____. **Para um novo senso comum: a ciência, o direito e política na transição paradigmática**. São Paulo: Cortez, 2007. 383 p.

III SEMINÁRIO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – MESTRADO DA UEPA, 2006, Belém. **Educação, Cultura, Identidade e Diversidade Amazônica ...** Belém: UEPA, 2006. 224 p.

SZYMANSKI, Heloisa (Org.); ALMEIDA, Laurinda Ramalho de; PRANDINI, Regina Célia Almeida Rego. **A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva**. Brasília: Líber Livro Editora, 2004. 87 p.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. Belém: UNAMA, 2003. 187 p.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria.** São Paulo. CORTEZ/ABRASCO, 1989. 230 p.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativo:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003. 612 p.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, Centro de Ciências Biológicas do Curso de Medicina. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina.** Belém: 1999. 32 p.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, Centro de Ciências Biológicas do Curso de Medicina. **Manual de elaboração de trabalho de conclusão de curso.** Disponível em: <<http://www.uepa.br/ccbs/nupem>>. Belém: 2007. 149 p.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. (Part.) VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec, Sobral: Uva, 2001. 336 p.

APÊNDICE A

Quadro de Estudo I Matriz de análise I As lentes para poder “ler”

Concepção de ciência Boaventura de Souza Santos

PARADIGMA DOMINANTE	PARADIGMA EMERGENTE
<ul style="list-style-type: none">✓ Domínio das ciências naturais; de onde parte por meio da observação sistemática e rigorosa destes fenômenos.✓ Modelo global totalitário. Unicidade metodológica.✓ Dicotomia entre: senso comum e conhecimento científico, natureza e pessoas.✓ Teoria prévia e pensamento dedutivo✓ Parte das idéias matemáticas para o estudo da natureza, conhecer significa quantificar. ✓ Produz conhecimento através da operacionalização e generalização da verdade científica por meio da quantificação e da universalização do mesmo. ✓	<ul style="list-style-type: none">✓ Todo conhecimento científico-natural é científico-social. ✓ Nega a dicotomia ciência natural e ciência social.✓ Opõem a visão mecanicista ✓ Nega a distinção entre orgânico e inorgânico✓ Estabelece a relação entre natureza-cultura; natural/artificial; vivo/inanimado; mente/matéria; observador/observado; subjetivo/objetivo, coletivo/individual; animal/pessoal, corpo/alma.✓ Conhecimento não dualista. Fenômenos naturais estudados como fenômenos sociais. ✓ Acata a pluralidade metodológica, cada

- ✓ Conhecer é dividir e classificar e depois determinar relações sistemáticas entre o que se separou.
 - ✓ Conhecimento da previsibilidade do comportamento dos fenômenos.
 - ✓ Privilegia o funcionamento das coisas, em detrimento da finalidade, do sentido das coisas.
 - ✓ Há privilégio da causa formal, nega a intenção na produção do conhecimento.
 - ✓ Pressuposto metateóricos, a idéia de ordem estabelecida no mundo.
 - ✓ O passado se reflete no futuro; conhecimento utilitário e funcional.
-
- ✓ Modelo mecanicista, a idéia do mundo, redução dos fatos sociais e suas dimensões mensuráveis.
 - ✓ Arbitrariedade no espartilhamento do real, avanço na especialização, idéia de quanto mais restrito é o objeto, mais rigoroso é o conhecimento acerca deste.
 - ✓ Segrega uma organização do SABER orientada para policiar as fronteiras entre as disciplinas; reprime a articulação entre as mesmas.
 - ✓ Com a excessiva parcialização e hiperespecialização do Saber científico, fez do cientista um ignorante especializado.
 - ✓ Na medicina verifica-se que a hiperespecialização do saber médico transforma o doente em partes esquadrihadas sem articulação entre si; colaterais O médico generalista corre o risco de ser convertido em um novo especialista ao lado dos demais.
 - ✓ o saber farmacêutico busca uma nova lógica para enfrentar os efeitos da hiperespecialização no campo da farmacologia, ocasionada pela fragmentação da mesma.
 - ✓ Criam-se novas disciplinas buscando enfrentar problemas de fragmentação do saber, sem dá conta, posto que elas partem da mesma concepção de ciência.
 - ✓ Um conhecimento com ênfase no determinismo e descritivismo
 - ✓ Dicotomia entre sujeito e objeto de conhecimento
 - ✓ Distanciamento do trabalho científico em relação a realidade, não tolerando

- método é uma linguagem e a realidade responde na linguagem em que foi perguntada.
- ✓ Introdução dos conceitos de historicidade e processo de liberdade e auto-determinação.
 - ✓ Articulação dos saberes da física e psicologia.
 - ✓ A mente é mais ampla, sendo esta apenas uma parte do sistema social global.
 - ✓ Todo conhecimento é local e total.
 - ✓ A pessoa quanto autor e sujeito do mundo e a natureza no centro da pessoa.
 - ✓ Ciências analógicas todo conhecimento é total e local, Incentiva os conceitos locais e teorias locais e migram para outros lugares cognitivos e podem ser utilizados em seu contexto de origem.
 - ✓ A Fragmentação do conhecimento é temática.
 - ✓ O conhecimento avança à medida que seu objetivo se amplia em busca das interfaces.
 - ✓ Conhecimento que concebe através da imaginação e generalização através da qualidade e da exemplaridade.
 - ✓ Conhecimento sobre as condições e possibilidades da ação humana, projetada no mundo a partir de um espaço tempo local.
 - ✓ Maior personalização do trabalho científico
 - ✓ Todo conhecimento é auto conhecimento.
 - ✓ A ciência não se descobre cria-se e é auto criativa, auto biográfica e auto referenciável, conhecimento que une o que somos e o que estudamos.
 - ✓ Aproximação do discurso literário e do discurso científico. O conhecimento tem que melhorar o viver.
 - ✓ Um conhecimento não só para sobreviver mais para saber viver.
 - ✓ Todo conhecimento científico visa constituir-se em senso comum. Dialoga com outras formas de conhecimento deixando penetrar-se por ela.
 - ✓ Reconhece a dimensão utópica e libertária do conhecimento e do senso comum.

interferência de valores humanos, religiosos e etc.

- ✓ A ruptura epistemológica significa o salto qualitativo do conhecimento do senso comum para o conhecimento científico.

Reproduz-se colado as trajetórias e experiências de vida.

- ✓ Reconhece o senso comum como um conhecimento interdisciplinar
- ✓ Acredita que o conhecimento científico é feito de várias racionalidades
- ✓ A ruptura epistemológica acontece do conhecimento científico para o senso comum, acredita no desenvolvimento tecnológico em quanto sabedoria de vida.

APÊNDICE B

Quadro de Estudo II Matriz de análise II As lentes para poder “ler”

Paradigma no Campo da Saúde (Vários autores)

PARADIGMA FLEXNERIANO	PARADIGMA DA INTEGRALIDADE
<ul style="list-style-type: none">✓ Ênfase na história da doença;✓ Conhecimento fragmentado em disciplinas;✓ Ensino centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas;✓ Capacitação docente centrada na competência técnica-científica;✓ Ênfase no ensino com domínio dos instrumentos diagnósticos e encaminhamento;✓ Hospitalocêntrico (ênfase na prática no hospital);✓ Vivência no Sistema de Saúde de modo focado sem articulação entre seus vários níveis de complexidade;✓ Ênfase na especialidade;	<ul style="list-style-type: none">✓ Compreensão da saúde/doença como processo;✓ O processo ensino/aprendizagem centrada no aluno em defesa do seu potencial criativo;✓ Educação humanística ética com compromisso social e respeito a diversidade cultural;✓ O ensino da prática com ênfase para as necessidades básicas de saúde;✓ O ensino da prática com articulação aos vários níveis existentes no Sistema Público de Saúde em graus crescentes de complexidade;✓ Busca de conhecimento interdisciplinar transdisciplinar e ação intersetorial;✓ Capacitação docente que articulam competência técnica-científica e competência didático-pedagógica.✓ Compromisso com o aluno e profissional médicos para com a participação social e com o sistema público de saúde.

APÊNDICE C

Quadro de Estudo III Matriz de análise III As lentes para poder ler

Concepções de Saúde (Vários autores)

AUTOR1 – Minayo (2006)	AUTOR 2 – Mendes (1999)
[...] Saúde é um bem complexo, compartilhado indistintamente por todos os segmentos e diversidades sociais. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, saúde e doença expressam agora e sempre, no corpo ou na mente, particularidades biológicas, sociais e ambientais vividas subjetivamente, na peculiar totalidade existencial do indivíduo ou dos grupos. As formas como cada pessoa e a sociedade onde ela se insere experimentam esses fenômenos cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais lidam com seu medo da morte e exorciza seus fantasmas (p. 30).	“Saúde é, então, resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um ‘viver desimpedido’, um modo de ‘andar a vida’ prazeroso, seja individual, seja coletivamente. O que pressupõem determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos sócias.”

OMS	A saúde é definida neste documento como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”.
VIII CNS	Afirma-se um conceito ampliado de saúde, como resultante de condicionantes sociais, políticas e econômicas.
SUS (lei orgânica)	A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.
CARTA DE OTAWA (1986)	“A paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade são requisitos fundamentais para a saúde.”

Apêndice D

QUADRO 1

CATEGORIAS METODOLÓGICAS (ORG. DOS CONTEÚDOS DA PRODUÇÃO ACADÊMICO-INVESTIGATIVA)

Identificação TCC	Objetivos (indicado)	Método e Técnicas (indicados)	Revisão Bibliográfica	Resultados (características)	Discussão (características)	Conclusão
01//01	Demonstrar os resultados obtidos quanto ao sexo faixa etária e sinais clínicos e laboratoriais, disposição anatômica apendicular, fase patológica da apêndice e evolução intra e pós-operatória em 70 casos de apendicectomia vídeo-laparoscópica.	Estudo de caso. fontes: banco de dados/protocolos laudos orais: (anamnese) visuais: raio x	Não tem	Quantitativa, com gráfico e tabelas.	Quantitativa sem gráficos e tabelas e revisão bibliográfica.	Concluiu-se que a apendicectomia vídeo-laparoscópica pode ser realizada em ambos os sexos e qualquer faixa etária, em todas as formas evolutivas da apendicite e disposição anatômica do apêndice cecal.
02/01	Conhecer as características dos acidentes de trânsito ocorridos dos 15 aos 19 anos de idade nos estudantes do terceiro ano do ensino médio da rede escolar pública e particular do município de Belém, Pará.	Descritivo transversal análise inferencial (teste quiquadrado e análise estatística). (programa Epiinfo) Fonte: questionários – sup e objetivas.	Não tem	Quantitativa, com gráficos e tabelas.	Quantitativa sem gráfico e tabelas e revisão bibliográfica.	[...] No perfil epidemiológico, se acidentaram mais os adolescentes do. [...] de possibilitar que medidas preventivas, passivas e ativas, possam ser implementadas de forma eficaz.
03/01	Relatar um caso de discromatose de [...], avaliando os aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e diagnósticos diferenciais [...] no presente caso e confrontá-lo com os dados referentes a algumas das discromatoses citadas na literatura mundial.	O estudo de caso; elaboração de protocolo; fontes: documentos, exames/laudos, orais (anamnese) visuais: biopsias e fotografias.	Não tem	Quantitativa, sem gráfico e ou tabelas.	Quantitativa sem gráficos e ou tabelas com revisão bibliográfica.	Na ausência de outra discromatose que mais se assemelhasse [...], os autores questionam sobre a possibilidade de tratar-se de uma variante clínica da [...] reticulada de Dohi ou uma outra discromatose ainda não descrita [...].

Fonte: TCC dos alunos do curso de medicina da UEPA 2007

Identificação TCC	Objetivos (indicado)	Método e Técnicas (indicados)	Revisão Bibliográfica	Resultados (características)	Discussão (características)	Conclusão
01/02	Estudar a eficácia das biópsias transtorácicas orientadas por tomografia computadorizada, ultra-sonografia ou fluoroscopia no diagnóstico de lesões malignas intratorácicas, realizadas no Hospital Ofir Loyola.	Estudo retrospectivo nos prontuários. Fontes visuais fluoroscopia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada; biópsia. Documentais: prontuários.	Não tem	Quantitativo com gráficos e tabelas	Quantitativo sem gráfico e tabelas e revisão bibliográfica	A biópsia transtorácica no HOL mostrou-se um meio eficaz para determinação do diagnóstico de lesões malignas intratorácicas, principalmente quando o tipo de orientação utilizada foi a tomografia computadorizada, o que concorda com os relatos da literatura mundial.
02/02	Abordar o acompanhamento oferecido ao paciente diabético, hipertenso e obeso, pelo Programa Família Saudável [...].	Entrevistas com equipe multidisciplinar; Monitoramento das atividades da equipe. Fontes: documentais e orais	X	Não tem	Quantitativa sem gráficos e tabelas	A abordagem multiprofissional [...] aos pacientes [...] segue da família. [...] que os profissionais encontram dificuldades para a realização dessa abordagem, [...] os fatores econômicos e culturais os principais empecilhos.
03/02	Estudar o comportamento epidemiológico da febre tifóide no Estado do Pará identificando fatores determinantes da incidência e prevalência da doença em nosso meio.	Estudo revisou e analisou fichas epidemiológicas de 522 pacientes. Fontes fichas epidemiológicas.	Não tem	Quantitativo com gráficos e tabelas.	Quantitativo sem gráficos e tabelas e revisão bibliográfica	febre tifóide [...] doença endêmica/epidemias, [...] no interior do Estado. Acomete principalmente pessoas do sexo M, e da f/e de 0 a 30/20 anos, de idade que [...] está relacionada com a falta de saneamento e baixo grau de instrução.[...]

Identificação TCC	Objetivos (indicado)	Método e Técnicas (indicados)	Revisão Bibliográfica	Resultados (características)	Discussão (características)	Conclusão
01/03	Relatar um caso de Síndrome de Poland e descrever o tratamento cirúrgico reparador da assimetria torácica em dois tempos, com a utilização de expansor tissular e prótese de silicone.	Casuística correspondente a um paciente. Fontes: anamnese e exames físicos revisão de prontuário.	X	Não tem	Quantitativa sem gráfico e tabela e revisão da literatura	[...] utilização de expansor tissular seguida da interseção de implante de silicone [...] opção a correção da asst. torácica em pacientes portador da Síndro[...], em técnica pouco agressiva, com baixo risco de complicações, ideal em p jovens e com excelentes resultados estéticos.
02/03	1. Avaliar a ocorrência da prática do aleitamento materno em crianças atendidas no Centro de Saúde Escola – UEPA. 2. Correl. o t de a/m exclusivo com: estado nutricional, renda familiar, escolaridade materna, crianças: e atendidas regular em consultas de Puericultura; atendidas eventual CSE.	Estudo com 531 crianças freqüentadoras do Centro S. Escola Fontes: entrevistas (questionários de inf. gerais, exames antropométrico)	Não tem	Quantitativa com gráfico e tabela	Quantitativa sem gráfico e tabela	prática do aleitamento materno foi elevada as crianças atendidas no CS-UEPA. [...] O a/m exclusivo foi mais registrado em crianças [...], protegendo-as de estados graves de desnutrição. Não foram obs. Dife. estatis. Significa. Quand. comparado o t. de a/m exclusivo com renda familiar e escolaridade materna. [...]
03/03	Relatar um caso de envenenamento por t.e, que evolui com náuseas, vômitos persistentes, diarréia e acentuada perda ponderal.	Revisão de prontuário médico fontes: anamnese exames físicos exames complementares	Não tem	Não tem	Quantitativa sem gráfico e tabela e revisão bibliográfica	relatam um caso raro de envenenamento crônico por t.e com [...] digestivas, que regrediram após a retirada da droga. [...] no diagnóstico diferencial de quad similares [...].

Fonte: TCC dos alunos do curso de medicina da UFPA 2007

Identificação TCC	Objetivos (indicado)	Método e Técnicas (indicados)	Revisão Bibliográfica	Resultados (características)	Discussão (características)	Conclusão
01/04	Avaliar o efeito de aprendizado em indivíduos normais submetidos à perimetria computadorizada com programa SITA -Fast.	Recrutados 30 indivíduos de visão presumidamente normal. Fontes: exames (medida de unidade visual, análise da variabilidade intra-individual de indicadores.	X	Quantitativa com gráficos e tabelas	Quantitativa sem gráfico e tabelas	As estr. SITA, introdu. [...], demonstram vantagens quando comparadas ao teste FT. O conhecimento do aprendizado que pode ocorrer com esse novo tipo de algoritmo ainda é de grande importância, tanto em condições normais quanto em condições em que já existe compromet. do c. visual.
02/04	Determinar a prevalência da utilização do perfil lipídico e da terapia hipolipemiante, quando indicada, nos pacientes atendidos nos ambulatórios de clínica médica, cardiologia e endocrinologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto.	Estudo transversal de pacientes atendidos nos ambulatórios de clínicas médicas, cardiologia e endocrinologista. Fontes: prontuários e protocolo de pesquisa.	Não tem	Quantitativo com gráficos e tabela.	Quantitativo sem gráfico e tabelas	o perfil lipídico é pouco solicitado de maneira geral e a terapia hipolipemiante tende a ser pouco estabelecida nas clínicas estudadas.
03/04	Verificar as doenças prevalentes nas crianças atendidas nos Centro de Saúde-Escola UBS-Marco, no período de março a junho de 2004.	Estudo retrospectivo, transversal de corte de dados referentes a 2.475 crianças de 0 a 16. Fontes: fichas de atendimento medido e protocolo de pesquisa.	Não tem	Quantitativo gráfico e tabela	Quantitativo sem gráfico e tabelas	crianças at. na UBS-Marco apresentaram IVAS como a patologia prevalente faixas etárias: neonatal, lactente, pré-escolar, e adolescente. [...] estas caracterís. epidemiológicas, em geral, semelhantes às encontradas na literatura pesqui.

Identificação TCC	Objetivos (indicado)	Método e Técnicas (indicados)	Revisão Bibliográfica	Resultados (características)	Discussão (características)	Conclusão
01/05	Realizar uma avaliação clínico-epidemiológica das fistulas arteriovenosas autógenas em pacientes acompanhados pelo Serviço de Negriologia do Hospital Ofir Loyola (Belém-Pará).	Avaliação longitudinal e retrospectivamente dados obtidos em prontuários. Fontes: prontuários hospitalares.	Não tem	Quantitativo com gráficos e tabelas.	Quantitativos sem gráficos e tabelas e revisão bibliográfica.	O tratamento foi a confec. de nova FAV em sítio mais proximal, em função do diagnóstico tardio da oclusão na série apresen. e pelos maus resultados verificados na literatu. quando da realização da trombectomia.
02/05	Traçar o perfil clínico-epidemiológico do paciente diabético tipo II internado no Hospital de Clínicas Gaspar Viana, no período de março a outubro de 2004.	Estudo prospectivo e transversal. Fonte: 83 pacientes internados, os dados obtidos foram registrados em prontuários criados para o estudo	X	Quantitativo com gráficos e tabelas	Quantitativos sem gráficos e tabelas além de revisão bibliográfica.	O p. epidemiológico do paciente diabético no s. de clínica médica do HCGV, no período de 16 de março a 15 de agosto de 2004 [...], apresentando como complicações e comorbidades mais frequentes a hipertensão arterial, distúrbios cardiovasculares, visuais e nefropatia.
03/05	Relatar um caso de metástase cutânea de carcinoma de mama e fazer a revisão da literatura.	Relato de caso. Fontes: anamnese, exames físicos geral e dermatológico.	X	Não tem	Quantitativa sem gráfico e tabela	As metástases cutâneas apesar de serem consideradas eventos raros em pacientes com neoplasias internas, devem entrar no diagnóstico diferencial de lesões de pele de surg. abrupto. [...] é considerado, com mais frequência, produz metástase para a pele, sendo o padrão clínico variá.

Identificação TCC	Objetivos (indicado)	Método e Técnicas (indicados)	Revisão Bibliográfica	Resultados (características)	Discussão (características)	Conclusão
01/06	Objetivos gerais: avaliar a eficácia do uso do Octrotide LAR nos pacientes. Obj. espe.: Comparar o uso de octreotide LAR terapia primária em pacientes, em relação a pacientes subme. à cirurgia; Avaliar os efeitos colaterais do uso do octreotide; Avaliar a taxa de adesão ao tratamento; Avaliar a evolu. das comorbidades.	Estudo avaliou 16 pacientes de modo prospectivo e retrospectivo. Fontes: entrevistas (anamnese e exame físico, procedimento de protocolo e exame de imagem).	X	Quantitativo com gráfico e tabelas.	Quantitativos sem gráfico e tabelas	Sendo bem tolerado e relacionado a efeitos colaterais de pequena intensidade, apresentando uma taxa de adesão bastante elevada. Constatou-se ainda que o uso em pacientes diabéticos é seguro, e em muitos casos, contribuiu para melhor controle glicêmico.
02/06	Demonst. a evolu. nutricional das crianças atendidas no P. de Aleitam. Materno Exclusivo do (HFSCMPA), no perí. Jan. 04 a dez. 05. enfati. aspectos como a realização do pré-natal; tipo de parto; idade materna e o calen. o vacinal da criança.	Estudo retrospectivo de avaliação nutricional. Fontes: prontuários (serviço de arquivo médico). Elaboração de protocolo por avaliação.	Não tem	Quantitativo com gráficos e tabelas.	Quantitativo sem gráfico e tabelas.	As crianças atendidas no P. de Aleita. Materno [...]. Foi obs. que 99,0% das mães realizaram pré-natal; 54,1% eram jovens; 57,7% dos partos foram normais e 97,4% das crianças tinham calendário vacinal completo.
03/06	Estudar o p. clínico-epidemiológico dos casos de tuber. atendidos em uma U.R (Belém-Pa).	Estudo retrospectivo. Fontes: fichas de registros.	Não tem	Quantitativo com gráfico e tabela.	Quantitativo sem gráficos ou tabelas.	O p. clínico-epidemi. dos casos de tubercu. atendidos em uma UR (Belém-Pa), no período de 2000 a 2005 foi do sexo m., na f.e de 21 a 30 anos [...], apresentando bacioscopia positiva, utilizando esquema terapêutico I, tendo alta por cura.

Fonte: TCC dos alunos do curso de medicina da UEPA 2007

APÊNDICE E

Quadro 2

Categories Estruturais Organização dos aspectos de apresentação da produção acadêmico- investigativa

Identificação	Ano	Nº de autores	Nº de páginas	Nº de Apêndices	Nº de Páginas de Anexos
TCC – 01/01	2001	01	37	02	183
TCC – 02/01	2001	01	25	02	113
TCC – 03/01	2001	01	30	02	450
TCC – 01/02	2002	02	28	11	401
TCC – 02/02	2002	02	24	02	97
TCC – 03/02	2002	01	29	01	138
TCC – 01/03	2003	02	61	-	134
TCC – 02/03	2003	01	27	03	347
TCC – 03/03	2003	02	18	-	60
TCC – 01/04	2004	02	54	10	-
TCC – 02/04	2004	02	19	04	-
TCC – 03/04	2004	02	29	04	-
TCC – 01/05	2005	02	34	05	-
TCC – 02/05	2005	02	42	05	01
TCC – 03/05	2005	02	36	04	-
TCC – 01/06	2006	02	65	02	02
TCC – 02/06	2006	02	26	04	-
TCC – 03/06	2006	02	32	01	02

ANEXO A

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 a 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.

1- 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 continua coma as demais instâncias do sistema de saúde sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo realizar em conta que a responsabilidade da atenção à saúde à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tendo em nível individual como coletivo;

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

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 prática. Para este fim, os mesmos devem possuir competência e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas baseadas em evidências científicas;

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 de informação;

VI – **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 tomar 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 consequente 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 com 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-científico 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 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 a 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 – conhecimentos 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 faces 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 – gestão, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao 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 programa 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 com 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, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação e Medicina deverão contribuir par 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 e 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 relevante 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, 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 com referência as Diretrizes Curriculares.

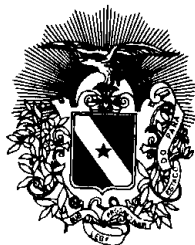
§2º O curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a 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 Macedo

Presidente da Câmara de Educação Superior

ANEXO B



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA

**Belém-Pará
1999**

ANEXO C

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

**Manual de Elaboração de
TCC(S)
NUPEM**

**Belém
2007**



Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Sociais e Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação
Travessa Djalma Dutra, s/n – Telégrafo
66113-200 Belém-PA
www.uepa.br