

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I.....	13
1.1. CAMINHOS PERCORRIDOS PELA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL.....	13
1.2. PROPOSTAS DE MUDANÇA NO ENSINO MÉDICO NO BRASIL.....	26
1.2.1. COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS – CINAEM	27
1.2.2. CHANGING MEDICAL EDUCATION: AN AGENDA FOR ACTION	29
1.2.3. NETWORK OF COMMUNITY-ORIENTED EDUCATIONAL INSTITUTIONS FOR HEALTH SCIENCES – NETWORK.	30
1.2.4. PROPOSTA DE GESTÃO DE QUALIDADE NA EDUCAÇÃO MÉDICA.	32
1.2.5. UMA NOVA INICIATIVA NA EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – UNIÃO COM A COMUNIDADE - PROGRAMA UNI.....	33
CAPÍTULO II.....	36
2.1. PENSAMENTO COMPLEXO E INTEGRALIDADE COMO FUNDAMENTOS DA FORMAÇÃO E DA PRÁTICA MÉDICA	36
2.2. O MODELO DE INTEGRALIDADE NO ENSINO DA MEDICINA.....	43
2.3. O MÉDICO: SUJEITO ÉTICO E RESPONSÁVEL	48
CAPÍTULO III.....	51
3.1. ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS INTEGRATIVAS DESENVOLVIDAS NAS FACULDADES PRIVADAS DE ENSINO MÉDICO NO RIO DE JANEIRO	51
3.1.1. DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE GRADUAÇÃO DE MEDICINA.....	51
3.2. GRADUAÇÃO EM MEDICINA NA UNIVERSIDADE GRANDE RIO – PROFESSOR JOSÉ DE SOUZA HERDÍ - UNIGRANRIO.....	56
3.2.1. PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM NA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIGRANRIO	59
3.3. GRADUAÇÃO EM MEDICINA NA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ –UNESA	79
3.3.1. PROCESSO ENSINO–APRENDIZAGEM NA FACULDADE DE MEDICINA DA UNESA	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Este estudo pretende identificar estratégias da abordagem integrativa na formação do profissional de saúde e na prática médica no estado do Rio de Janeiro, a partir da análise da relação estabelecida entre as Faculdades de Medicina da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO) e da Universidade Estácio de Sá (UNESA), instituições privadas de ensino médico, e o Sistema Único de Saúde, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação de Medicina, homologadas pelo Ministério de Educação (MEC), em 2001, à luz do pensamento complexo e da abordagem da integralidade.

A expansão das faculdades privadas de ensino médico no estado do Rio de Janeiro, a partir da última década do século XX, não foi acompanhada pela construção de hospitais-escola vinculados a estas instituições. Essa lacuna vem sendo preenchida pela articulação das faculdades privadas a estabelecimentos (municipais e estaduais) da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando a formação do corpo discente na educação médica. A análise das formas diferenciadas de articulação, como fortalecimento da medicina primária em nível ambulatorial, co-gestão em postos de saúde municipais para otimização de programas específicos do Ministério da Saúde (diabetes, saúde da mulher, hanseníase, campanhas de imunização, hipertensão arterial, dentre outros), disseminação do Programa de Saúde da Família – PSF e convênios com hospitais terciários emergenciais, constitui o substrato para a compreensão das relações entre o ensino médico ministrado nos estabelecimentos privados e o serviço de saúde, na perspectiva de identificar campos potenciais do desenvolvimento teórico-prático e a consonância destes com as Diretrizes Curriculares Nacionais preconizadas pelo MEC.

O exame do processo de constituição dos acordos estabelecidos entre as faculdades particulares e os estabelecimentos da rede de saúde poderá contribuir para a compreensão das

especificidades da educação médica e das contradições da escola médica e seus possíveis avanços na direção da integralidade. Tal análise pretende elucidar se a articulação das faculdades privadas com os estabelecimentos da rede do SUS, por si só, garante a implementação de propostas de mudanças e, conseqüentemente, a formação do médico integral que, além de articular o conhecimento produzido na academia aos serviços de saúde e à comunidade, atua no setor de saúde, a partir de uma visão da realidade constituída por processos dinâmicos, em que fenômenos físicos e antropossociais interagem de forma orgânica e complexa.

O entendimento desta questão pressupõe uma análise da visão do caminho percorrido desde a adoção quase universal do paradigma flexneriano até o momento presente em que a implantação e o desenvolvimento da educação médica tem se preocupado em superar o pensamento unidimensional, reducionista, fundamentador da pedagogia da transmissão dos conhecimentos e de formas especializadas de desempenho técnico e profissional, objetivando estabelecer um processo educativo que contribua para a melhoria dos serviços de saúde e das condições de vida da população.

A reflexão da articulação entre o referencial teórico-metodológico e a práxis médica demanda uma revisão da literatura sobre o tema e a análise dos documentos produzidos anteriormente sobre as questões relativas ao estudo. O levantamento de documentos nas Bibliotecas Públicas pretende consolidar informações e subsidiar as análises desse estudo. Realizada prioritariamente nas bibliotecas da Associação Brasileira de Educação Médica – (ABEM), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), do Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva (NESC) e nos endereços eletrônicos do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e na Organização Pan-Americana de Saúde, a pesquisa bibliográfica fundamenta o trabalho de campo que se caracteriza pela construção de conhecimentos, a partir da coleta de informações, do relato de fatos, do estabelecimento de relações de forças, da análise de dados, entre outros

procedimentos metodológicos, em que se desvenda realidades mascaradas por uma série de determinações, que só se tornam visíveis a partir do confronto da realidade concreta com as hipóteses estabelecidas no estudo científico.

Neste estudo, o trabalho de campo processa-se através das seguintes etapas: definição do instrumental de trabalho – depoimentos, entrevistas e questionários; visitas às instituições privadas de ensino médico e aos estabelecimentos de Saúde (municipais e estaduais); aplicação de instrumentos de pesquisa e levantamento de informações e dados com os graduandos e com profissionais do sistema educacional de saúde que permitam explicitar as dimensões e as complexidades que envolvem os objetivos do estudo; sistematização e discussão teórico-metodológica das informações coletadas.

Para realização do trabalho foram aplicados 145 questionários com alunos das turmas do 5º ao 12º períodos da Faculdade de Medicina da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO) e 140 com alunos das turmas dos mesmos períodos da Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá (UNESA). Além dos 38 questionários respondidos pelos professores/coordenadores/ dos cursos de graduação de Medicina da UNIGRANRIO, identificados pela sigla UNI, e dos 40 da UNESA, identificados por esta sigla, foram realizadas 45 entrevistas com estes profissionais, na perspectiva de aprofundar a temática a partir de seus depoimentos orais. A adoção de siglas numeradas para identificação dos profissionais entrevistados deu-se em função da preservação de suas identidades.

A identificação das estratégias integrativas pauta-se, portanto, nas falas dos diretores, coordenadores e professores entrevistados e nos questionários respondidos por estes profissionais de saúde e pelos alunos das respectivas faculdades, além da análise documental.

A exigüidade do tempo para realização desta pesquisa impediu que as entrevistas fossem estendidas também para os alunos e orientou a priorização de alguns enfoques na elaboração dos questionários.

O questionário dirigido aos profissionais de ensino de saúde contém trinta e nove questões relacionadas ao enfoque teórico adotado na Universidade, à abordagem pedagógica, aos cenários da prática e à promoção e oferecimento de cursos de atualização, de pós-graduação *lato e stricto sensu* e/ou educação permanente (anexo I).

As vinte e nove questões dirigidas aos alunos referem-se aos mesmos aspectos, sofrendo as adaptações necessárias para uma maior compreensão do processo ensino-aprendizagem desenvolvido nessas Instituições de Ensino Superior (anexo II).

Embora os questionários tenham sido elaborados pautados nos aspectos acima referidos, as análises dos mesmos foram empreendidas em sua totalidade, tendo em vista a inter-relação e a interdependência desses aspectos na formação do médico.

No primeiro capítulo, o panorama histórico da educação médica no Brasil destaca as propostas de mudança que se contrapõem ao paradigma flexneriano, cuja estrutura caracteriza-se por uma visão biologicista, hospitalocêntrica, com ênfase nas especializações sem, contudo, elaborar uma revisão exaustiva dessa trajetória, dos modelos adotados e de suas tendências de mudança sobre os quais inúmeros autores já se debruçaram, por não se pretender dissecar o tema, mas desvendá-lo sob seus múltiplos enfoques de interesse.

O capítulo II aborda o pensamento complexo e a integralidade como fundamentos da formação e da prática médica brasileira na perspectiva de contribuir para a compreensão da possibilidade de implementação de estratégias integrativas que traduzem saúde como qualidade de vida e valorizam a medicina preventiva e a promoção da saúde, a fim de subsidiar o entendimento do setor saúde em seu caráter multidimensional e do profissional médico como sujeito responsável e ético.

No capítulo III, uma descrição dos fundamentos legais que norteiam os cursos de graduação de Medicina no país subsidia a análise que recai sobre o processo ensino-aprendizagem desenvolvido nas Faculdades de Medicina da UNIGRANRIO e da UNESA, na

perspectiva de identificar as propostas curriculares integrativas elaboradas no âmbito de seus projetos político-pedagógicos e implementadas no processo de formação médica, a partir de construções coletivas e de pressupostos da abordagem da integralidade.

1. CAPÍTULO I

1.1. CAMINHOS PERCORRIDOS PELA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

O ensino superior no país e, particularmente, o ensino médico brasileiro tem um histórico relativamente recente, tendo em vista que as primeiras escolas médicas foram instituídas na Bahia (Curso médico-cirúrgico) e no Rio de Janeiro (Escola de Anatomia e Cirurgia), por ocasião da transferência da Corte Portuguesa para o Brasil, em 1808. Segundo Batista e Silva (1998, p. 21), em 1813, essas instituições tornaram-se Academias Médico-Cirúrgicas e, em 1832, constituíram-se como Faculdades de Medicina. Essa última transformação teve um importante significado no ensino médico, na medida em que o modelo passou a centrar-se preferencialmente na observação clínica, conforme orientação dos princípios adotados nas Escolas Médicas de Paris. Em 1854, ocorreu a primeira reforma que propunha a ratificação da duração do curso em seis anos, a criação de laboratórios, de gabinetes, de horto botânico e de uma maternidade. Em relação à gestão administrativa, definiu uma junta de catedráticos associada ao diretor para o gerenciamento das faculdades. Entretanto, essas mudanças organizacionais não foram suficientes para incorporar as concepções materialistas, positivistas e darwinistas, propugnadas à época, permitindo a manutenção da mentalidade conservadora ligada à Igreja Católica.

Somente em 1898 foi implantada uma nova faculdade de medicina, em Porto Alegre, determinando que o Brasil adentrasse o século XX com apenas três escolas médicas. Número este bastante inferior as 57 escolas norte-americanas existentes naquela época. No período compreendido entre o início do século e a década de trinta, o número de faculdades médicas aumentou para 12, sendo todas públicas. A revolução de 1930 acarretou alterações

significativas no país com repercussões no campo educacional, intensificando o movimento de criação dessas instituições (31 fundadas até 1960, majoritariamente públicas).

O quadro mundial instalado após a Segunda Guerra Mundial foi palco de grandes transformações, com reflexos diretos no cenário interno brasileiro. O país emerge do conflito com algumas conquistas representadas no campo da saúde pela consolidação do sistema de assistência médica e de previdência social, pela regulação do exercício da medicina e pela organização dos médicos em associações. Nota-se uma reorganização de forças, com o declínio das influências político-culturais européias e ascensão dos Estados Unidos da América como uma das potências hegemônicas. O modelo pedagógico, orientado pelo academicismo francês e pela pesquisa da escola alemã, foi sendo substituído pelo realinhamento com a escola norte-americana que possibilitou a difusão dos princípios educacionais cientificistas elaborados pelo médico norte-americano Abraham Flexner, no início do século XX.

Comissionado para realizar um trabalho sobre a educação médica em seu país, Flexner elaborou um estudo que contemplou uma gama de temas, abarcando assuntos específicos da formação acadêmica médica, passando até por questões como a participação feminina no trabalho médico e a inclusão de minorias na assistência. Este documento lançou as bases para a consolidação de um paradigma de medicina cientificista que teve influência, tanto como instrumento de formação, quanto nas relações da prática médica.

Nomeado Relatório Flexner, esse informe apresentava como características principais (MARSIGLIA, 1995, p. 21-22):¹

- a) a sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso, como ocorria nas escolas alemãs (anatomia, fisiologia, bioquímica, farmacologia, histoembriologia, bacteriologia e patologia);

¹Relação Ensino/Serviços: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil, p. 21-22.

- b) a pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde e concentração nos aspectos de atenção médica individual;
- c) a valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar, recomendando-se que as faculdades tivessem seu próprio hospital de ensino, e considerando impróprio o uso de outros serviços;
- d) a recomendação para que o hospital de ensino contasse com um corpo clínico próprio e permanente;
- e) a limitação da assistência ambulatorial apenas aos casos em que precisavam de internações;
- f) a organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade;
- g) o ensino da assistência obstétrica dentro do hospital e não fora dele;
- h) a recomendação para que o hospital de ensino contasse com um número grande de leitos para cada aluno: quatrocentos leitos para cinquenta estudantes.

Nessa concepção, o indivíduo era abordado apenas como um ser biológico, compartimentalizado e isolado em relação à natureza bio-político-social que o envolvia. Os pressupostos médicos revestiam-se de um caráter neutro e universal, sendo a formação médica determinada por razões técnicas (“cientificamente fundamentadas”), capazes de qualificar o profissional da saúde e de adequá-lo ao modo de produção capitalista.

O modelo flexneriano provocou séria crise na prática médica, pois pretendia oferecer embasamento científico aos docentes a partir da associação da “clínica” com o “laboratório”. Neste ponto, sugeria que o microscópio e a pipeta fossem associados ao estetoscópio no instrumental do trabalho médico cotidiano. Ao considerar estas exigências científicas, o Relatório elegia o cenário hospitalar como o local ideal para a formação médica.

Aquí (no hospital de ensino), o estudante toma a história do doente, conduz o exame clínico, realiza exames microscópicos e laboratoriais, propõe o diagnóstico, sugere o tratamento. Para tanto, ele tem acesso fácil a todos os setores do hospital, seus leitos

estão sob sua contínua observação desde o dia em que “seu” paciente é admitido até o momento da alta ou advento do óbito. (LIMA-GONÇALVES, 2002, p. 190)

A despeito das resistências, o modelo foi amplamente implantado nos Estados Unidos, em função da alocação de recursos das fundações privadas. Deixar de compreender o momento histórico em que esta reforma aconteceu e as circunstâncias que a determinaram impede que se perceba seu papel no desenvolvimento científico da profissão, tendo em vista que, até então, o ensino médico era caótico por formar profissionais em poucos anos. O Relatório Flexner contribuiu para uma regulamentação e disciplinarização do processo de formação, fortalecendo sua base experimental.

Restrepo afirma serem

valiosas y profundas las anteriores premisas que expresan de por sí el flexnerismo en toda su extensión. Fueron válidas en su tiempo, y son válidas ahora en cuanto consideran la educación médica como una actividad universitaria la formación del profesional de la medicina con fundamento en la ciencia, el humanismo y el método científico, pero con hondo sentido de responsabilidad social, la excelencia académica frente al equivocado concepto de la falsa democratización através de una deficiente educación médica para las clases menos pudientes, la condena a las escuelas de medicina creadas con ánimo de lucro.

Lima-Gonçalves reforça o tema ao afirmar que

é preciso não esquecer que o modelo flexneriano foi formulado e desenvolvido na primeira década do século XX. Disto devem lembrar-se os que, com rapidez e superficialidade, criticam Flexner, impressionados com as distorções que o modelo, por ele proposto, possa ter sofrido. (2002, p. 190)

A consolidação do método científico na questão médica, enfatizado no modelo flexneriano, deu impulso às pesquisas, com a conseqüente ampliação do conhecimento traduzido na criação e no fortalecimento das especialidades médicas, fomentando uma dicotomia entre ciências básicas e área clínica.

A incorporação dos avanços tecnológicos na prática médica, como a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética, proporcionou inegável benefício nas esferas diagnósticas e terapêuticas. Aliado a este fato, inúmeras técnicas de anestesia e de procedimentos (laparoscopia, litotripsia, endoscopia) foram desenvolvidas que, em

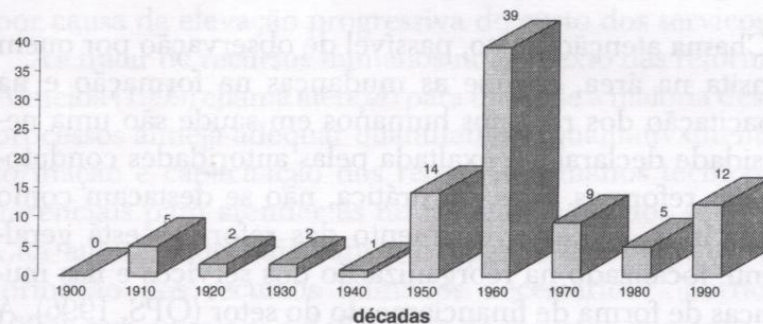
substituição a eventos cirúrgicos extensos, contribuíram para reduzir os custos financeiros, pessoais e familiares.

Entretanto, o contínuo desenvolvimento científico e tecnológico que, baseado na diversificação e sofisticação das possibilidades propedêuticas e terapêuticas assistenciais, geralmente com custeio elevado, aliado à priorização da ótica individual sobre o coletivo e à rigorosa divisão entre corpo e mente, geralmente com negligência dos aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença, vem contribuindo para um questionamento e para uma reflexão sobre a adequação deste modelo às necessidades da atual conjuntura.

O modelo flexneriano, implementado no Brasil nas décadas de 1940-1950, ocorreu em paralelo ao processo de reestruturação das faculdades médicas existentes e da criação de um grande contingente de novas unidades de ensino: Medicina, Odontologia e Enfermagem. O incremento dessas unidades de ensino intensificou-se ao longo da década de 1960 e no início da década de 1970, em decorrência do crescimento econômico, do desenvolvimento das áreas sociais e da maior demanda do mercado de trabalho. Este incremento inverteu a relação estabelecida entre público-privado – de 4 unidades implantadas, dentre as 29 existentes em 1960 para 40, dentre as 72 criadas até 1979 (BATISTA E SILVA, 1998, p. 23).

A figura 1 explicita o quantitativo das escolas médicas do Brasil no século XX, e demonstra este crescimento (LAMPERT, 2002, p. 92).

Figura 1. Gráfico do número de escolas médicas criadas no século XX no Brasil, por décadas.



Fonte: Lampert, 1999

Até a metade da década de 1950, o intercâmbio de informações e a transmissão de modelos referentes à educação na área da saúde eram influenciados por missões internacionais, compostas por representantes e dirigentes universitários. A partir desse período, instituições como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e determinadas Fundações norte-americanas passaram a exercer esse papel e a ter maior poder de regulação sobre esses movimentos. Isto é traduzido em diversas ações e apoios da OPAS, como a criação da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), em parceria com a então Escola Paulista de Medicina. Com o desenvolvimento industrial e a necessidade de incrementar o sistema político-tecnológico foram criados o Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), com o objetivo de incentivar avanços no campo da pesquisa e do ensino superior, respectivamente.

Neste mesmo período, com a contribuição da organização Pan-Americana da Saúde, sob a influência dos resultados dos seminários de Viña del Mar (Chile/1955) e de Tehuacan (México/1956), e com base no que vinha ocorrendo nas escolas norte-americanas ocorre no país a introdução da chamada medicina preventiva. Este movimento tinha como objetivo incorporar a prevenção e a promoção da saúde à prática médica, além da revalorizar o contexto social e o coletivo no processo saúde doença. Como resultado prático, foram criados

os departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas do Brasil que, com a participação de alunos e professores, desenvolveram atividades de extensão ligadas a programas de assistência domiciliar e familiar. O *campus* de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo se destacou como um dos pioneiros nessa área.

As atividades exercidas fortaleciam os trabalhos realizados no campo da prevenção e da profilaxia, com ações ocorrendo preferencialmente fora do espaço físico hospitalar. Tais experiências, denominadas “extra-murais”, e a criação dos Centros de Saúde-Escola, desenharam uma caracterização organizativa desta proposta que fundamentava-se sobre três pilares: a disciplina de higiene, a discussão dos custos do atendimento médico e a definição das responsabilidades médicas.

Segundo Marsiglia,

comparando os dois momentos de mudança no ensino médico, podemos afirmar que a ‘reintrodução’ dos conhecimentos de higiene e medidas de prevenção entre os anos 1950-1960 não tiveram o mesmo impacto na reestruturação do ensino médico que a reforma da década de 1940-1950, a partir do informe Flexner, nas áreas básicas e clínicas e na atenção de caráter individual. (1995, p. 24-25)

No bojo do movimento preventivista surge, no ideário norte-americano na década de 60, uma outra concepção - a “Medicina Comunitária”, objetivando estender os serviços primários em centros e postos de saúde e possibilitar uma articulação entre os temas ligados às ciências da conduta (antropologia, sociologia e psicologia) e a prática médica. Esta proposta consistia em implantar um conjunto de ações intra e extra-hospitalares de medicina integrada, realizada por uma equipe de saúde, com participação ativa da comunidade.

Entretanto, embora algumas experiências tenham sido fomentadas na América Latina e no Brasil, relacionando unidades formadoras de pessoal e serviços de saúde, a atuação restrita a áreas habitadas por parcelas carentes da população, com vistas a atenuar conflitos de âmbito social, e aos profissionais atuantes nos departamentos acadêmicos de medicina

preventiva e social, não configuraram significativas mudanças na prática médica, como ressalta Almeida. Para ele,

esse modelo tentava fazer uma simplificação barata e de qualidade duvidosa da medicina convencional, para segmentos considerados marginalizados da população, sem tocar no cerne da concepção reduzida e centrada na assistência hospitalar da medicina convencional. (LAMPERT, 2002, p. 125)

Nos anos de 1962 e 1972, respectivamente, os Planos Decenais de Saúde para as Américas (1º e 2º), ratificaram o conceito de saúde como direito de todos, elevando em importância a formação dos recursos humanos na área das Ciências da Saúde, orientando-a para uma medicina integral. O segundo documento ressalta que a educação médica deve tratar a saúde como função biológico-social, ser multidisciplinar e estabelecer relações dos organismos de saúde pública e privada com as universidades, por meio da regionalização docente-assistencial, da medicina de comunidade e da participação precoce dos estudantes nos serviços (OPS/OMS, 1973).

Além dos fóruns internacionais, inúmeros trabalhos de análise e de recomendações às escolas, quanto à reformulação de conceitos e métodos para a formação do médico generalista na graduação, foram desenvolvidos pela ABEM, a partir de 1962, quando foi fundada, assim como publicações de documentos disponibilizados e discutidos em Congressos e Seminários que tratavam especificamente da questão da formação do médico de família e do médico generalista.

Tais eventos e estudos contribuíram para a introdução de novas unidades de conteúdo e novas disciplinas, enfatizando as dimensões preventivas e sociais. O esforço dos gestores do SUS e das instituições acadêmicas para operacionalizar tais princípios caracterizou-se pela implantação de Pólos de Capacitação em Saúde da Família, em diversos estados brasileiros, objetivando ensinar a trabalhar em equipe multiprofissional, realizar atendimento humanizado, identificar comunidades que necessitam de atenção especial, oferecer atendimento integral e contínuo, discriminar as ações necessárias para análise da situação do

município e determinar as ações essenciais de uma equipe de Saúde da Família, a partir de uma concepção ampliada de saúde.

A estratégia de Saúde da Família responsabiliza uma equipe de profissionais por determinada população residente em um território definido que, por meio da criação de áreas de atuação comum, promove a desfragmentação do trabalho, proporcionando aos agentes envolvidos no processo, uma complementaridade e compartilhamento de responsabilidades, tanto no cuidado direto quanto no planejamento da atenção.

Nesse sentido, os documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, intitulados *Formação do Médico de Família* (1973) e *Formação do Médico Generalista* (1978), além de preocuparem-se em garantir a formação desses profissionais na graduação, em contraposição aos que defendiam seu desenvolvimento como especialidades a serem fundamentadas na Residência Médica e/ou nos cursos de pós-graduação, definiam o perfil do médico. Este profissional deveria ser capaz de:

identificar a sócio-patologia do grupo familiar a partir de seus membros, tuando em um nível de atendimento primário integral, como médico de primeiro contato; de coordenar equipe multiprofissional de saúde no trabalho de promoção, proteção e recuperação da saúde do paciente e de sua família; de assumir a responsabilidade do atendimento do paciente e de sua família, encaminhando-o segundo suas necessidades a diversos especialistas, supervisionando a participação desses diversos profissionais, garantida a continuidade do atendimento graças ao seu vínculo permanente com a família (1973).

Embora tenha recebido reconhecimento pela importância da linha de ação dos pólos, a capacitação exerceu baixo impacto sobre a formação da graduação por não se incorporar às práticas universitárias como função precípua das mesmas, por concentrar-se na área de Saúde Coletiva, que pouca influência exerce sobre os outros segmentos das instituições de saúde, e por gerar resistência, desconfiança e insegurança quanto à seriedade e à possibilidade de continuidade do próprio Programa.

A preocupação com a inter-relação entre estrutura assistencial, prática médica e educação médica estende-se pelo final da década de setenta e pela década de oitenta, assim

como a crescente expansão de unidades de ensino médico no país e na América Latina, que demandará a instituição de mecanismos voltados para o seu controle. Como destaque, pode ser citada a reunião realizada em 1977, em Salvador/BA, promovida pela OPS, FEPAFEM e Fundação Rockefeller, sob o título “Requisitos Mínimos para a Criação de Escolas de Medicina”, na qual censurou-se a indiscriminada criação de escolas de ensino, estendendo-se as críticas aos currículos médicos, considerando-se obsoletos muitos dos critérios estabelecidos até então, que ignoravam a articulação entre ensino e sistemas assistenciais de saúde. Como produto final desse encontro, foram apontadas alternativas para um futuro modelo que incorporasse aspectos centrados: a) na atenção à saúde como ponto de partida para o processo formativo; b) na superação das dicotomias teoria/prática, básico/clínico e preventivo/curativo; c) na possibilidade de ações que permitam a integração multidisciplinaridade e docente-assistencial e d) na inserção do processo de ensino em toda a rede de serviços.²

Entre os movimentos que sinalizaram a necessidade de reformulação do ensino médico nos anos 70, conformando-se à estratégia de articular ensino e serviço, destaca-se o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA).

Definido como a

união de esforços em um processo de crescente *articulação* entre instituições de educação e serviços de saúde, adequados às reais necessidades da população, à produção de conhecimento e à formação de recursos humanos necessários em um determinado *contexto* da prática de serviços de saúde e de ensino,

este programa foi construído visando estabelecer um novo processo de ensino-aprendizagem através da exposição permanente dos alunos a situações e ambientes práticos, oferecidos pelas inter-relações contínuas e estáveis entre todos os setores da

² Para aprofundamento dessas questões, vide Márcio José de Almeida. *Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999, p. 45.

escola médica e por uma parcela significativa dos serviços de saúde. Concebido como parte do movimento que sinalizava a necessidade de reforma na educação médica, pretendia-se que esta proposta fosse capaz de produzir mudanças significativas nos currículos das faculdades, “visando à formação geral dos profissionais e ao estabelecimento de novas relações entre alunos e professores, entre professores e a prática e entre alunos e a prática”. (MARSIGLIA, 1995, p. 31-32)

Dos estudos de avaliação da IDA, referenciados por Marsiglia (1995), Feuerwerker (1998) e Almeida (2001), deduz-se que os processos preconizados por este programa possibilitavam racionalizar o uso dos recursos; contribuir para a formação de uma massa crítica de líderes nos setores de educação e de saúde; facultar o desenvolvimento do trabalho em equipe e concorrer para desmitificar a exclusividade da atenção hospitalar. Por outro lado, suas falhas advinham da possibilidade de conter um veio desestabilizador, fruto das inovações que promovia, sendo alto o risco de não-aceitação por parte das estruturas tradicionais, dado seu caráter essencialmente acadêmico; depender de líderes dotados de qualidades especiais e de recursos externos; envolver, na maior parte de experiências, apenas uma parcela de certos setores da escola médica (geralmente os departamentos de medicina preventiva, por exemplo), correndo o risco de ser colocada à margem; apresentar insuficientes implementações de novos modelos de práticas e ser precária em termos de processos de auto-avaliação.

Estendendo-se nas análises em relação ao IDA, FEUERWERKER (1998, p. 236) ressalta que:

O impacto sobre o processo de formação foi muito limitado. As experiências inovadoras, em muitos casos, permaneceram isoladas nos Departamentos de origem, as relações com os serviços em muitos casos eram bastante verticais – quer dizer, a universidade saía a fazer coisas que achava importantes sem levar muito em conta os interesses e necessidades dos serviços e da população, os serviços eram considerados mais como cenários que como parceiros, reproduziam-se objetos e práticas dos cenários tradicionais.

As críticas formuladas ao modelo de integração docente-assistencial propõem abordagens integrativas em que um novo modelo científico, biomédico e social projete um paradigma educativo pautado em valores éticos, que garantam a função social do atendimento às necessidades da saúde da população. Práticas educativas interdisciplinares e metodologias problematizadoras aliam-se ao desenvolvimento da integração docência-assistência-pesquisa, na perspectiva de transcender o enfoque da utilização dos espaços comunitários somente como campo da prática médica, reafirmando um novo compromisso social.

As discussões relativas à formação do médico, chamado generalista, e a ampliação do conceito de saúde, não mais entendido como um estado de ausência de doença e sim como qualidade de vida, realizadas nos fóruns nacionais, nas décadas de 70 e 80, promoveram transformações nos cursos de graduação, mediante a revisão dos conteúdos e a inovação das tecnologias, buscando integrar o sistema de ensino ao sistema de saúde. Nessa perspectiva, fomentaram novas ações, como o surgimento das residências médicas em Medicina Comunitária, a constituição da Comissão de Especialistas do Ensino Médico, no âmbito do Ministério da Educação, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em 1979. No âmbito internacional, a Declaração de Alma – Ata “*Saúde para todos no ano 2000*”, realizada na Assembléia Mundial de Saúde na União Soviética, no ano de 1978, contribuiu para o debate sobre a problemática da formação de recursos humanos, dos sistemas de atenção à saúde, da medicina comunitária e da educação médica, ao colocar como estratégia privilegiada a operacionalização de metas de extensão de cobertura e participação comunitária, e referenciar questões relacionadas à habitação, ao saneamento básico e à alimentação. Em sucessivos outros eventos, diversos enfoques fundamentaram as ações de promoção de saúde, preocupados em re-orientar os serviços de saúde e a formação dos profissionais para dar resposta as reais necessidades das comunidades, sempre atentos e críticos em relação ao

agigantamento dos aspectos mercadológicos da Medicina³ - Ottawa, 1986; Austrália, 1988; Edimburgo, 1988 e 1993; Suécia, 1991; Rio e Colômbia, 1992; Jacarta, 1997.

No Brasil, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) têm destacado papel na história das políticas recentes, por expressarem uma concepção democrática de Estado e manifestarem controle social das políticas públicas. Inúmeros fatores, como a denúncia de fraudes e da privatização anárquica do sistema previdenciário, as reações do movimento dos profissionais de saúde, os ensaios para a municipalização, o Relatório final da III CNS e o processo mais geral das lutas pela redemocratização do país, impulsionaram o processo de reformulação de práticas de saúde e de construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), culminando na estruturação dos diferentes níveis de gestão, com a finalidade de se obter maior capacidade regulatória e gestora do Sistema e de seus componentes institucionais – eficácia, eficiência, qualidade e produtividade.

Complementando tais ações, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), editadas em 1991, 1993, 1996, 1998 e em 2001 e incorporadas como diretrizes práticas de efetivação do SUS, contribuíram para a promoção de um processo de universalização dos direitos e da atenção a saúde pública de base local. Também as Conferências Nacionais de Saúde – X, XI e XII – reforçaram o conceito de saúde como qualidade de vida, impulsionaram o processo de municipalização das ações, reafirmaram a orientação para as ações intersetoriais visando impactos efetivos nas condições de vida da população, e centralizaram-se na questão do controle social e no tratamento dos principais temas relacionados à formação do profissional de saúde.

Nessa mesma ótica, a partir de 1994, o Ministério da Saúde implementou o Programa Saúde da Família como estratégia de reorientação da Atenção Básica e do modelo de atenção à saúde no país.

³Ver Jadete Barbosa Lampert. Op. cit. 2002, p.119-120.

Entretanto, apesar de todas essas recomendações e articulações em prol de mudanças na qualidade da medicina e da educação médica, percebe-se que o modelo biomédico ainda persiste subordinado a uma tradição positivista, sob influência do processo econômico determinante na sociedade em que se desenvolve. As mudanças ocorridas permanecem como casos pontuais, sem que exerçam força de reversão do quadro hegemônico.

1.2. PROPOSTAS DE MUDANÇA NO ENSINO MÉDICO NO BRASIL

Afirmar que o ensino médico oferecido hoje, no país, reveste-se de deficiências e que tal reconhecimento confere ao problema um caráter inquietante, torna-se redundante quando se leva em conta que a discussão em torno da qualidade do ensino médico no Brasil ocorre desde os anos 60, mais como uma questão de interesse da sociedade do que como um problema de responsabilidade dos profissionais médicos, sendo densa a produção acadêmica em torno do tema.

Nesse contexto, entidades como a Associação Brasileira de Educação Médica, que reúne professores e alunos de Medicina, e a Rede UNIDA,⁴ entre outras, têm construído, nos últimos anos, um projeto de escola médica de relevância social, comprometido com a construção do SUS e com a saúde da população, da qual a avaliação, interna e externa, é componente imprescindível. Para tal, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) foi criada, em 1991, por iniciativa de entidades médicas, estudantis e universitárias, visando integrá-las na avaliação do ensino médico brasileiro, com vistas a melhorar a qualidade da formação dos médicos do país.

4 A Rede UNIDA é conformada por um conjunto de projetos, pessoas e instituições interessadas em experimentar práticas de integração/articulação entre universidade, serviços e comunidade destinadas a promover mudanças no modelo de atenção, no modelo de ensino em saúde e nas formas de participação social, coerentes com os princípios inscritos na atual legislação do sistema de saúde. Possui a particularidade de estar atuando na operação do sistema de saúde em âmbito local, ou seja, no nível das “micro-políticas”.

De modo geral, as estratégias de mudança para o ensino médico propõem-se a testar, implementar e trabalhar sobre uma proposta, cujos pressupostos coincidem com os defendidos pelos docentes, em favor de um ensino de qualidade.

No campo educacional médico, propriamente dito, ganham corpo novos conceitos como os de aprendizagem ativa, em que a prática ocupa lugar central na produção do conhecimento, favorecendo a articulação dos conteúdos disciplinares necessários ao enfrentamento de problemas sociais concretos. Alguns dos elementos fundamentais das novas propostas para a formação profissional contemplam a articulação entre teoria e prática no processo de aprendizagem, ao longo do curso e em todos os cenários em que se concretiza a relação saúde-doença.

A contraposição ao modelo hegemônico tem sido feita por algumas propostas inovadoras, na perspectiva de superar os descaminhos vigentes no processo de formação médica, que se caracterizam por colocar entraves à integralização curricular e à prática de extensão como atividade merecedora de crédito.

O destaque dado, neste estudo, a algumas iniciativas, parte do pressuposto de que dinâmicas e categorias identificadas nestas propostas contribuíram para subsidiar as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, estabelecidas pelo Ministério de Educação e Cultura, no ano de 2001.

1.2.1. COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS – CINAEM

Em 1990, o Governo Collor cogitou um Exame de Ordem ao final do curso médico, que avaliasse o aluno recém-formado, através da Resolução 034/90. Considerada injusta pelas

entidades médicas⁵, essa proposta, acrescida da necessidade de se criar um espaço de reflexão para responder as críticas ao aparelho formador, de se formular teses para a Constituinte de 1988, de se responder à interferência política das agências internacionais de financiamento e de enfrentar a proliferação de escolas médicas no Brasil, provocou a constituição de uma Comissão Interrinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM).

A partir da consciência de que tal exame, por si só, seria insuficiente para superar a crise da formação médica brasileira e, tendo em vista que o foco somente no aluno pouco contribuía para que as instituições de ensino e seus programas fossem transformados, em 1991, a CINAEM foi criada objetivando avaliar o ensino médico brasileiro, visando ampliar sua qualidade para atender as necessidades médico-sociais da população, propor medidas de curto, médio e longo prazo para sanar as deficiências do ensino, criar mecanismos permanentes de avaliação das escolas médicas e de educação médica continuada. (Ata da 1ª Reunião da CINAEM)

Para alcançar tais objetivos, a CINAEM adotou como estratégia uma avaliação universal, valendo-se de um protocolo único que, formulado como um questionário, foi aplicado em 76 instituições das 80 existentes à época, para diagnosticar a situação das escolas médicas e suscitar uma discussão democrática sobre o ensino e a profissão médica, com representantes de docentes e discentes e das entidades médicas (1991-1992).

O significativo número de unidades engajadas demonstrou um forte interesse no processo avaliativo e na necessidade de se estruturar alguns marcos fundamentais para a reformulação do cenário de formação médica nacional.

⁵ A CINAEM foi formada pelas seguintes entidades – Academia Nacional de Medicina, Associação Brasileira de Educação Médica, Associação Médica Brasileira, Associação Nacional dos Médicos Residentes, Conselho Federal de Medicina, Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro; Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina; Federação Nacional dos Médicos; Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior.

Num segundo momento (1993-1997), essa avaliação foi ampliada para a análise do modelo pedagógico, dos currículos, dos docentes e do corpo discente, a fim de formar uma rede nacional de profissionais de saúde e membros da sociedade civil capazes de refletir, de forma qualificada e permanente, sobre a prática médica cotidiana, as novas experiências educacionais e a reformulação contínua do exercício profissional.

O processo avaliativo enfocou a análise dos conhecimentos aplicados pelos médicos recém-formados, assim como, das habilidades e das atitudes desenvolvidas na prática durante as atividades do internato sem, contudo, estabelecer um planejamento estratégico que efetivasse propostas de mudança.

Posteriormente, o estabelecimento de oficinas possibilitou que as diretrizes relacionadas às propostas de mudanças, centradas no processo de formação, docência, gestão da escola e avaliação fossem sintetizadas.

Em prosseguimento, a CINAEM vem realizando a Fase III da avaliação das escolas médicas contribuindo para o processo permanente de avaliação do currículo e do seu contínuo replanejamento, visando a melhoria dos cursos de formação médica, no país.

1.2.2. CHANGING MEDICAL EDUCATION: AN AGENDA FOR ACTION

Lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na I Conferência Mundial de Educação Médica em Edimburgo, em 1988, a proposta orienta-se para a educação médica na graduação, numa perspectiva de formar profissionais aptos a colaborarem na construção de sistemas de saúde que dêem maior resposta às exigências da sociedade. Para tal, a prática médica deverá responder a cinco requisitos básicos: 1) avaliação e melhoria da assistência prestada, através de atendimento integral à saúde; 2) uso adequado das novas metodologias, levando em consideração aspectos financeiros, éticos e o benefício a ser auferido pelo paciente; 3) promoção de estilos de vida saudáveis; 4) desenvolvimento de atributos para a

formação de lideranças comunitárias e 5) capacitação para o trabalho em equipe (Boelen, 1994, Apud: Almeida, 1999, p. 110).

Esta proposta fundamenta-se no modelo de análise que prevê a formação de um profissional "capaz de prestar atenção eficiente e de alta qualidade, baseado na concepção de que a escola médica deve ter missão mais congruente com as aspirações político-sociais das comunidades locais e da sociedade". (LAMPERT, 2002, p.139)

A partir de 1993, a proposta "Changing" sugere uma maior inter-relação da escola médica com o sistema de saúde, através do estabelecimento de parcerias com outras organizações sociais e do setor de saúde. Esse encaminhamento parte do pressuposto que o produto dessas relações podem gerar impactos sobre os programas curriculares e a missão das escolas.

Embora a proposta apresente um referencial teórico-metodológico frágil, por não aprofundar a análise das relações estabelecidas entre educação, prática médica e sistemas de saúde, ela alcança um novo patamar teórico-conceitual ao elencar as categorias relevância, qualidade, custo-efetividade e equidade na construção do conceito de “responsabilidade social” da escola médica, que embasa trabalhos e pesquisas.

1.2.3. NETWORK OF COMMUNITY-ORIENTED EDUCATIONAL INSTITUTIONS FOR HEALTH SCIENCES – NETWORK.

A criação da Network data de 1979, como resultado da reunião ocorrida em Kingston, na Jamaica, promovida pelo *Health Manpower Development Program* da OMS/Genebra e pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS/Washington.

Organizada como uma rede de intercâmbio da metodologia e dos enfoques citados, a Network tomou maior impulso na América Latina, a partir da década de 1990, especialmente

com a adesão dos projetos UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação - União com a comunidade.

Entre seus antecedentes, destaca-se a Assembléia Mundial de Saúde (1977), a Conferência de Alma Ata (1978) e a existência de programas e experiências inovadoras no campo de formação de profissionais de saúde, cujos pressupostos ressaltavam a meta "saúde para todos no ano 2000" e a Atenção Primária de Saúde (APS) como estratégia prioritária para o alcance desta meta por meio da formação médica.

Com o apoio da Organização Mundial de Saúde, da Fundação Rockefeller, do Governo da Holanda e da Faculdade de Medicina e de Ciências da Saúde da Universidade de Limburg, esta proposta estabeleceu como objetivos iniciais: melhorar a cooperação entre serviços de saúde e a formação dos profissionais de saúde; expandir a APS e o nível de saúde na área de atuação das escolas; capacitar um maior quantitativo de profissionais e lideranças voltados para uma atuação que privilegiasse a abordagem do ensino orientado à comunidade – cujas necessidades observadas exerceriam influência na adoção de estratégias e atividades de ensino, e adotar o conceito de aprendizagem baseada em problema (PBL) - “método pelo qual o estudante ou o trabalhador de saúde utiliza a situação de um paciente, uma questão da assistência à saúde ou um tópico de pesquisa como estímulo para aprender” (ALMEIDA, 1999, p.128).

A utilização do conceito do PBL e de outras categorias que dão substrato às iniciativas de mudança didático-pedagógica dá à proposta uma determinada consistência, na medida em que a valorização do papel do estudante como sujeito do processo educacional é tida como um dos seus objetivos centrais, competindo ao estudante definir as melhores formas e o ritmo de seus estudos, bem como avaliar o desenvolvimento de sua atuação. Entretanto, embora o projeto Network tenha definido suas ações privilegiando a construção de um modelo educativo orientado à comunidade, encontra-se debilidade na proposta quando analisada

através dos componentes externos à Universidade, onde praticamente não há construção teórico-conceitual que fundamente suas ações. Tampouco há qualquer abordagem acerca das relações entre educação dos profissionais, sistema de saúde e estrutura social.

Em relação às suas estratégias, nota-se que as mudanças no campo educacional tiveram aceitabilidade em escolas da Europa, Canadá, Estados Unidos e Austrália, onde se estabeleceram através da disseminação dos conceitos de trabalho em rede, articulação e aliança com estudantes, capacitação dos professores e do próprio PBL.

1.2.4. PROPOSTA DE GESTÃO DE QUALIDADE NA EDUCAÇÃO MÉDICA.

Em 1994, em Punta del Este, no Uruguai, a proposta de Gestão na Qualidade de Educação Médica foi apresentada no Encontro Continental de Educação Médica, pela organização Panamericana de Saúde (OPS). Dado o entendimento de que as escolas médicas latino-americanas devem assumir um papel ativo na transformação, consoante ao paradigma da integralidade, a proposta incorpora um enfoque de gestão estratégica e aponta para a revisão do conceito de qualidade, partindo da superação do vínculo exclusivo de excelência técnica preconizado pelo modelo flexneriano, para alcançar a satisfação da sociedade, em termos de critérios éticos e de exclusão social.

Na prática,

a proposta “Gestão de Qualidade” preconiza que o ‘terceiro ator’ do processo de trabalho – o paciente/as comunidades, que no modelo predominante é/são somente objeto dos cuidados profissionais – também assuma papel relevante na construção do paradigma da medicina pós-flexneriana. (ALMEIDA, 1999, p.147).

A construção deste novo paradigma, segundo o mesmo autor, importa numa mudança das relações estabelecidas entre os agentes de trabalho (principalmente os médicos), os produtores dos meios de trabalho médico (o complexo médico-hospitalar) e o paciente que até

então era mantido à margem da constituição/edificação dos sistemas de atenção médica torna-se, agora, parte integrante do mesmo.

Sob esse enfoque, a escola médica orienta sua atuação com base nos seguintes princípios: a) compromisso institucional efetivo com a sociedade, o que significa concretamente a integração com os serviços de saúde, em função dos reais interesses de saúde pública da população; b) participação de docentes e alunos nos sistemas de prestação de serviços, comprometidos com a busca de satisfação de necessidades epidemiologicamente definidas; c) condições técnico-administrativas que permitam a permanente atualização científico-tecnológica de docentes e alunos.

Em relação à avaliação do desempenho da prática médica, essa proposta busca transcender a filosofia de avaliação das escolas tradicionais, pautadas em parâmetros gerenciais e empresariais e na lógica do custo-benefício por meio da elaboração de um arquétipo de qualidade que elenca princípios educacionais aceitos nos meios intra e extra-escolares. Nesse sentido, a Gestão de Qualidade na Gestão Médica estimula e preconiza a identificação de agentes comprometidos com o processo de formação de médicos, dirigentes, alunos e técnicos com vistas a empreender esforços e ações institucionais que possibilitem alcançar níveis elevados de qualidade no processo produtivo e na formação de recursos humanos. Tal enfoque, fortalece as propostas de mudança e possibilita a construção de um novo contrato social.

1.2.5. UMA NOVA INICIATIVA NA EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – UNIÃO COM A COMUNIDADE - PROGRAMA UNI

Visando contribuir para o desenvolvimento de um modelo de educação que privilegie a base epidemiológica, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe multiprofissional e o ensino/aprendizagem em serviço, o Programa UNI - "Uma Nova Iniciativa na Educação dos

Profissionais de Saúde – União com a comunidade" teve suas bases lançadas pela Fundação W. K. Kellogg (1991),⁶ a partir das avaliações sobre as experiências do Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), desenvolvidas na América Latina.

Com a pretensão de assegurar a formação de um profissional competente para atuar nos níveis primário, secundário e terciário do sistema de saúde, esse projeto pressupunha a articulação da universidade com os serviços de saúde e com a comunidade, visando alcançar uma definição clara do produto final dos cursos e das competências buscadas, não somente em clínica, mas no que se refere à pesquisa, à administração de serviços, à relação interpessoal com os pacientes e membros da equipe de saúde. Em relação à concepção pedagógica, pretendeu contemplar as metodologias ativas de ensino/aprendizagem, a participação dos alunos em projetos de investigação científica, a criação de experiências para grupos de estudantes de diferentes carreiras e a diversificação dos locais de ensino/aprendizagem em postos e centros de saúde, ambulatórios e hospitais de nível secundário, com a supervisão das atividades exercida por pessoal docente ou do próprio serviço. O conteúdo dos cursos deveria privilegiar o conhecimento epidemiológico da população local, definindo a relevância dos temas para solução dos problemas de saúde, na perspectiva de superar a separação tradicional entre os ciclos básico e profissional e de fomentar ações clínicas de natureza preventiva e de promoção à saúde na atividade habitual dos profissionais. A avaliação deveria analisar o desenvolvimento de habilidades técnicas, atitudes e valores incorporados ao longo da formação e, não somente, a memorização de conhecimentos.

⁶ A Fundação W. K. Kellogg tem atuado no setor de saúde na América Latina, desde 1942, apoiando movimentos e propostas de reforma do ensino médico: Medicina Preventiva, nos anos 50; Medicina Comunitária e Social, nas décadas de 1960/70; Integração Docente Assistencial (IDA) e Atenção Primária, na década de 1980.

O Programa também previa propostas de mudança para a comunidade (autocuidado, participação na gestão dos serviços, fortalecimento da cidadania, entre outros) e para o modelo de atenção à saúde.

Inicialmente instituído em onze países da América Latina, com vinte e três projetos, dos quais seis implementados no Brasil em Botucatu/SP, Brasília/DF, Londrina/PR, Marília/SP, Natal/RN e Salvador/BA, o Programa UNI continua desenvolvendo-se, embora sem apoio financeiro, mas potencializando resultados com a implementação de redes, intercâmbio de experiências e atividades permanentes de apoio estratégico aos projetos, com previsão até 2004.

Cumprir lembrar que, na segunda metade dos anos 90, os projetos desenvolvidos nessas unidades acadêmicas passaram a integrar a rede de Projetos IDA, instituída em 1985 com o objetivo de influir nas políticas públicas, definindo-a com uma nova identidade e nomeando-a REDE UNIDA.

A questão da formação dos profissionais de saúde foi definida como objetivo central da Rede, exercendo influência nas discussões sobre as reformas curriculares, nos vários modelos: Currículos Nucleares, Metodologia da Problematização, Aprendizagem Baseada em Problemas. Do mesmo modo, tornou-se interlocutora da área junto ao Conselho Nacional de Saúde, e, posteriormente, à Comissão de Especialistas do MEC, na definição das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia (2001).

A explicitação de experiências que caminham em sentido contrário ao modelo estabelecido pretende subsidiar a análise das práticas educativas e das ações médicas desenvolvidas nas unidades particulares de ensino superior promotoras de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro, na perspectiva de identificar a implementação de estratégias integrativas.

2. CAPÍTULO II

2.1. PENSAMENTO COMPLEXO E INTEGRALIDADE COMO FUNDAMENTOS DA FORMAÇÃO E DA PRÁTICA MÉDICA

A escolha do paradigma da complexidade para o tratamento da questão da formação do profissional médico brasileiro dá-se em função do pressuposto de que, para se compreender a possibilidade de implementação de estratégias integrativas, que traduzem saúde como qualidade de vida e valorizam a medicina preventiva e a promoção da saúde, faz-se necessário o entendimento do processo dinâmico da realidade, entendendo-a como uma totalidade em movimento em que todos os seres, organismos e fenômenos articulam-se e interagem com o conjunto dos inter-retro-relacionamentos que os constituem.

No século XXI há cada vez maior evidência de que a excessiva ênfase no método científico e no pensamento racional, analítico, levou a práticas fragmentadas, resultando em uma incapacidade de percepção do conjunto que, na área médica, expressa-se por uma especialização disciplinar.

A partir da concepção mecanicista, que concebe o corpo humano como uma máquina passível de ser compreendida em termos de organização e de funcionamento de suas peças, a prática médica foi direcionada para o ato diagnóstico ou terapêutico, com o paciente perdendo seu status de sujeito e a enfermidade sendo reduzida à doença de uma determinada parte do corpo, com a atenção dos médicos desviando-se do paciente como pessoa total. Nesta abordagem, a doença é reduzida a uma avaria mecânica e a terapia médica à manipulação técnica.

Como resultado dos avanços da física, química, eletrônica, informática e outros campos afins que contribuíram para o desenvolvimento de equipamentos sofisticados, dentre os quais, analisadores sanguíneos, tomógrafos computadorizados, máquinas para diálise renal, marcapassos cardíacos, que demandam altos custos operacionais e postulam um olhar técnico contribuinte da perda da visão da totalidade, a tecnologia assumiu um papel central na moderna assistência médica, já no início do século passado.

Sob esta perspectiva, o modelo biomédico instituído é limitado por uma estrutura conceitual que não permite aos profissionais lidar com a interação corpo/mente/meio ambiente, pois a ciência médica reduz-se apenas a estudar alguns aspectos fisiológicos, não relacionando os aspectos biológicos da doença com as condições físicas e psicológicas gerais do organismo humano e com o seu meio ambiente. A superação dessa abordagem e a incorporação da definição da pessoa biológica como indivíduo sócio-cultural pressupõe a transgressão dos limites das abordagens disciplinares, a fim de possibilitar o surgimento de um novo paradigma integrador.

A cooperação entre os saberes construídos no confronto com os paradoxos do mundo – ordem/desordem, parte/todo, singular/geral e na busca da causalidade da doença, geralmente multifatorial, substitui a concepção fragmentária e é contrária a hiper-especialização. Esse novo espírito científico, capaz de dar conta de explicar a contradição, a unidade na diversidade e a desordem, e de incorporar o acaso e a indeterminação, a incerteza e o particular à análise científica, integrando-a a natureza evolutiva do mundo e colocando-a diante do tempo e do fenômeno complexo, é um desafio a ser superado pelos profissionais de saúde.

Entretanto, a relação do meio acadêmico institucionalizado com a prática da construção do conhecimento complexo é muito difícil, pois a organização departamentalizada dos saberes contribui para a valorização das especialidades e para a adoção de procedimentos médicos que

não articulam “organismo biológico, personalidade psíquica, organização social e campo do espírito”.

Enquanto a ciência clássica diluía a aparente complexidade dos fenômenos para desvendar a simplicidade oculta das leis gerais e imutáveis da natureza, os novos desafios colocados pela revolução quântica do início do século (Planck) e a revolução sistêmica de meados do século XX (Ilya Prigogine) contribuíram para ampliar os questionamentos dos cientistas, levando-os a reverem o paradigma clássico e apontando para a construção de um novo movimento científico que propõe uma reforma de pensamento, baseada em pressupostos que religam os conhecimentos sobre a matéria, a vida, o ser humano e a sociedade.

Esse movimento científico tem provocado uma mudança na visão de mundo moderna, deixando o Universo de ser visto como uma máquina, composta de uma profusão de objetos distintos, para apresentar-se como uma rede de relações dinâmicas e como uma totalidade orgânica na qual o mundo é visto em função da inter-relação e da interdependência de todos os fenômenos bio-psico-sociais. Nesta ótica, os sistemas vivos são estruturados em múltiplos níveis, divididos em subsistemas, sendo cada um deles um “todo” em relação a suas partes, e uma “parte” relativamente à “todos” maiores. Todas as entidades - das moléculas aos seres humanos e destes aos sistemas sociais - podem ser considerados “todos” no sentido de serem estruturas integradas, e também “partes” de “todos” maiores, em níveis superiores de complexidade.

O pensamento complexo, enunciado pelo sociólogo francês Edgar Morin,⁷ instaura um princípio de conjunção e de multidimensionalidade, provocando a propagação de uma nova práxis que transponha as limitações mutiladoras da tecnologia e que estabeleça uma aliança

⁷As reflexões a respeito da complexidade foram traçadas a partir das análises de Edgar Morin, em seus livros *O paradigma perdido: a natureza humana* (1973); *Ciência com Consciência* (1998a) e *O Método I* (1977) e o *Método II* (1980) e do Grupo de Estudos da Complexidade da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – GRECOM, nos artigos publicados sob a coordenação de Gustavo de Castro no livro *Ensaio de Complexidade* (1997).

entre o conhecimento racional e a intuição da natureza não-linear do meio ambiente, a partir dos princípios de incerteza e de auto-organização.

Morin define a complexidade a partir do conceito *complexus* que significa a unificação das diversas complexidades sem, todavia, destruir as individualidades. O termo *complexus* significa “o que tece em conjunto” e corresponde ao verbo latino *complexere*: “abraçar”. Nos dizeres de Morin, o pensamento complexo é um pensamento que se elabora nas fendas entre as disciplinas, a partir do pensamento dos físicos, matemáticos, biólogos, sociólogos, filósofos.

Para ele, complexidade é rejuntar os conhecimentos e os saberes para conceber uma humanidade integral. Nessa nova ordem, o setor saúde interatua com diferentes setores sociais, como educação, trabalho, economia, dentre outros, propugnando uma comunicação e uma interdependência, característica de uma realidade trans-setorial.

Nesse sentido, a análise dos aspectos ético, ecológico, epidemiológico, estratégico, econômico-político, educacional, psico-sócio-cultural e transcendental, denominados por Chaves (1998) de “dimensões”, permite uma articulação entre as diferentes perspectivas e visões, aportadas pelo pensamento complexo para a interpretação da problemática do setor saúde.

A dimensão ética, alicerce das demais dimensões, apresenta-se subdividida em bioética e ética dos serviços de saúde. Questões polêmicas, como eutanásia, aborto, reprodução humana, transplante de órgãos, prolongamento da morte, suscitam posicionamentos de diversos setores e demandam decisões que afetam o setor saúde e transcendem-no. Da mesma forma, a ética dos serviços de saúde envolve questões de responsabilidade da sociedade como um todo, inclusive em relação ao racionamento da assistência médica, dado os custos crescentes da tecnologia.

A dimensão ecológica do setor saúde é percebida, mais nitidamente, no nível de comunidade, na forma dos binômios saúde/saneamento, saúde/meio ambiente.

O estado de saúde e a atenção sanitária, de modo geral, sofrem influências diretas das realidades existentes no âmbito social, político e econômico. Abastecimento público de água e saneamento, saúde dos trabalhadores, manejo de resíduos sólidos e hospitalares, higiene da habitação, controle dos riscos de saúde relacionados com o ambiente, seguridade no uso de substâncias químicas, como metais pesados, agrotóxicos e solventes orgânicos, são intervenções prioritárias para o desenvolvimento social.

A visão ecológica ressalta a importância da educação permanente, além dos muros da escola, que visa a busca de novas informações e de ambientes de aprendizagem que possibilitem estratégias de ensino/aprendizagem capazes de despertar a motivação, a concentração e a autonomia do estudante no processo de construção do conhecimento do mundo e de si mesmo.

A dimensão epidemiológica, articulada às dimensões - estratégica e econômico-política, consubstancia o cerne do que constitui o setor saúde. No setor epidemiológico, as bases lançadas pelo modelo hegemônico inviabilizam o desenvolvimento/criação de instrumentos adequados para medir o grau de saúde das populações, ao invés de quantificar a doença – os dados epidemiológicos são indicativos para uma avaliação da carga de doenças prevalentes ou de fatores de risco para a saúde.

A dimensão estratégica, decorrente do enfoque epidemiológico, fornece elementos para analisar a relativa importância das doenças e das causas externas na produção de incapacidades.

Aos níveis de prevenção definidos desde a década de 1950 por Leavell e Clark (apud Chaves, 1998, p.5) - promoção da saúde (alimentação balanceada, exercícios físicos, controle de *stress*, dentre outras), proteção específica, diagnóstico e tratamento precoce, limitação do

dano e reabilitação, somam-se dois novos níveis – prevenção primordial (prevenção de fatores de riscos, quase todos provenientes do ambiente e sob a responsabilidade de outros setores) e cuidados paliativos (etapa em que os recursos empregados visam minimizar os impactos decorrentes de casos em que a reabilitação do paciente já não é mais possível). Em ambos os casos, os profissionais devem realizar seus serviços dentro de padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em consideração que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico.

À dimensão econômica e política estão atreladas a questões ligadas à eficiência, custo-efetividade, avaliação de tecnologias, estabelecimento de prioridades, alocação de recursos, gestão orientada para qualidade e resultados, em detrimento da satisfação das reais necessidades humanas, pois a radicalização do mercado reduz o ser humano a uma fonte geradora de lucros. Assim estruturada esta dimensão reflete-se no setor saúde de forma desoladora, impossibilitando a instituição de ações/propostas que sejam benéficas para os seres humanos.

A dimensão psico-sócio-cultural explicita que os comportamentos, os estilos de vida e os hábitos do cotidiano são influenciados, em grande parte, por fatores sociais, culturais e psicológicos. Dessa forma, a melhoria dos níveis de saúde depende muito mais de ações sobre estilos de vida e meio ambiente, assim como de novos conhecimentos sobre biologia humana, do que de expansão da rede de hospitais e de outros serviços de saúde.

A dimensão transcendental diz respeito à religiosidade existente na natureza humana, em que o sagrado e o profano complementam-se, constituindo a estrutura arquetípica dos seres humanos. Inúmeras são as práticas de cura cunhadas fora da lógica racionalista, que se baseiam em fé religiosa. O aproveitamento do potencial existente nas comunidades tradicionais possibilita uma forma de abordagem sustentável da saúde a um baixo custo. Uma questão se coloca: por que não incorporar às práticas de saúde as atividades que repousam

sobre a iniciativa e as práticas tradicionais das comunidades, como o combate à desnutrição infantil com o aproveitamento de folhas, raízes e cascas e os tratamentos à base do conhecimento acumulado sobre a flora local? Nesta dimensão, os saberes populares derivados de experiências e vivências tradicionais, mesmo no campo da fé religiosa, podem ser analisados e incorporados, quando convenientes, ao setor saúde. Na medicina hipocrática, o poder curativo inerente à natureza tinha seu espaço assegurado ao lado de três outros principais temas, aos quais dava-se especial relevância: a saúde como um estado de equilíbrio; a importância de influências ambientais e a interdependência da mente e do corpo. Logo, neste campo de conhecimento, é preciso entrar com a mente aberta, sem preconceitos e sem formular juízos de valor.

A dimensão educacional é essencial para qualquer programa de governo que busca o desenvolvimento sócio-econômico sustentável. Sob essa ótica, trata-se de um setor autônomo e prioritário para o setor saúde, principalmente na área de formação de recursos humanos em saúde, nos níveis profissional, técnico e auxiliar.

A desconstrução da educação como adestramento e a consciência do papel do educador como mediador no processo de construção de um conhecimento complexo, múltiplo e contraditório e como referência na formação da estrutura de pensamento do sujeito histórico vem ao encontro do perfil do profissional que acredita na educação e na saúde como práticas sociais e que assume a realidade como ponto de partida, problematizando-a a partir de uma postura dialógica, em que alunos e professores analisam, sugerem e retornam à realidade, para transformá-la.

A análise do setor saúde sob o prisma dessas dimensões não esgota a totalidade dos enfoques sob as quais este setor poderia ser analisado. Todavia, o esboço conceitual explicitado fundamenta a necessidade de se passar de um pensamento unidimensional e reducionista, para um pensamento multidimensional, integrador e complexo que dê conta de

relacionar a formação e a prática médica às macroestruturas e tendências econômicas e políticas, ao conceito de saúde e de necessidades de saúde, historicamente definidos, à organização de serviços e políticas de saúde.

2.2. O MODELO DE INTEGRALIDADE NO ENSINO DA MEDICINA

O grande desafio colocado hoje às práticas de saúde diz respeito à implementação de um outro modelo de educação médica: o chamado “modelo da integralidade”, sendo este assumido como o que contribui para o rompimento das ações resultantes do saber científico cristalizado tradicionalmente em formas especializadas de desempenho técnico e profissional.

Na concepção de Clark K. G.

a sociedade hoje pede por um médico cujos objetivos serão sempre conservar e implementar a saúde, interpor barreiras às disfunções e doenças, e estender o conhecimento que torna isto possível. Este médico precisa considerar a variedade de fatores que conduzem à saúde, não apenas os das doenças orgânicas ou dos danos. Deve ver a saúde e a doença não como pontos definidos, mas como termos relativos, compreendendo que ambos podem ser influenciados pelo grau de adaptação às complexidades de seu meio ambiente.⁸

Segundo Schraiber (1999), do trabalho especializado deriva um isolamento que pode ser identificado, tanto pelo conhecimento aprofundado e restrito de um determinado saber e campo de ação, como pelos limites impostos por uma atuação parcial que demanda complementaridade de outras áreas do conhecimento.

O reconhecimento da necessidade de articulação com outros saberes e técnicas para o alcance da eficácia da ação médica pressupõe o desenvolvimento de um pensamento crítico, que se estabeleça na relação com o paciente, propriamente dito, com outros profissionais cujas ações lhes são complementares, e com os limites das ações técnicas. Dessa necessidade surge a integralidade como uma possibilidade de humanização da técnica e de superação do

⁸ Cf. Clark K.G. Preventive Medicine in Medical Schools – Report of Colorado Springs Conference. *The Journal of Medical Education*, v. 28, n.10 (3-6), 1953. Citado por Lília B. Schraiber in: *Educação Médica e Capitalismo*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999, p. 114.

pensamento e decisões independentes dos profissionais, instituindo um trabalho de equipe multiprofissional, caracterizado pelo diálogo, por construções de consenso e autonomias compartilhadas.

A questão da integralidade remete ao rompimento de isolamentos que, no plano dos saberes técnico-científicos, sobrepuja o cientificismo e a construção do processo decisório de base unidisciplinar, com a implementação da transdisciplinaridade e de troca de experiências entre os profissionais de diversas áreas de conhecimentos, estabelecendo uma comunicação interprofissional. No plano da articulação entre trabalhos na produção dos serviços e cuidados, a intersetorialidade e a integração da produção em saúde resultam do processo interativo estabelecido nas relações entre profissionais ou entre profissionais e seus pacientes.

Um dos impactos da reforma do pensamento proposta por Morin diz respeito a um novo saber a ser descoberto, não mais isolado como algo-em-si, mas em suas complexas relações com o contexto a que pertence. Esse novo conhecimento a ser procurado instiga uma busca que aponta o pensamento complexo e o método transdisciplinar como caminhos possíveis.

Em certa medida, a pesquisa disciplinar promoveu o avanço da ciência e da tecnologia, no século XX. Entretanto, a complexificação dos problemas tornou necessária a aproximação das disciplinas em diferentes graus. Dentre eles, instala-se a transdisciplinaridade que, para Piaget, envolve não só as interações ou reciprocidades entre projetos especializados de pesquisa, mas a colocação dessas relações dentro de um sistema total, sem quaisquer limites rígidos entre as disciplinas.

Segundo Strieder (2000, p. 162),

a educação transdisciplinar fundamenta-se na busca dinâmica do desequilíbrio/equilíbrio entre o ser humano exterior e seu padrão organizativo interior. Realiza a cooperação, um diálogo transmigratório, de diversas disciplinas para construir conceitos de um mesmo fenômeno.

A aplicação de tais conceitos pressupõe mudanças radicais para a implantação de um novo modelo de formação e prática médica. Este modelo requer: a) ênfase na saúde mais do que na doença, no processo saúde-doença; b) estabelecimento de um contraponto com o modelo biomédico que forma o profissional especialista sem compromisso com a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida das populações; c) construção de um profissional generalista competente (dotado de visão técnico-científica), com uma visão da complexidade do mundo contemporâneo, apto a trabalhar em equipe multiprofissional e comprometido (visão sócio-política) com o sistema público de saúde, voltando-se a capacitação docente, tanto para a competência técnico-científica quanto para a competência didático-pedagógica; d) reconhecimento da prática como base para a reflexão teórica; e) integração permanente das ciências básicas no ensino clínico; f) desenvolvimento de um currículo centrado em problemas da realidade; g) implementação de planejamentos integrados participativos, que articulem conhecimento científico, serviços de saúde e comunidade, incorporando à discussão outros elementos da realidade; h) implantação de novas estratégias de ensino que levem em conta o projeto político-pedagógico da Instituição de Ensino Superior, centrando o processo ensino/aprendizagem no aluno e em seu papel ativo na própria formação; i) inserção precoce do aluno na rede de serviços de atendimento à saúde; j) adoção da transdisciplinaridade como pressuposto da produção de conhecimentos e da prática da clínica integrada, que exige uma reformulação da atuação docente/discente e a incorporação do ensino da prática ao sistema de saúde existente, em graus crescentes de complexidade, dentro de um sistema intersetorial de seus determinantes e da importância das referências e contra-referências entre os níveis de atenção; k) melhoria das condições de saúde da população, a partir do conhecimento do seu perfil epidemiológico; l) acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho orientada pela reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços

de saúde e de suas implicações éticas; m) oferta de programas de educação continuada aos egressos, baseando-se nos mesmos princípios de educação médica transformadora.

Esse modelo exige modificações no gerenciamento do processo, incluindo as estruturas e os procedimentos, a infra-estrutura da instituição, os docentes e os alunos, bem como a forma como são incorporados os saberes e as tecnologias. A gestão transformadora, capaz de viabilizar compromissos com novos paradigmas que se traduzirão em aperfeiçoamento do modelo pedagógico e em satisfatório desempenho educacional dos docentes e da instituição traz, em seu bojo, a necessidade de desenvolvimento de uma mentalidade participativa e de engajamento em propostas integrativas.

Como fundamento para realização dessas propostas, vislumbra-se o modelo curricular biopsíquicosocial, entendendo-o como uma construção social que representa a totalidade das determinações sociais, históricas e contextuais e das situações de ensino-aprendizagem vivenciadas por docentes e estudantes na prática educativa.

Visto como um processo dinâmico que permite um ajustamento contínuo, este currículo constitui-se de módulos inter-relacionados e adota uma metodologia centrada no aluno, baseada em problemas e orientada à comunidade, enfatizando a integração básico-clínica.

A adoção de problemas na organização curricular parte do pressuposto que o processo ensino-aprendizagem ocorrerá efetivamente quando os alunos forem estimulados por interesses concretos. O clássico esquema “aprende-aplica”, isto é, ensinar-se os fundamentos teóricos para depois se propor a sua aplicação em fundamentos práticos, dissociados das vivências dos alunos, obstaculiza uma aprendizagem significativa.

A aprendizagem que resulta da tentativa de resolução de um problema propicia a reorganização dos elementos teóricos e o comprometimento dos alunos, a partir do exercício

da criatividade, da valorização do seu saber pessoal e do prazer de construir originalmente soluções.

As propostas pedagógicas que aplicam a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL- Problem Based Learning) reforçam a metodologia do aprende a aprender e do aprender fazendo que permite, ao longo da carreira profissional e da vida, uma educação permanente baseada em técnicas de auto-aprendizagem.

Por valorizar o agir de quem aprende como elemento central para o aprendizado e postular que o conhecimento, mais do que ser apreendido, deve ser construído pelo aluno, por transformar-se mediante sua ação no mundo, os educadores filiados à teoria da aprendizagem construtivista compreendem a relação interativa dos indivíduos com o meio físico e social e com o simbolismo humano, da qual resulta uma contínua mudança denominada adaptação, constituindo-se dos subprocessos de assimilação e acomodação. Piaget define assimilação como a aplicação de esquemas ou experiências anteriores a uma outra situação, incorporando os novos elementos aos anteriores, e a acomodação como a reorganização dos esquemas assimilados anteriormente para ajustá-los a cada nova experiência.

Segundo Bercker, ao conceber o conhecimento sob o ponto de vista construtivista, o professor

procura conhecer o aluno como síntese individual da interação desse sujeito com seu meio cultural (político, econômico, etc.) Não há tabula rasa, portanto. Há uma riquíssima bagagem hereditária, produto de milhares de anos de civilização. O aluno é um sujeito cultural ativo cuja ação tem dupla dimensão: assimiladora e acomodadora, segundo Piaget... Pela dimensão assimiladora ele produz transformações no mundo objetivo e pela dimensão acomodadora produz transformações em si mesmo, no mundo subjetivo. Assimilação e acomodação constituem as duas faces, complementares entre si, de todas as suas ações. (1992, p. 4-5)

Assim sendo, ao refletir sobre a prática pedagógica da qual é sujeito, o professor apropria-se de teoria capaz de desmontar a prática conservadora e apontar para as construções futuras. Segundo Schwartz,

o trabalhador do futuro, seja qual for a sua especialidade ou setor, precisa estar habituado à gestão do próprio conhecimento, pois vivemos uma realidade em contínua transformação, onde se expandem as oportunidades de expressão e criação. (Apud ARRUDA & ARRUDA, 2000, p. 211)

Habitualmente, as atividades educativas em medicina continuam centradas no professor que, embora prepare suas aulas cuidadosamente, atualizando os conteúdos e ilustrando-os, pouco incentivo dá à participação do aluno, a complementação de leituras e ao exercício crítico dos conhecimentos. Tais atitudes levam a memorização e a reprodução mecânica dos conteúdos no processo avaliativo, além de postular a fragmentação dos saberes, com a implementação das especialidades, e atitudes competitivas no exercício profissional.

A práxis educacional que ultrapassa a mera instrução para alcançar um aprendizado significativo aponta para uma proposta pedagógica que engaja o estudante na realidade social, estimula a reflexão crítica e a própria construção do conhecimento, além de ampliar a consciência de que o exercício da medicina exige contínua atualização de conhecimentos teórico-metodológicos, e de abrir um leque das várias dimensões do processo saúde/doença.

2. 3. O MÉDICO: SUJEITO ÉTICO E RESPONSÁVEL

Responsável pela saúde e pelo padrão de assistência oferecido à comunidade, o profissional de saúde demanda uma formação que o prepare a “ser médico”.

A construção do profissional que atua cada vez mais dentro de um sistema multiprofissional e próximo das populações que atende pressupõe o restabelecimento dos princípios éticos da profissão e a insubordinação ao mercantilismo, além da humildade de reconhecer suas limitações e a necessidade de solicitar contribuições aos especialistas de outras áreas, a fim de aprimorar suas atitudes e percepções sobre o sujeito que busca, além do tratamento médico, ser ouvido e compreendido em suas dores, medos e aflições. Atitudes e valores de cuidado pela autonomia e dignidade dos doentes e dos próprios colegas de

profissão, bem como a perseverança e a disposição para questionar explicações convencionais, visando construir um diagnóstico correto e uma conduta terapêutica acertada, o desprendimento, a sensibilidade e a percepção na realização da anamnese, a delicadeza no exame físico, a lucidez e o senso crítico, a discrição, a paciência, a tolerância, a dedicação, o respeito à opinião dos colegas e o espírito de cooperação caracterizam o médico.

Em outras palavras, formar-se médico demanda, além dos conhecimentos técnicos, cognitivos e de habilidades, uma postura humanista que sobrepuja a proposta curricular e os conteúdos dos programas disciplinares. A adoção desta postura pressupõe uma superação da influência mecanicista cartesiana na prática da medicina, que se manifesta na compreensão do funcionamento dos seres vivos como uma máquina e na proposta de que a resposta às perguntas sobre os fenômenos biológicos encontra-se nos níveis mais elementares da matéria. Nessa lógica, o paciente é reduzido a uma soma de gens, moléculas e enzimas deixando-se de considerar suas emoções, sentimentos e crenças. Por extensão, o ato médico reduz-se aos aspectos cognitivos e operativos, associando-se sem discernimento à tecnologia e submetendo-se à máquina e aos lobbies da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares.

Num contexto marcado por um dinamismo pleno de indeterminações e de incertezas, a formação do médico deve, além de capacitá-lo para exercer sua atividade profissional, incentivá-lo a assumir a responsabilidade pela construção permanente de seu próprio conhecimento, tendo em vista a velocidade e o volume dos saberes médicos universalmente divulgados. Além disso, a relevância alcançada por novas áreas do conhecimento da medicina, tais como, a genética molecular, a biologia molecular, a neurobiologia, dentre outras, tem desafiado o profissional a, não só integrar esses novos saberes às disciplinas clássicas da formação básica como, também, incorporá-los às aplicações clínicas. Outro importante aspecto a ser ressaltado para a formação do médico capaz de implantar estratégias

inovadoras diz respeito ao exercício da pesquisa científica e a aplicação de seus princípios na prática clínica.

Na busca do comprometimento com o homem integral, o profissional de saúde deve perceber o ser humano em seus componentes físicos, químicos, biológicos, mentais e psicológicos, emocionais, afetivos, morais e espirituais.

Partindo-se do pressuposto de Osler (apud LIMA-GONÇALVES, 2002, p. 69) de que “tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem é conhecer o homem que tem a doença”, o médico, consciente de seu papel social deve agir em consonância com as características pessoais acima elencadas, dando o exemplo a seus alunos ao transformar a história da moléstia na história do doente.

3. CAPÍTULO III

3.1. ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS INTEGRATIVAS DESENVOLVIDAS NAS FACULDADES PRIVADAS DE ENSINO MÉDICO NO RIO DE JANEIRO

As análises das estratégias de abordagem integrativa, implementadas nas faculdades particulares, mais especificamente, nas Faculdades de Medicina da Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO e da Universidade Estácio de Sá – UNESA, objeto deste estudo, pretendem identificar os avanços registrados no ensino da graduação médica e, conseqüentemente, na integração da prática médica às demandas da nova realidade social, apontando suas consonâncias em relação ao paradigma da integralidade e às Diretrizes Curriculares Nacionais preconizadas pelo MEC e expostas sucintamente a seguir.

3.1.1. DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE GRADUAÇÃO DE MEDICINA

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de graduação em medicina, regulamentadas na Resolução CNE/CES n. 4/2001, apontam, no artigo 3º, 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.

Para o exercício das competências e habilidades gerais, o artigo 4º propugna, em relação à atenção à saúde, que os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto

coletivo. Devem, também, assegurar que suas práticas sejam realizadas de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, a partir do desenvolvimento de um pensamento crítico, da análise dos problemas da sociedade e da busca de soluções para os mesmos. A realização dos serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética deve levar em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

Quanto à tomada de decisões, o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

No que diz respeito à comunicação, os profissionais de saúde devem ser acessíveis e manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral.

No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde devem assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. A gestão administrativa, tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, pressupõe capacidade de iniciativa e de empreendedorismo.

No quesito educação permanente, este artigo ressalta que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, devendo aprender a aprender e a ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e a capacitação/estágios das futuras gerações de profissionais. Para que haja benefício mútuo

entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, estes estágios devem estimular o desenvolvimento da mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação, por meio de redes nacionais e internacionais.

O artigo 5º postula que a formação do médico deve 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 como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- XIII. atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;
- XIV. realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;
- XV. conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;
- XVI. lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;
- XVII. atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

- XVIII. cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;
- XIX. considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;
- XX. ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;
- XXI. atuar em equipe multiprofissional; e
- XXII. manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Em seu parágrafo único, o artigo 5º ressalta que, 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.

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina, segundo o artigo 6º desta Resolução, 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.

Ao postular, no artigo 9º, que o Curso de Graduação em Medicina deve construir coletivamente um projeto pedagógico, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem, a Resolução aponta para a busca da formação integral do estudante, por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. Reforçando esta idéia, o artigo 10 salienta que as Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina, no sentido de contribuir 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.

Tais encaminhamentos requerem das Instituições de Ensino Superior - IES a adoção de estratégias que possibilitem superar a tendência prevalecente de prática médica, predominantemente hospitocêntrica, individual e de alta tecnologia.

3.2. GRADUAÇÃO EM MEDICINA NA UNIVERSIDADE GRANDE RIO – PROFESSOR JOSÉ DE SOUZA HERDY - UNIGRANRIO

A Universidade do Grande Rio - UNIGRANRIO, localizada em Duque de Caxias, na baixada fluminense, tornou-se a primeira Instituição Educacional a oferecer curso superior no município, com a criação do Instituto Superior de Estudos Sociais (ISES), na década de 1970. Inicialmente, os cursos destinavam-se a atender as demandas de um setor terciário em expansão, decorrentes da ampliação do parque da Petrobras e de outros grandes empreendimentos comerciais e industriais. Desde então, foram sendo autorizados cursos de graduação em diversas áreas do conhecimento.

Em junho de 1994, as Faculdades Unidas do Grande Rio foram reconhecidas como Universidade. O ato de reconhecimento deu-se através da Portaria Ministerial nº 940, com a devida publicação no Diário Oficial da União, tendo como missão promover a integração do ser humano, da sociedade e do meio ambiente, por meio de um projeto educacional interdisciplinar que agregasse todos os seus recursos e talentos, com o objetivo de formar líderes capazes de influenciar a melhoria da qualidade de vida da população.

Através da Portaria nº1.886, de 15 de julho de 2003, o curso de medicina recebeu reconhecimento, com uma estrutura organizacional caracterizada por uma Direção Colegiada, atuando por meio de Coordenadorias, sem estabelecimento de instâncias Departamentais. Às Coordenações Acadêmica e de Integração Ensino-Serviço ligam-se outras três – a de Cenários, a de Fluxo e a do Internato, articulando cinco eixos curriculares, todos com o apoio

de Secretarias, cabendo ao Setor de Apoio às Atividades de Ensino dar suporte à Coordenação Acadêmica.

Como metas, este curso pretendia formar um profissional generalista, com alto grau científico e complexo conhecimento técnico; com ampla visão humanista, consciente dos problemas de saúde da população e capaz de dominar os conceitos básicos da ciência médica. Devia, ainda, estar apto a contribuir para o seu desenvolvimento, interpretando e ampliando os métodos, as técnicas e os conceitos científicos, bem como, atuando em todos os setores relacionados à saúde humana.

A estratégia de organização curricular da Escola de Medicina da UNIGRANRIO conforma uma orientação para que as atividades relacionem-se aos problemas de saúde e às necessidades da comunidade, combinando competências e conhecimentos intra-muros com a produção de saberes construídos em situação.

Os conteúdos essenciais do curso de graduação apresentam-se em cinco eixos de sustentação do processo de formação integral do educando, visando o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes imprescindíveis para atender "as necessidades de saúde mais frequentes referidas pela comunidade e identificadas pelo setor de saúde," como sugerem as Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina, homologadas pelo MEC.

O primeiro eixo constitui-se das disciplinas que permitem a compreensão do ser humano como uma entidade biopsicossocial. O segundo refere-se à Medicina Geral da Criança e do Adolescente. A Medicina Geral do Adulto e do Idoso representa o terceiro eixo de sustentação curricular. O quarto prioriza a Medicina da Mulher e do Concepto e o quinto enfoca a Saúde Coletiva.

Dentro desta concepção e de uma carga horária total de 9.420 horas, os módulos estruturam-se integrando as disciplinas abaixo relacionadas, ora em períodos específicos, ora permeando os doze períodos:

1º Período: Biologia Celular e Molecular I, Genética I, Morfologia I, Bioestatística, Metodologia da Pesquisa Científica, História Recente da Medicina.

2º Período: Farmacologia I, Fisiologia Médica, Imunopatologia Médica, Biofísica Médica e Bioquímica Médica.

3º Período: Patologia Geral, Microbiologia Médica, Parasitologia Médica, Farmacologia II, Morfologia II.

4º Período: Saúde Coletiva I, Bases Patológicas da Clínica Médica, Ações Básicas de Saúde, Ética Médica, Relação Médico/Paciente.

5º Período: Saúde Coletiva II, Bases Morfo-Fisio-Patológicas e Científicas da Clínica Médica I, Diagnóstico por Imagens da Clínica Médica I, Técnica Cirúrgica, Propedêutica da Clínica Médica da Criança ao Idoso.

6º Período: Saúde Coletiva III, Bases Morfo-Fisio-Patológicas e Científicas da Clínica Médica II, Diagnóstico por Imagens da Clínica Médica II, Crescimento, Nutrição e Envelhecimento, Imunopatologia, Alergia e Reumatologia em Clínica Médica da Criança e do Adolescente (Cmca) e Clínica Médica do Adulto e do Idoso (Cmai), Pneumologia em Cmca e Cmai.

7º Período: Saúde Coletiva IV, Bases Morfo-Fisio-Patológicas e Científicas da Clínica Médica III, Diagnóstico por Imagens da Clínica Médica III, Hemato-Oncologia em Cmca e Cmai, Infectologia em Cmca e Cmai, Gastroenterologia em Cmca e Cmai.

8º Período: Saúde Coletiva V, Diagnóstico por Imagens da Clínica Médica IV, Cardiologia em Clínica Médica da Cmca e Cmai, Neurologia em Cmca e Cmai, Nefrologia em Cmca e Cmai, Endocrinologia em Cmca e Cmai.

9º Período: Ginecologia, Obstetícia, Neonatologia, e Internato em Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Concepto.

10º Período: Emergência Cirúrgica, Clínica Cirúrgica, Cirurgia por Especialidades, Internato em Atenção Integral à Saúde do paciente Cirúrgico.

11º Período: Saúde Mental, Medicina Legal, Dermatologia, Genética Médica, Geriatria, Internato em Atenção Integral a Saúde I.

12º Período: Planejamento e Gestão em Saúde, Monografia Médica, Internato em Atenção à Saúde II.

A Escola de Medicina da UNIGRANRIO propõe alguns programas complementares, tais como, o Programa Especial de Aprendizagem – Clinicando, o Pólo de Capacitação em Saúde da Família, o Núcleo Interdisciplinar de Atenção Primária à Saúde – NIAPS, o Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Aluno – NAPA, o Projeto Integrar, com o Ciclo de Palestra e o Laboratório de Auto-Aprendizagem em Fisiologia – LAAF, e as atividades de campo da Saúde Coletiva.

3.2.1. PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM NA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIGRANRIO

Em relação a UNIGRANRIO, o contexto dos debates ensejados em torno da Lei de Diretrizes e Bases – LDB e da construção de diretrizes curriculares para o ensino de medicina favoreceu que, em 1994, esta instituição se transformasse em Universidade, construindo coletivamente uma proposta de ensino médico que se fundamentava em um currículo integrado, que mantém o fluxo de aprendizado dos diferentes conhecimentos ao longo de todo o curso, com potencial de acréscimo do nível de conhecimentos ao final do mesmo.

Essa integração curricular implica em novas modalidades de gestão acadêmica, com deslocamento do poder decisório dos departamentos e das disciplinas para coordenações multidisciplinares, em que os professores e os estudantes participam ativamente no processo de aprendizagem, na produção do conhecimento e na avaliação do programa. Implica,

também, no desenvolvimento de práticas médicas em distintos cenários de aprendizagem, do trabalho sobre problemas reais e da produção de conhecimento relevante para a realidade local de saúde, por meio de uma maior articulação entre serviços de saúde e escolas e da relação de cooperação entre docentes e profissionais dos serviços. Além disso, requer uma integração dos profissionais de saúde com os gestores do sistema local de saúde. Tais encaminhamentos reforçam a avaliação processual que leva em conta os atores, os cenários, os processos e as relações, identificando as contradições e as coerências entre todas as dimensões do currículo, bem como a coerência de todas elas com as diretrizes curriculares e os princípios do SUS.

A construção do Projeto Político Pedagógico da UNIGRANRIO ocorreu, segundo UNI 3, em função do processo de reconhecimento do Curso de Medicina pelo MEC. Tal processo estimulou discussões teórico-metodológicas, com a participação de todo o corpo docente, durante um ano. Nessas discussões do projeto, ‘deveres de casa’ eram frequentes para que o projeto pudesse ser estudado e conhecido, com a possibilidade de encaminhamento de sugestões para aperfeiçoá-lo. Atualmente, salienta UNI 8, inúmeras reuniões vêm ocorrendo, no âmbito da Universidade, na perspectiva de integrar as escolas da área de saúde, por meio de um eixo estruturante comum denominado Saúde e Sociedade, capaz de nortear as atividades curriculares.

O currículo da UNIGRANRIO orienta-se pelos pilares das Ciências Fundamentais da Vida, da Saúde Coletiva, da Atenção Integral da Saúde da Mulher e do Concepto e das Clínicas Médicas da Criança e do Adolescente (CMCA) e do Adulto e do Idoso (CMAI).

Do 1º ao 4º período, concentra-se o pilar das Ciências Fundamentais da Vida, constituindo-se dos conteúdos disciplinares relativos à patologia, à genética, à biologia molecular, à fisiologia, à bioquímica, dentre outros. Esta área básica caracteriza-se pela

aplicação do modelo fragmentar e disciplinar, com pouca interconexão entre as disciplinas e o campo do conhecimento clínico profissional.

Segundo UNI 1 “nesta fase, o curso apresenta-se bastante compartimentalizado e disciplinar, numa dissociação muito grande entre os ciclos básico e profissional”. Confirma esta posição UNI 2, quando salienta que esta área “é muito tradicional, com disciplinas muitas vezes fragmentadas, sem intercomunicação e sem criar mecanismos que permitam que o estudante faça interconexões dos conhecimentos adquiridos na fisiologia, na patologia e na bioquímica com a parte clínica”.

Visando superar esse quadro, a faculdade tem estimulado discussões e o surgimento de alternativas a este modelo como, por exemplo, a apresentação do paciente saudável no seu meio ambiente ao aluno dos períodos iniciais como preparação para um contato com o paciente doente, em momento posterior. Além disso, trabalha-se a sedimentação do conceito saúde/doença e a consolidação do perfil do médico generalista e da estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde.

Nessa linha, ressalta-se ainda, o Programa Integrar que objetiva um estreitamento das relações do Ciclo Básico com a Clínica Profissionalizante e a interdisciplinaridade da área básica.

O percentual de 63,2 % dos profissionais de saúde atuantes na UNIGRANRIO, que responderam ao questionário afirmando a existência de um ciclo básico dissociado do profissionalizante e organizado com disciplinas fragmentadas (questão 20) confirma a preocupação com a necessidade da transformação da organização curricular, demonstrada em suas entrevistas. Conclui-se daí que a inserção de disciplinas e de atividades integradoras nos primeiros anos ainda não configurou a superação da organização curricular estanque.

Questionados sobre a existência de aulas teóricas em disciplinas isoladas e de práticas centradas no professor, com exposição para grande número de alunos e com predominância

de provas escritas na avaliação, 55,3% dos profissionais responderam afirmativamente, o que aponta para uma percepção do esforço empreendido na implementação de iniciativas transformadoras, como por exemplo, o Projeto Integrar. Este projeto tem como objetivo aproximar os alunos do ciclo básico ao ciclo profissional de todas as escolas da área de saúde da UNIGRANRIO, por meio da adoção de duas estratégias: o Ciclo de Palestra e o Laboratório de Auto-Aprendizagem em Fisiologia (LAAF). Ambas atividades estão focadas na associação da teoria com a prática.

O Ciclo de Palestra objetiva promover o encontro de alunos com profissionais das diferentes áreas do conhecimento (Educação, Serviço Social, Direito) e das escolas da área de saúde (Educação Física, Veterinária, Biologia, Enfermagem, Farmácia), a fim de ministrar palestras sobre temas de interesse comum, tais como: Saber Científico e Saber Religioso, Sexualidade e Saúde, Vida e Morte, Violência Urbana. Nesse sentido, UNI 7 ressalta que, com essa estratégia, tem-se “olhares diferentes sobre o mesmo tema, possibilitando a integração das disciplinas e dos profissionais de saúde e estimulando o atendimento compartilhado, como o que ocorre com a Medicina e a Enfermagem, viabilizando a criação de um espírito de equipe”.

O Laboratório de Auto-aprendizagem em Fisiologia, por sua vez, enfoca o processo de auto-aprendizagem sugerido pelas diretrizes curriculares da área de saúde, objetivando criar condições para o desenvolvimento da capacidade de iniciativa, da vivência em equipe multidisciplinar e da co-responsabilidade pelo próprio aprendizado. No LAAF, os alunos de diferentes cursos convivem e desenvolvem experiências com foco em fisiologia, por ela ser uma disciplina conectiva do ciclo profissional que possibilita o despertar do lúdico e da criatividade e que estimula a maturidade no relacionamento interdisciplinar. Desta forma, tais experiências complementam e solidificam os conhecimentos do curso regular, propiciando o incentivo da curiosidade científica e o desenvolvimento de monografias.

Na fala de UNI 2 percebe-se que este Laboratório introduz “algo muito interessante, que é ensinar, por exemplo, a fisiologia a partir do instrumental médico. Ensinar o Ciclo Cardíaco, não a partir do livro, dos desenhos, dos esquemas que lá estão representados, mas juntando o estetoscópio com a amplitude do pulso e com o eletrocardiograma. A partir disso, pode-se construir o conhecimento do ciclo cardíaco. Ao invés de ser aquela coisa pasteurizada, clássica, tradicional, dentro da idéia de que a cabeça do estudante é uma tabula rasa que você vai lá e introduz o conhecimento, visão hoje absolutamente equivocada do ponto de vista dos processos de aprendizagem, você vai simulando com os alunos, por exemplo, o ciclo cardíaco utilizando as pessoas. Ao participarem dessa experiência, dois alunos escreveram o “auto do coração”, colocando o nódulo sinusal relacionado ao perfil de uma velha rabugenta, o nódulo átrio ventricular ao de um baiano, a parede do ventrículo esquerdo ao estudante musculoso e a parede do ventrículo a uma jovem esbelta. Depois, começam as trocas e os diálogos entre os atores, tudo simulando o funcionamento do coração. Com criatividade, eles aprendem muito mais do que decorando aqueles desenhos ou aqueles gráficos todos. São esses aspectos que precisamos utilizar mais no curso para que se construa o conhecimento de várias maneiras, a partir de múltiplas inteligências.”

A tentativa de aproximar o aluno da realidade concreta comunitária, iniciada no pilar das Ciências Fundamentais da Vida, tem seu paralelo e intensificação no pilar da Medicina da Criança e do Adolescente, desenvolvido do 5º ao 12º períodos, com carga horária equivalente ao do Adulto e do Idoso, por meio do enfoque do aprendizado semiótico propedêutico, prioritariamente, a nível ambulatorial.

Segundo UNI 2, ao contrário dos currículos tradicionais, nesta instituição, o enfoque do ensino recai mais no atendimento e no aprendizado ambulatorial.

UNI 4 reforça esta idéia dizendo que “nosso aluno nunca vai ver paciente para fazer anamnese ou exame físico deitado em uma cama de hospital. Ele aprende a fazer isso no

ambulatório da Clínica Médica da Criança e do Adolescente e no Ambulatório do Adulto e do Idoso; são anamneses de duas horas, cansativas no início, em que eles aprendem com pacientes que não tem grandes intercorrências”.

Outra estratégia importante implementada denomina-se MUTIRÃO, convênio estabelecido com a Pastoral da Criança, que visa a realização de levantamentos sócio-econômicos e de mapeamentos dos indicadores de saúde prevalentes nas comunidades pesquisadas pelos alunos, a fim de orientar a elaboração de políticas públicas do município onde a Universidade tem base, no caso, Duque de Caxias.

UNI 4 salienta que no MUTIRÃO, os alunos do 5º período, antes do início do atendimento ambulatorial, são levados a comunidades carentes em grupos de 20/30 para aprender a trabalhar no Programa de Identificação de Doenças Prevalentes na Infância - AIDIPI, que se constitui em um sustentáculo prático das discussões ensejadas nos cursos teóricos subseqüentes.

Segundo UNI 6, todavia, essa identificação ainda deixa a desejar por não atingir a totalidade das estruturas municipais, obstaculizando a geração de informações e de dados que seriam indicadores para a elaboração de políticas públicas. Para este profissional, a Universidade está um pouco longe disso, por centralizar tais ações no âmbito da Saúde Coletiva, sem disseminá-las por todo o currículo da Faculdade de Medicina.

Entretanto, mais de 90% dos profissionais de saúde e dos alunos inquiridos nos questionários (questões 28, 29 e 25, respectivamente) atestaram positivamente a participação ativa do alunado nas atividades clínicas – (anamnese, exame físico, coletas de material para exames, curativos, aplicação de vacinas etc...) supervisionadas por professores, em diferentes ambientes de ensino-aprendizagem, permitindo-lhe vivenciar situações de vida, da organização da prática médica e do trabalho em equipe multiprofissional.

Essa estratégia contribui para a ampliação da consciência da população, no que diz respeito à responsabilidade para com sua própria saúde, com a da sua família e da comunidade. Essa contribuição foi reafirmada por 68,5% dos profissionais de saúde que responderam à questão 6, referindo-se às Campanhas Educacionais desenvolvidas pelos alunos nas comunidades onde atuam.

Entretanto, apesar de todas as iniciativas e esforços, muitas demandas sociais deixam de ser atendidas pela Universidade que, apesar de estabelecer convênios e buscar mecanismos e estratégias integrativas, não consegue resolver as questões estruturais relativas ao Sistema de Saúde. Uma limitação premente relaciona-se ao financiamento de uma infra-estrutura que dê conta de assistir às inúmeras demandas da parte da sociedade mais destituída de bens materiais e culturais.

UNI 5 enfatiza essa questão ao salientar que a “comunidade necessita, faz seus pedidos, mas infelizmente a faculdade, por mais que queira ajudar, não sente apoio da própria estrutura do sistema”.

Outra questão levantada por UNI 3 diz respeito ao descompromisso social da maioria dos alunos em relação aos projetos governamentais, aos planos e aos protocolos inseridos em determinadas câmaras técnicas de saúde, direcionados para grupos específicos de indivíduos portadores de patologias do tipo tuberculose, AIDS, hanseníase, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, para citar apenas algumas dentre as muitas apresentadas no pilar da Medicina do Adulto e do Idoso, entre o 5º e 8º período.

Nesse contexto e numa perspectiva de discutir uma “educação da afetividade do aluno”, foi introduzido no currículo escolar, em 2001, o Programa Especial de Aprendizagem Clinicando. Este programa constitui-se em uma adaptação do programa “Doctoring” da Escola de Medicina da Universidade da Califórnia (UCLA) e funciona preservando as diferenças culturais e a diversidade da sociedade brasileira, bem como, as práticas de

medicina realizadas nos serviços públicos e privados do país. Caracterizada como atividade transdisciplinar exercida na dramatização de situações complexas, com tutoramento e reflexão sobre a interação da multiplicidade de fatores, conhecimentos, habilidades e atitudes que envolvem a dinâmica da relação com o paciente e seu ambiente, este programa abrange o universo multidimensional do processo de adoecer. O *Clinicando* insere-se no 6º e no 7º períodos, atuando com pequenos grupos de 8 a 10 alunos, utilizando espaço e horário do Ambulatório. Nesta atividade de ensino-aprendizagem, a participação do professor ocorre durante todo o processo permitindo, inclusive, sua inserção na avaliação formal do educando.

Segundo UNI 2, esse programa enfoca a relação médico-paciente nos aspectos transferenciais e contra transferenciais dessa relação, abrindo espaço para “as relações de poder, os conflitos que ocorrem, os sujeitos diferentes que se comunicam, que interagem e tem desejos comuns, mas nem sempre congruentes”. Acrescenta, ainda, que “o estudante constrói o seu conhecimento, ele busca o conhecimento de forma ativa, ele se estimula e se inquieta... Há também a possibilidade de aprofundar mais ou menos a relação médico-paciente nos aspectos mais profundos do psiquismo que estão emergindo e que a gente está sempre tentando esconder, tentando racionalizar e não resolver e nem aproveitar a energia que flui nesse processo. Então, eu penso que o *Clinicando* tem que passar por uma reorientação e uma ampliação, não pode ficar ali espremido em dois períodos, eu acho que é preciso utilizar mais esse mecanismo”.

Dentre as habilidades trabalhadas pelo *Clinicando*, destaca-se o interesse pela pesquisa, pois a avaliação deste programa dá-se, também, em função da elaboração de um projeto de pesquisa a ser transformado em vídeo para utilização com outros alunos inseridos nesse programa.

Segundo UNI 4, “o *Clinicando* não tem um conteúdo só humanista, ele usa a teoria, usa os conceitos e em cima dele trabalhamos a afetividade, o interesse pela pesquisa que é

uma habilidade que vai se transformar em pano de fundo para a educação continuada, para a educação permanente. E é esse interesse em ir buscar que vai propiciar que ele continue buscando depois de formado”.

Neste programa insere-se, também, o debate sobre as questões éticas relacionadas a bioética (como por exemplo, transplante de órgãos, prolongamento da vida, congelamento de embriões, atestados médicos falsos) e a ética dos serviços de saúde e sua relação com a construção da cidadania dos alunos.

As respostas das questões 16 e 08 dos questionários dos profissionais de saúde e dos alunos apontaram que somente 58% e 51,7%, respectivamente, sentem-se estimulados para o debate sobre esses temas, o que leva a supor que a implementação do Programa Clinicando tem contribuído para a socialização destas idéias mas, por ser desenvolvido em poucos períodos do curso, não permite que se atinja a totalidade do corpo discente da Instituição.

O pilar da Atenção Integral da Saúde da Mulher e do Concepto, por sua vez, tem uma concentração no 9º e no 12º períodos.

O pilar da Saúde Coletiva, elemento de conexão da escola com a comunidade e com o sistema de saúde, tem tentado uma ampliação para além do 3º e do 4º períodos, de forma experimental nos 5º, 6º, 7º, 8º e 11º períodos, com perspectiva de realizar-se, também, no 9º.

UNI 9 ressalta o caráter preventivo da medicina trabalhado no projeto pedagógico da Faculdade de Medicina da UNIGRANRIO, que permeia todo o curso e, mais especificamente, as atividades de saúde coletiva, que se estendem por inúmeros períodos. Também no último ano da Faculdade, diz ele, no Internato Rural, os alunos têm oportunidade de trabalhar a medicina preventiva orientando às populações sobre as doenças prevalentes, campanhas de aleitamento materno e hidratação de crianças, dentre outras, consolidando a proposta que, por meio de preceptores atuantes, fortalece-se paulatinamente. Este mesmo profissional, entretanto, enfatiza o problema da descontinuidade do acompanhamento dos pacientes pelos

alunos que acabam tendo noções básicas, em algumas situações, dificultando o aprofundamento e a visão final do tratamento.

Todavia, esse fortalecimento se expressa no alto índice positivo das respostas às questões 01 (76,3 % e 90,3 %) e 02 (79,0 % e 83,4%) de ambos os questionários, de profissionais e de alunos, respectivamente, que ressaltam o caráter preventivo do currículo, além de postulá-lo como representativo das necessidades de saúde mais frequentes da população.

O trabalho de campo em atividades supervisionadas pelos docentes da disciplina de Saúde Coletiva propõe um trabalho interdisciplinar e integrado, ocorrendo em quatro cenários, a saber: o Programa de Integração Ensino-Serviço e Comunidade/ PIESC e o Internato Rural implementados no município de Silva Jardim; o Programa Educação e Saúde, no Ambulatório da UNIGRANRIO e os Programas de Saúde Pública/tuberculose – hanseníase – hipertensão – diabetes e DST/AIDS, violência e trauma, desenvolvidos no Centro Municipal de Educação de Duque de Caxias. Dentre esses, ressalta-se o PIESC e o Internato Rural.

Segundo UNI 2, “a saúde coletiva seria o elemento de conexão principal da escola com a comunidade e com o Sistema de Saúde, tanto que a gente criou um Programa de Integração Ensino-Serviço-Comunidade”.

Essas atividades na UNIGRANRIO têm a função de associar a teoria e a prática curriculares através da integração do aluno de medicina nas unidades do Sistema Único de Saúde ou do Sistema Privado de Assistência, em comunidades do município de Duque de Caxias e em outras regiões, as quais se configuram como campos de prática médica. Visam articular o ensino com a comunidade na qual o processo ensino-aprendizagem irá desenvolver-se, por meio do contato dos professores com a realidade social. Objetivam, também, contribuir para que aluno compreenda a estrutura do SUS, situando os níveis de

atenção à saúde no sistema hierarquizado de saúde, bem como os princípios de referência e contra-referências. Em atendimento às Diretrizes Curriculares do MEC, o curso de Graduação em Medicina da UNIGRANRIO desenvolve estágio curricular em unidades extra-muros à Universidade, sob a forma de treinamento em serviço – Internato – em unidades da rede pública e privada. Outros cenários externos (rede e comunidades) são utilizados como campo da prática, alinhando-se à premissa da necessidade de se inserir os alunos em situações de trabalho, em contato com o exercício profissional, já no início do curso.

Segundo UNI 3, a experiência de inserção dos alunos no SUS é válida e necessária, pois permite que eles conheçam os planos governamentais e as campanhas de massa, tipo vacinação de crianças e de idosos, e preparem-se em relação aos procedimentos utilizados na aplicação e na estocagem das vacinas, bem como, na orientação dos familiares e na formação de opinião, quando em atuação em espaços municipais de menor porte. Sobre essa questão, 68% dos profissionais desta escola concordam com este posicionamento e (questão 6) e 79,0% complementam que o desenvolvimento de programas preventivos apresenta elevada eficiência na promoção à saúde (questão 3).

Todavia, dentre os profissionais questionados sobre a integração dos serviços assistenciais ao sistema de saúde, somente 50% responderam que participam do planejamento e da avaliação do sistema de saúde em sua área de abrangência (questão 27). Sobre este ponto, UNI 7 reflete que “a entrada da Universidade particular no SUS é extremamente difícil, pois a idéia de parceria nem sempre ocorre. Normalmente, a maneira encontrada pela instituição é por meio da incorporação de médicos do sistema de saúde ao corpo docente da Universidade. Entretanto, muitos desses profissionais não estão preparados para o ensino e utilizam condutas práticas diferentes das preconizadas pelo Ministério da Saúde”.

A integração entre o ensino e os serviços e comunidades baseia-se nos seguintes eixos: a) treinamento em serviço – aprendizagem baseada na prática, em que são

desenvolvidas ações por meio das quais os alunos adquirirem habilidades, atitudes e conhecimentos adequados ao exercício profissional; b) parceria com os gestores, serviços de saúde e organizações comunitárias; c) diversificação do cenário ensino-aprendizagem – a partir do pressuposto de que a incorporação dos estudantes e docentes na produção dos serviços de saúde e na comunidade permite a construção de oportunidades distintas de aprendizagem; d) inserção precoce do aluno em unidades de saúde; e) atuação em equipe multiprofissional, a fim de familiarizar o aluno em equipe multidisciplinar, reconhecendo o papel e a importância de cada um no desempenho global da equipe e os consequentes benefícios destinados aos usuários do sistema.

Braço articulador de atividades complementares com a comunidade, esse eixo propõe um trabalho interdisciplinar e integrado, ocorrendo em diferentes cenários ensino-serviço.

No Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN), a Escola de Medicina atua nas Clínicas Médicas, na obstetrícia, neonatologia, cirurgia pediátrica, clínica cirúrgica do adulto, anestesiologia, CTI adulto e pediátrico, ortopedia, urologia, infectologia, pneumologia, gastroenterologia e cardiologia pediátrica. No Internato em Saúde Integral da Mulher e do Conceito enfatiza a avaliação fetal no 9º e 12º períodos. No Internato em Atenção Integral a Saúde do Paciente Cirúrgico (CCAI) atua no 10º período. Na Dermatologia no 11º; no Internato em Atenção Integral à Saúde (CMAI e CMCA) atua no 11º e 12º, utilizando a Enfermaria de Clínica Médica I.

No âmbito do projeto Integração-Ensino-Serviço HEAPN/UNIGRANRIO desenvolve-se o Programa de Acompanhamento Domiciliar – PAD, implementado em hospitais da rede estadual do Rio de Janeiro, por meio da Superintendência da Saúde do Estado. O PAD é composto por uma equipe multidisciplinar formada por médico, enfermeira, fisioterapeuta, assistente social, psicóloga, nutricionista e fonoaudióloga, profissionais esses que são vinculados ao Hospital Adão Pereira Nunes, visando promover a desospitalização do doente

crônico, em condições de alta hospitalar, porém com uma complexidade clínica que demanda atenção de uma equipe de saúde para facilitar a alta, ou seja, acompanhamento domiciliar como uma atividade programada e integrada, de caráter preventivo e assistencial.

Em decorrência do envelhecimento populacional e do número acentuado de doentes crônicos, ocupando leitos hospitalares por longos períodos, inclusive com o afastamento do núcleo familiar, esta proposta objetiva facilitar a alta hospitalar de pacientes crônicos, clinicamente estáveis; prevenir a reinternação de doentes crônicos; promover maior rotatividade do leito hospitalar e o treinamento da família/cuidador.

Como objetivos específicos postula: a) planejar, desenvolver e avaliar o PAD, com uma equipe multidisciplinar; b) realizar buscas ativas nas enfermarias e na emergência do hospital, visando analisar critérios de inclusão e identificar pacientes que tem perfil para integração no programa; c) promover discussão de casos clínicos; d) orientar a família sobre o processo saúde/doença e suas implicações na vida do paciente/família/cuidadores; e) reconhecer fatores de risco e formas de melhor adequação do paciente no domicílio, sem interferir na privacidade da família; f) aprender a comportar-se eticamente na realização de visitas domiciliares; g) identificar a importância do preenchimento dos protocolos/rotina para a continuidade do cuidado e da avaliação do trabalho realizado; h) participar de pesquisas.

Quanto à metodologia de ensino, este programa estrutura-se com três tipos de atividades: aulas teóricas, atividades práticas e exercícios. As aulas teóricas têm como objetivo apresentar os principais conceitos relacionados ao PAD, como por exemplo, o envelhecimento populacional e suas características, os aspectos demográficos da população idosa brasileira, a interdisciplinaridade, o contexto familiar e os protocolos de acompanhamento domiciliar.

As atividades práticas ocorrem por meio de visitas domiciliares agendadas e supervisionadas pelos profissionais de saúde vinculados ao programa com a participação de

alunos de diferentes áreas do saber médico. Participam das visitas: dois alunos de medicina, um aluno de enfermagem, um aluno de fisioterapia, além de dois profissionais de saúde. O objetivo destas atividades consiste em aprofundar e aplicar conhecimentos e métodos referidos nas aulas teóricas, estimulando o desenvolvimento da comunicação, o comportamento ético e o trabalho em equipe multidisciplinar. Os exercícios, por sua vez, consistem de leituras da bibliografia recomendada, de identificação nas enfermarias, nas clínicas e na emergência do Hospital Adão Pereira Nunes, dos pacientes com o perfil do programa e da construção de um banco de dados, todos com objetivo de incentivar a pesquisa e a avaliação do PAD.

A avaliação do desempenho dos alunos ocorre mediante um sistema que congrega duas modalidades principais: a avaliação dos conteúdos teórico-práticos trabalhados nas várias temáticas e a avaliação do compromisso/responsabilidade do aluno com as diversas atividades componentes do Programa. Essa última avaliação inclui a frequência, a pontualidade, a participação, a responsabilidade, o interesse e as atitudes do aluno, bem como sua capacidade de trabalhar em equipe nas diversas atividades de sala de aula e da comunidade.

Considerações tecidas por UNI 6 ressaltam que “o PAD pode ser encarado, dentro do ensino médico, como uma inovação curricular porque ele aborda pacientes que não estão completamente em condições de obter alta hospitalar e necessitam de um certo acompanhamento. Então, existe uma equipe multidisciplinar que vai fazer esse trabalho domiciliar. Isso é um Programa do Estado em convênio com o Hospital e a Universidade”. Segundo esse profissional, a Universidade indica professores de várias áreas e insere alunos do 3º período no processo.

No Hospital Maternidade Municipal de Xerém, a Escola de Medicina atua na área de ginecologia e de obstetrícia – planejamento familiar, no 12º período, e no Internato em Saúde Integral da Mulher e do Concepto, no 9º período.

Nesta unidade médica, percebe-se uma preocupação dos profissionais desta área em transformar o Hospital Maternidade no Hospital Amigo da Criança – projeto caracterizado pela sensibilização e orientação materna quanto aos benefícios do aleitamento para a saúde da criança. Ressalta-se, ainda, um Programa de Planejamento Familiar que trabalha formas diferenciadas de contracepção com as mulheres, dentre elas, ligadura tubária, DIU, contraceptivo oral.

No Hospital Quinta D´Or, a Escola de Medicina da UNIGRANRIO faculta aos alunos do 11º e do 12º períodos a possibilidade de articularem-se a um ambiente de saúde da rede privada, que incorpora alta tecnologia em um espaço hospitalar terciário/quaternário, visando ao desenvolvimento do Internato em Atenção Integral à Saúde, na área de Clínica Médica do Adulto e do Idoso. Essa incorporação, entretanto, ocorre de forma crítica, o que pôde ser visualizado nos percentuais afirmativos de 71,9% dos profissionais inquiridos na questão 25 e de 63,9% dos alunos que responderam à questão 20.

No Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias, os graduandos do 6º, 7º e 8º períodos têm contato, respectivamente, com as atividades relacionadas aos Programas de Tuberculose, Hanseníase, Diabetes e Hipertensão. Aos alunos do 7º período está reservada, ainda, a participação nos Programas DST/AIDS e no de Hepatites Virais.

Na unidade ambulatorial Jamil Sabrá, as áreas de CMAI E CMCA são cobertas pelos alunos do 5º, 6º, 7º e 8º períodos. As especialidades em Otorrinolaringologia e Oftalmologia são desenvolvidas pelos cursistas do 10º período; as de Pediatria e de Dermatologia pelos do 11º período e a de Ginecologia pelos do 9º e dos 12º períodos.

Com o objetivo de desenvolver um processo de ensino-aprendizagem que coloque o aluno como sujeito ativo do autodesenvolvimento das competências requeridas para a realização de ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças relacionadas com a prática social onde são geradas as necessidades de saúde da comunidade, o Programa de Integração Ensino-Serviço e Comunidade (PIESC) concentra suas atividades na prática ambulatorial, articulando teoria e prática. Nesse processo, o aluno é centro das atividades de ensino-aprendizagem e, a partir delas, se insere na realidade sanitária, por meio da Metodologia da Problematização. Com o ensino baseado nas demandas sociais consolida-se a parceria entre Instituição Acadêmica, serviços de saúde e comunidade. Este Programa relaciona-se com o Internato Rural que se destina aos alunos do 11º e 12º períodos e objetiva desenvolver um processo de ensino-aprendizagem, na modalidade de Internato Médico, para o ganho das habilidades de atuação, liderança e gerenciamento de equipes de saúde da família.

Nas Unidades Básicas de Saúde Municipais de Silva Jardim, a Escola de Medicina atua por meio do Internato Rural desenvolvendo o Programa de Saúde da Família, com alunos do 11º período.

Nos distritos periféricos do município de Silva Jardim, cada aluno é estimulado a assumir o papel de médico de família, em regime de dedicação exclusiva, durante cerca de oito semanas, constituindo-se em uma aprendizagem em serviço. Essa estratégia possui elementos importantes à mudança do perfil dos profissionais por procurar reconhecer a saúde como direito, buscar a humanização, a integralidade e a resolutividade da atenção, incorporando a promoção da saúde, a multiprofissionalidade, a intersectorialidade e a participação social no enfrentamento dos problemas concretos. Entretanto, a implementação desta estratégia, por si só, não garante a mudança.

Ampliando esta questão, a Escola de Medicina da UNIGRANRIO apresenta o Internato como uma modalidade de treinamento intensivo em serviço em cenários

diversificados, em um raio que vai do atendimento domiciliar a uma unidade docente-assistencial, tendo a duração de dois anos e carga horária superior a 3400 horas, como plano de estágio. Por ocorrer nos dois últimos anos da formação médica, este internato integra toda a aprendizagem obtida nos quatro anos anteriores e faculta que o estudante assuma, sob supervisão, a responsabilidade pelo atendimento integral às pessoas e aos seus familiares, desenvolvendo conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para tornarem-se médicos, técnica e eticamente competentes, a serviço da sociedade.

O estágio pretende que o aluno, atuando prioritariamente em áreas de unidades básicas de saúde - Programa de Saúde da Família, Emergência, Policlínica/Ambulatório, Maternidade-Escola, Internato Rural - Silva Jardim, Hospital Geral níveis secundário-terciário, tenha oportunidades de se qualificar nos diferentes níveis de organização do processo saúde-doença, num continuum, fluindo entre promoção, prevenção e reabilitação da saúde, assim como integrar competência essencial nos níveis de atenção (primária/secundária/terciária) utilizando intensivamente as funções educacionais, assistenciais e de pesquisa.

Ressalte-se que, sob a coordenação da Secretaria de Saúde do Estado, um conjunto de várias outras Instituições integra o Pólo de Capacitação da Saúde da Família, a saber: Universidade Federal Fluminense, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Fundação Educacional Serra dos Órgãos, Universidade Severino Sombra e Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Dentre as ações preconizadas por este pólo, destaca-se a capacitação de recursos humanos em saúde da família, priorizando conteúdos curriculares e estágios práticos orientados para a Saúde da Família, numa perspectiva de alcançar a formação do médico generalista/médico de família, vindo ao encontro das necessidades e anseios da sociedade.

Tal alcance depende, todavia, da superação de alguns obstáculos, dentre eles, um maior envolvimento das áreas de aplicação com os conhecimentos científicos, integrando-os

de modo a solucionar inúmeros problemas relacionados à saúde das populações, tanto na abordagem clínica individual, freqüentemente curativa, quanto na abordagem de saúde coletiva, predominantemente educativa e preventiva. Outra dificuldade apontada por UNI 1 consiste na própria construção da identidade do PSF decorrente de sua implantação recente, sujeitando-o a avaliações freqüentes sobre seus aspectos técnicos, filosóficos e políticos.

Outra estratégia para o alcance dos objetivos do projeto pedagógico da Escola de Medicina da UNIGRANRIO, o Núcleo Interdisciplinar de Atenção Primária à Saúde - NIAPS integra o conjunto de conhecimentos disponíveis no setor saúde e aglutina as capacidades e as potencialidades docentes, oportunizando o exercício da prática docente em Atenção Primária à Saúde - APS. Além dessa atribuição, o NIAPS postula a organização de cenários para a prática da APS, visando autonomia gradativa do estudante, no que se refere ao exercício da medicina familiar; o desenvolvimento de projetos de pesquisa, com envolvimento do corpo docente, o desenvolvimento de estudos de novas práticas pedagógicas e a reorientação de conteúdos curriculares para inserção de conhecimentos, habilidades e atitudes pertinentes a APS, necessários a prática da medicina geral e familiar.

Como meio facilitador da formação profissional do médico, o Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Aluno - NAPA contribui para a sua formação integral, refletindo sobre a questão da subjetividade e das situações angustiantes do ser médico, oferecendo suporte ao estudante em suas ansiedades, inseguranças e dificuldades relacionadas à formação. Propicia, ainda, um espaço de reconhecimento das questões sociais, psicológicas e subjetivas da formação médica, por meio de seminários, palestras, debates e da criação de grupos operativos de reflexão. Além do atendimento individual ao aluno, por demanda espontânea ou por encaminhamento, entrevistas são realizadas também com seus pais. O Núcleo organiza atividades pedagógicas e uma semana de recepção dos calouros para apresentação das questões relativas à carreira profissional e ao funcionamento da Universidade.

Na perspectiva de propiciar ao aluno um aperfeiçoamento permanente, o NAPA promove Seminários Integrados em que alunos do 1º período da área de saúde (Medicina, Odontologia, Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem) interagem saberes e experiências, abrindo espaço para a compreensão do sentido da complementaridade, da interdisciplinaridade e da existência de outras realidades. Para ilustrar, UNI 8 comenta a surpresa de um aluno diante do salário mensal de uma trabalhadora no valor de R\$30,00. A princípio, o aluno acreditava que este valor correspondia ao pagamento semanal, tendo sido alertado pelo docente que esta era uma realidade diferente da sua, porém concreta.

Além desses Seminários, outros são organizados pelo NAPA objetivando capacitar os corpos discente e docente, por meio de reflexões sobre metodologias de ensino e concepções pedagógicas. Como espaço de interlocução entre professores e alunos oportuniza o debate, o enfrentamento e a avaliação das questões identificadas como demandante de atenção.

Entretanto, ao serem questionados sobre a promoção de cursos de atualização e de orientação didático-pedagógica (questão 36) somente 10,5% dos profissionais responderam afirmativamente. Da mesma forma, 71,1% responderam que a Universidade não oferece residências ou cursos de pós-graduação *stricto sensu* em campos especializados (questão 37). A tendência prossegue quando mais de 60% ressentem-se da ausência do oferecimento de cursos de pós-graduação em campos gerais e especializados (questão 38) e quando somente 10,5% afirmam a existência do oferecimento de uma educação permanente para os profissionais da rede (questão 39).

O estudo do curso de Medicina da UNIGRANRIO deixou transparecer que a escola busca criar oportunidades de aprendizagem, tendo em vista algum equilíbrio entre o biológico e o epidemiológico-social.

Ao adotar uma visão preventiva e de promoção da saúde, principalmente na Saúde Coletiva, um dos cinco eixos temáticos da estrutura curricular, que se compõe também das

ciências fundamentais da vida, de duas clínicas médicas - uma relacionada à Criança e ao Adolescente e outra ao Adulto e ao Idoso -, e da Medicina da Mulher e do Concepto, esta escola explicita uma tendência de mudança paradigmática, do modelo biomédico para o modelo integrativo, que se reflete na formação do médico generalista, ainda que prevaleça um distanciamento do ciclo básico para o profissionalizante, com disciplinas fragmentadas notadamente nos primeiros períodos.

Ao apresentar propostas de integração curricular (Projeto Integrar e NAPA) e programas específicos de integração ensino/serviço/comunidade, com o estabelecimento de parcerias entre a Escola de Medicina, instituições públicas da rede do SUS e espaços comunitários (PIESC, PSF e PAD), esta escola oferece aos alunos práticas em programas de hipertensão arterial, pré-natal, puericultura, tuberculose, dentre outros, e enfatiza uma interação multidisciplinar e uma participação clínica supervisionada por tutores, concomitantes às práticas demonstrativas teóricas (aulas expositivas) e à avaliação pautada na memorização dos conteúdos.

Ao adotar uma abordagem pedagógica centrada nas necessidades de aprendizagem dos estudantes e nas demandas sociais, com adoção de metodologias de problematização, de auto-aprendizagem e de auto-avaliação (Clinicando, NIAPS e Portfolio), esta escola viabiliza a pedagogia interativa e a interdisciplinaridade, embora estas práticas restrinjam-se aos períodos onde ocorrem tais programas.

Ao utilizar criticamente a alta tecnologia, aplicando-a em situações clínicas específicas, em ambiente de hospital terciário/quaternário, a faculdade de Medicina da UNIGRANRIO demonstra atuação consoante às Diretrizes Curriculares preconizadas pelo MEC.

3.3. GRADUAÇÃO EM MEDICINA NA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ –UNESA

Com base no *Estatuto*, no *Regimento*, no *Relatório Final* e nas *Conclusões da Comissão de Consultores da Fase de Acompanhamento prevista na Resolução 03/83 –CFE - para transformação, via reconhecimento das Faculdades Integradas Estácio de Sá na Universidade Estácio de Sá – UNESA*, e no artigo de Adriana Cavalcanti de Aguiar e Hésio de Albuquerque Cordeiro intitulado “Integração vertical e horizontal do currículo médico no contexto das novas Diretrizes Curriculares: o Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá”, algumas considerações foram tecidas sobre a criação, a organização, a concepção, os objetivos, as linhas básicas de ação e as metas prioritárias desta Instituição de Ensino Superior.

A Universidade Estácio de Sá, instituição de ensino superior constituída como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, foi fundada no Rio de Janeiro, em 05 de dezembro de 1969, com sede na rua do Bispo nº 83, no bairro do Rio Comprido. Mantida pela Sociedade de Ensino Superior Estácio de Sá - SESES, CGC nº 34.075.739/0001-84, possui Estatuto inscrito no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas sob o número de ordem 23.323, do Livro A5, com Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos nos termos do Decreto nº 86.072, de 04 de junho de 1981. De acordo com a Legislação vigente, com os ordenamentos da Mantenedora e das disposições estatutárias e regimentais, a Instituição goza de autonomia administrativa, financeira, didático-científica e disciplinar.

Com a Administração Superior exercida pela Chancelaria; pelo Conselho Universitário e pelo Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão e pela Reitoria, a Instituição possui estrutura orgânica com base em órgãos de apoio como as Superintendências Acadêmica, Administrativa Financeira e de Planejamento e Desenvolvimento.

Os Centros de Ciências Jurídicas, Ciências Sociais, Ciências Humanas e da Educação, Ciências Biológicas e da Saúde e Ciências Tecnológicas constituem-se de Diretorias, dos Conselhos Departamentais e dos departamentos das Unidades Acadêmicas e, através dessas instâncias, realizam-se as atividades de ensino, pesquisa e extensão.

A UNESA preconiza como finalidade o desenvolvimento de um ensino de qualidade, imbuído de formação cultural geral e profissionalização.

As linhas básicas de ação podem ser sintetizadas a partir dos pressupostos de uma educação como investimento prioritário no processo de desenvolvimento e na integração do homem à sociedade, como instrumento e mecanismo de formação social e como *locus* de formação do sujeito, agente dessas mudanças, por meio das atividades de pesquisa, ensino e extensão, a partir do conhecimento de suas potencialidades, dos valores profissionais e da repercussão pessoal e social de seu processo de decisão.

São metas da Instituição o aprimoramento do quadro docente, a consolidação das pesquisas empreendidas, a expansão das atividades de ensino e a implantação de um serviço permanente de avaliação do seu projeto pedagógico.

Dentre os cursos oferecidos pela UNESA, os documentos citados postulam que o curso de graduação em Medicina, criado em 1997, antecipava-se às novas Diretrizes Curriculares Nacionais, por buscar formar profissionais competentes tecnicamente, dotados da capacidade de integrar os diversos aspectos biopsicossociais, de exercer eticamente a profissão, de atuarem como membros da equipe de saúde, comprometidos com as necessidades de saúde da população e consoantes aos pressupostos da Reforma Sanitária.

O curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá, com duração de seis anos, (doze semestres), obteve reconhecimento do Ministério da Educação e Cultura – MEC, através da Portaria nº 554 do Diário Oficial da União de 02/04/2003, com conceito máximo nas três dimensões avaliadas: projeto político-pedagógico, corpo docente e instalações físicas. O

parecer dos avaliadores do MEC destaca que "o curso apresenta um projeto pedagógico inovador, comprometido com as diretrizes curriculares para o ensino da medicina".

Baseada na concepção do currículo por construção social, que se elabora no cotidiano das relações institucionais, a proposta curricular do curso de Medicina da UNESA pressupõe uma função social, refletida na relação escola-sociedade; um projeto pedagógico; um campo prático; um espaço de articulação entre teoria e prática e um objeto de estudo e de investigação. Nessa perspectiva, a instituição preconiza a responsabilidade e a garantia de mecanismos de participação dos alunos, professores, diretores e funcionários no planejamento do currículo, por entender que o sucesso da proposta curricular depende do trabalho cooperativo e contínuo das pessoas envolvidas neste processo.

Segundo os documentos, o currículo segue uma filosofia na qual a compreensão do processo saúde-doença dá-se de forma integral, "aliando humanismo e ciência, e associando conteúdos biomédicos e clínicos com os ensinamentos das Ciências Humanas e da Saúde Coletiva, através do Programa de Antropologia Médica" (AGUIAR E CORDEIRO, 2004, p. 4). A priorização da promoção da Saúde da Família, a partir de 2001, levou em conta as interações do indivíduo com seus familiares e com seu ambiente social e reorientou o eixo curricular, introduzindo atividades e disciplinas inerentes a esta área, bem como, debates com docentes, incorporando suas sugestões e expectativas de trabalho interdisciplinar e de interação dos alunos com os usuários do SUS e das ONGs.

Desde o início, percebeu-se a necessidade de se estabelecer uma estrutura acadêmica que possibilitasse a articulação com distintos cenários e a integração de profissionais de formações diversas, a fim de permitir que docentes de diferentes áreas do conhecimento participassem de atividades de ensino, pesquisa e extensão/assistência em áreas afins e de fomentar um desenho curricular interdisciplinar. Tal necessidade demandava flexibilidade e uma organização que prescindisse de departamentos, o que levou o Curso de Medicina da

UNESA a postular instâncias executivas na Direção e nas Coordenações de Ciências Básicas, de Pesquisa e de Desenvolvimento Educacional e da área Clínica e Internato. Sob essa lógica, cada período tem um coordenador de integração, que compõe o Conselho de Coordenadores de Períodos, encarregado de garantir e aprofundar as atividades de integração entre teoria e prática, no contexto da interdisciplinaridade, reunindo-se de forma sistemática com as Coordenações de Curso. Da mesma forma, cada disciplina possui um coordenador, que responde pelo seu desenvolvimento e serve como elemento de ligação com as coordenações de curso, de período e demais disciplinas (AGUIAR E CORDEIRO, 2004, p. 7).

O curso definiu eixos verticais que se propõem a perpassar o currículo como um todo, a partir do envolvimento crescente de grupos de docentes nos programas e nos fóruns constituídos para tal fim, a saber: o Programa de Saúde da Família, o Programa de Antropologia Médica e o Programa de Saúde Coletiva e Formação Profissional e as Comissões de Ensino de Saúde da Família, de Ensino da Clínica e Permanente de Avaliação. Essas Comissões são instâncias de planejamento e de avaliação curricular interdisciplinar, com componente de educação permanente.

A integração horizontal das disciplinas, preconizada para congregar ensino-pesquisa e extensão, definiu a investigação como eixo integrador que retroalimenta a formação acadêmica e a prática do médico. Desde 2001, efetivam-se Seminários Integrados, que visam a fomentar a interdisciplinaridade e conferir coerência e relevância aos diferentes conteúdos disciplinares e às práticas que estão sendo vivenciados pelos alunos.

Segundo estes autores, além das iniciativas descritas, a integração horizontal das disciplinas que compõem os diversos períodos volta-se para o pareamento de conteúdos no tempo (por exemplo: diabetes na Medicina Interna ministrada concomitantemente com o uso de hipoglicemiantes na Farmacologia etc.) e integração de disciplinas na mesma prova teórica, com base em casos que permitam uma abordagem contextualizada dos problemas. A

elaboração e a negociação das provas integradas tem constituído um fórum estratégico de debates entre docentes e, portanto, de educação permanente sobre as diversas e, por vezes, díspares perspectivas acerca do conhecimento, o que vem fornecendo novos temas para os Seminários Integrados, onde a complexidade dos fenômenos e da tomada de decisões aponta para uma concepção ampliada da clínica.

Sobre as estratégias de integração dos conteúdos que estimulam a interação entre ensino/pesquisa e extensão/assistência 87,5% dos profissionais de saúde entrevistados trabalham conscientes dessa abordagem e somente 55% dos alunos declararam ter a percepção de sua implementação.

A grade curricular do ensino de graduação de Medicina desta IES aprofunda os conhecimentos médicos nas disciplinas explicitadas, a seguir:

1º Período: Anatomia Básica, Atenção Integral à Saúde da Família, Biofísica, Bioquímica, Fisiologia Médica, Histologia e Embriologia Básicas, Seminários de Medicina Experimental.

2º Período: Antropologia Médica, Atenção Integral à Saúde da Família, Genética Médica, Seminários de Medicina Experimental, Sistema Cardiovascular, Sistema Nervoso, Sistema Respiratório.

3º Período: Antropologia Médica II, Atenção Integral à Saúde da Família, Imunologia I, Seminários de Medicina Experimental, Sistema Digestivo, Sistema Endócrino e Reprodutor, Sistema Urinário.

4º Período: Anatomia Patológica I, Imunologia Aplicada, Microbiologia Médica, Parasitologia Médica, Propedêutica Médica, Psicologia Médica I e Seminários Integrados.

5º Período: Anatomia Patológica II, Farmacologia I, Medicina Interna I (Cardiologia, Pneumologia, Nefrologia e Gerontologia), Psicologia Médica II, Saúde Pública, Seminários Integrados.

6º Período: Farmacologia II, Medicina do Trabalho, Medicina Interna II (Gastroenterologia, Endocrinologia e Reumatologia), Patologia Clínica, Saúde da Família, Sociologia Médica, Seminários Integrados.

7º Período: Administração e Saúde I, Cirurgia I, Medicina Interna III (Neurologia, Dermatologia, Hematologia e Oncologia), Medicina Legal, Psicologia Médica III, Seminários Integrados.

8º Período: Administração e Saúde II, Cirurgia II, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Traumatologia/Ortopedia, Seminários Integrados.

9º Período: Bioética, História da Medicina, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher I, Saúde da Mulher II, Seminários Integrados.

10º Período: Internato Rotatório, Saúde Coletiva, Cirurgia, Medicina Interna, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Programa de Saúde da Família.

11º Período: Internato Rotatório, Saúde Coletiva, Cirurgia, Medicina Interna, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Programa de Saúde da Família

12º Período: Internato Rotatório, Saúde Coletiva, Cirurgia, Medicina Interna, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Programa de Saúde da Família e Eletivas

Atendendo às Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina e ao Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá, orientações metodológicas enfocam diversos recursos, a fim de facilitar o processo ensino-aprendizagem. Assim sendo, prioriza-se a aprendizagem baseada na prática; a utilização de múltiplos cenários, que permitem ao aluno conhecer ativamente situações variadas de vida; a interação ativa do aluno com os usuários e os profissionais de saúde desde o início do curso; a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e nas atividades interdisciplinares. Essa participação ativa do alunado é confirmada por 72,1% dos graduandos e por 82,2% dos

profissionais de saúde – questões 12 e 28, respectivamente. A prática clínica supervisionada por professores, em diferentes ambientes de ensino-aprendizagem, que permite aos alunos vivenciarem situações variadas de vida, da organização da prática médica e do trabalho em equipe multiprofissional é ressaltada por 100% dos profissionais e por 83,5% dos alunos (questões 29 e 27). A inserção do alunado em práticas médicas de hospital terciário é atestada por 92,7% dos profissionais e por 85% dos graduandos – questões 30 e 28, respectivamente.

A participação dos alunos no Programa de Iniciação Científica leva ao reconhecimento da relação existente entre a formação científica e o exercício de uma medicina atualizada e de qualidade, tendo em vista que o fazer da pesquisa possibilita o desenvolvimento de algumas capacidades, tais como, pensar criticamente, resolver problemas, buscar informações novas, ter visão da totalidade, contextualizar fatos, perceber contradições, discernir entre noções do senso comum e conhecimento científico, ter responsabilidade social, dentre outras. Este programa foi reconhecido por 72,1% dos alunos e 77,4% dos profissionais entrevistados como sendo importante para o processo ensino-aprendizagem (questões 21 e 26).

Na perspectiva de superar o tradicional modelo hospitalocêntrico, o curso buscou estabelecer parcerias com instituições do SUS, ou ligadas a ele, nos três níveis de atenção a saúde. Segundo Aguiar e Cordeiro,

a parceria institucional é aqui compreendida como um tipo de cooperação que trás benefícios para ambas as partes, e cuja definição de prioridades e atividades é feita de forma compartilhada. A experiência do curso demonstra que o estabelecimento e o aprofundamento de parcerias é um componente bastante trabalhoso do processo de mudança do currículo, mas ao mesmo tempo muito frutífero. Os alunos são expostos às diferentes culturas institucionais e participam, junto com docentes, da apreensão das prioridades definidas pelos parceiros, que se desdobram em projetos nos quais todos os envolvidos têm responsabilidade. (2004, p. 4-5)

Além das parcerias estabelecidas com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS), com o Ministério da Saúde, com a Associação Pró Matre, com a Associação Ressurgir, com o Dispensário São Vicente de Paulo e com a Fundação São Martinho, os alunos desenvolvem atividades nos seguintes cenários de ensino-aprendizagem estabelecidos

pela Universidade: Laboratórios das Ciências Básicas, Laboratório de Habilidades, Laboratório de Informática, Biblioteca e Policlínica Universitária Ronaldo Gazolla.

Estes novos cenários possibilitam embates constantes entre escolhas políticas e éticas e constituem-se em um espaço privilegiado para a produção de alternativas transformadoras das políticas de saúde e de formação de pessoal.

3.3.1. PROCESSO ENSINO–APRENDIZAGEM NA FACULDADE DE MEDICINA DA UNESA

De acordo com os depoimentos proferidos pelos profissionais atuantes no Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá e nos serviços de saúde, este projeto foi implantado paralelamente às discussões ensejadas em torno da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e surgiu em momento frutífero de negociação de mudanças curriculares.

Segundo UNESA 4 e UNESA 3, a “relevância social dos conteúdos” enfatizada no processo de implementação do curso veio consolidar a proposta curricular que se fundamenta em eixos integradores, vertical e horizontalmente, com vistas a formar um médico generalista que, desde os primeiros períodos, trabalhe incorporando dentro dos sistemas orgânicos todas as dimensões e os mecanismos relacionados com a produção da doença.

Nesse sentido, 85% dos profissionais e 87,8% dos alunos pesquisados atestaram que a Universidade vem trabalhando para implantar um currículo integrado na faculdade de Medicina, buscando inter-relacionar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais – questões 9 e 6, respectivamente.

Para UNESA 3, a proposta curricular deste curso é ambiciosa por tentar superar as possíveis contradições existentes entre o individual e o coletivo, entre o biológico e o sócio-psicológico (relação médico-paciente). Acrescenta, ainda, que “a missão do curso de medicina da UNESA é a formação geral do médico, balanceando os conteúdos individuais e coletivos e

os conteúdos dos conhecimentos das habilidades e competências relacionados ao paciente enquanto indivíduo e à população enquanto coletividade”. Nesse sentido, UNESA 2 confirma essa missão salientando que o tipo de formação que se pretende não é o daquele médico que só detém o conhecimento inerente às doenças, e sim, de um médico que tenha uma visão mais ampla, mais social, tal qual é o papel atual da medicina dentro da sociedade... Um médico para o mercado de trabalho, voltado para uma atuação no SUS, nas cidades do interior e nos Programas de Saúde da Família, sem intenção de formá-lo especialista. Complementando, UNESA 8 enfatiza que, muito embora a intenção seja formar o médico generalista, algo mais amplo do que simplesmente um clínico geral, ainda existe uma dicotomia entre o que se deseja formar e o que está sendo formado, isto porque muitos professores têm uma prática tradicional e pretendem - “ser bons especialistas, ter clínicas particulares e tentar fazer da medicina um negócio”, além de demonstrarem uma certa resistência em adaptar-se a esta visão social da medicina.

Em relação à formação e à prática médica internalizada pelos profissionais, UNESA 4 ressalta que “está absolutamente convencida de que a separação entre o ciclo básico e o clínico, a desconexão entre as disciplinas e os problemas e as necessidades da saúde, é péssimo para a aprendizagem, por levar o entendimento do processo saúde-doença a uma fragmentação e por contribuir para uma deteriorização da relação moral e ética do aluno em relação àquele que será seu objeto de cuidado”. Tentando superar esse quadro, foi introduzida a Saúde da Família no projeto político pedagógico do curso de Medicina da UNESA como eixo orientador do currículo, numa abordagem relacionada à questão da relevância social. Além deste, outros eixos fundamentam esta proposta curricular – Antropologia Médica, Saúde Coletiva e Formação Profissional, que se complementam com as Comissões de Saúde da Família, de Ensino da Clínica e Permanente de Avaliação.

O Programa Saúde da Família - PSF, que permeia o ensino em diferentes níveis, enfatiza o compromisso do médico e de outros profissionais de saúde com as ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação dirigidos a grupos de famílias em áreas geográficas definidas.

Como resultado da experiência no programa, espera-se que o aluno seja capaz de:

- conhecer os modos de viver e de adoecer das famílias atendidas, observando os processos pelos quais as pessoas se mantêm saudáveis ou recuperam o estado de saúde;
- compreender os valores, as crenças e os comportamentos relacionados com a manutenção da saúde, o tratamento e a recuperação de indivíduos, suas famílias e grupos sociais;
- identificar como os papéis sociais, conceitos, preconceitos e bases éticas de profissionais de saúde, permeiam seu modo de cuidar das pessoas, das famílias e de interagir em seus processos de trabalho;
- conhecer os determinantes sociais, culturais, psicossociais, econômicos e ambientais, associados ao processo saúde-doença e sua influência na interação entre as famílias e os profissionais de saúde na prestação de cuidados.

Compreender a importância dos fatores relacionados a gênero, etnicidade, idade, ocupação, classe social e religião nas atitudes, nos valores e nos padrões de comportamento das pessoas, famílias e profissionais de saúde, é fundamental para o entendimento das consequências desses fatores no processo saúde-doença. Um significativo número de profissionais (92,5%) e de alunos (90,7%) afirma que a faculdade instrumentaliza o aluno para relacionar o contexto sócio-econômico do paciente com a sua doença (questões 11 e 7).

Para UNESA 5, este Programa fundamenta as atividades curriculares e as práticas médicas relacionadas às patologias mais prevalentes em saúde pública. A esse respeito, 77,5% dos profissionais entrevistados confirmaram a existência de uma relação entre as necessidades

de saúde da comunidade e o eixo curricular adotado por esta faculdade de Medicina (questão 01).

Em relação à formação discente, salienta UNESA 6, este programa contribui para que os alunos tenham uma visão mais holística, mais geral e não enfocada apenas na doença do paciente, isto é, o programa possibilita que o paciente seja visto como um todo, inclusive no contexto social. Como exemplo, esse profissional aponta a participação do pessoal do PSF nos Seminários de Medicina Experimental, estratégia integrativa que, por meio de mesas redondas, debates, escolhas e análises de temas específicos – diabetes, obesidade, DIP - promove uma abordagem multidisciplinar, envolvendo questões do social, do filosófico e do antropológico relacionadas aos temas.

O depoimento de UNESA 4 explicita as dificuldades vivenciadas para a implementação deste programa, tendo em vista a resistência do corpo docente que se apega a uma educação tradicional, “não porque seja resistente, *a priori*, mas porque é responsável e acha que aquilo é a maneira mais sólida e correta de fazer as coisas”. Além disso, acrescenta que a formação díspar do corpo docente e a percepção diferenciada do que seja saúde da família, para uns, reduzida à concepção genética e, para outros, “uma metáfora para a integralidade para entender o indivíduo através das relações sociais que ele estabelece”, impulsionou a criação da Comissão de Ensino da Saúde da Família como forma de se promover uma educação permanente do corpo docente, para que a discussão curricular e o PSF possam ser compreendidos em âmbito mais global. Como objetivos, essa Comissão preconiza

problematizar a adoção do eixo curricular ‘saúde da família’ como estratégia de implementação das diretrizes curriculares; fortalecer a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e com as unidades do SUS; integrar as atividades de Saúde da Família de modo horizontal e também inserir conteúdos e práticas pertinentes, numa moldura interdisciplinar; ampliar conteúdos de SF nos diversos períodos e disciplinas problematizando a interação do médico com os familiares, o papel da equipe na atenção integral à saúde da família, o *home care*, o impacto sócio-econômico no adoecimento familiar, as conseqüências para o trabalho e para a renda familiar, assim como, para as habilidades de comunicação do médico no trato

com as famílias; fortalecer a abordagem da prevenção de agravos, da promoção da saúde, do apoio ao tratamento e a convalescência dos doentes no âmbito das relações familiares e sociais que estabelecem. (AGUIAR E CORDEIRO, 2004, p. 8)

A existência de preceptores nas atividades práticas do Programa de Saúde da Família, atuando concomitantemente no Programa de Antropologia Médica, constitui um importante recurso para a integração das disciplinas da área humana com as demais, na medida em que favorece o estabelecimento de pontes contínuas entre os conteúdos dos dois programas.

O Programa de Antropologia Médica, outro eixo vertical do currículo, organiza as disciplinas Filosofia Médica, Antropologia Médica, Psicologia Médica, Sociologia Médica, História da Medicina e Bioética, integrando-as às demais disciplinas numa perspectiva de articular os conteúdos de forma a complementar determinados enfoques que perpassam todas as disciplinas como a relação médico-paciente e o processo saúde-doença, dentre outros. UNESA 2 destaca a importância da incorporação de disciplinas humanísticas e de medicina da saúde da família no currículo para que o médico tenha uma visão mais ampla e mais social da medicina, vislumbrando o papel desta área de conhecimento na sociedade. Nas entrevistas realizadas, na quarta questão, 62,5% dos profissionais afirmaram que a faculdade propõe mecanismos de atuação que avançam para além das intervenções biomédicas individuais, a partir do entendimento da dimensão ecológica que pressupõe as mudanças na saúde pública diretamente relacionadas às intervenções nas questões comportamentais e de hábitos alimentares, de condições de trabalho, de habitação e do meio ambiente em que as populações se inserem. As questões relacionadas à bioética e à ética dos serviços de saúde, estimuladas em debates voltados para a construção da cidadania dos graduandos, foram ressaltadas por 67,5% dos profissionais e por 72,1% dos alunos entrevistados – questões 16 e 08, respectivamente.

Nesse sentido, UNESA 4 salienta que, para se contemplar diretrizes curriculares tão ambiciosas do ponto de vista da integralidade, é fundamental a participação de atores de

outras áreas do conhecimento, além da medicina, no processo educativo. Nesse sentido, exemplifica com um fato vivenciado em um Seminário Integrado, em que numa discussão sobre sistema digestivo e alimentação, professores de antropologia e de imunologia discorreram sobre a problemática ressaltando a relação entre a cultura dos povos e os agravos do sistema digestivo, enriquecendo a exposição.

Com o objetivo de disseminar os pressupostos da Saúde Coletiva, ao longo dos diversos semestres letivos, o Programa de Saúde Coletiva, terceiro eixo vertical, congrega docentes desta área do conhecimento, bem como, representantes das grandes áreas da Medicina Clínica e da Saúde da Família, numa perspectiva de integrar conteúdos de epidemiologia, administração em saúde, premissas e operacionalização do SUS e as Ciências Sociais em Saúde, de forma planejada e com acompanhamento das atividades teórico-práticas desenvolvidas pelos alunos nas áreas clínico-cirúrgicas.

Segundo UNESA 7, essa integração ocorre por meio da busca de um caso comum desenvolvido por professores de diversas áreas da medicina. A idéia, salienta, é que os problemas de saúde, com maior grau de morbi-mortalidade no Brasil (violência - causas externas, doenças cardíco-vasculares, neoplasias, doenças perinatais), sejam questões que apareçam sistematicamente no currículo e alvo de temas de seminários, integrando as diversas disciplinas. Assim como a Comissão de Ensino da Saúde da Família, as Comissões de Ensino da Clínica e a Permanente de Avaliação, outros eixos integradores, surgem a partir das fragilidades e problematizações identificados no currículo.

A Comissão de Ensino da Clínica visa

fomentar avanços no processo de integração básico-clínico-psicossocial e na construção coletiva de uma concepção ampliada da clínica; discutir o processo saúde-doença e as conseqüências concretas para o currículo e para a integração de conteúdos básicos e clínicos; fomentar a revisão do ensino da anamnese, conferindo coerência aos conteúdos de Saúde da Família III, Propedêutica Médica e Psicologia Médica; fomentar a avaliação das habilidades de semiologia e comunicação ao longo de todo o currículo; apoiar a definição de critérios para a avaliação de competências dos alunos (com a Comissão Permanente de Avaliação) orientar reestruturação do ensino da fisiopatologia e apoiar a integração crescente das disciplinas de Anatomia

Patológica, Patologia Clínica e Farmacologia com o ensino da clínica; apoiar a revisão dos programas promovendo a integração de conteúdos e práticas e atividades conjuntas com alunos e professores das diversas áreas. (AGUIAR E CORDEIRO, 2004, p.7)

Para esses autores,

consolidar uma cultura de avaliação permanente no curso voltada para o seu contínuo aprimoramento; aperfeiçoar os instrumentos de coleta de dados da avaliação discente, docente, e do curso; apoiar o trabalho da Comissão de Ensino da Clínica e de Ensino da Saúde da Família, compreendendo as atividades de avaliação como estratégias de integração curricular; coordenar o trabalho de definição de atitudes, habilidades e competências desejáveis por período e fomentar a implantação de iniciativas de avaliação formativa de conhecimentos e habilidades; acompanhar os conselhos de classe dos diversos períodos; consolidar a avaliação docente ao final de cada período, à luz do projeto pedagógico e do plano de trabalho docente; garantir um canal permanente de comunicação com o corpo docente visando ampla discussão dos critérios, indicadores e instrumentos adotados para avaliação docente e discente” são objetivos da Comissão Permanente de Avaliação. (2004, p. 8)

Em relação ao processo de avaliação implementado na Faculdade de Medicina da UNESA percebe-se que há um esforço para que a mesma seja formativa, isto é, que seja realizada no decorrer do processo ensino-aprendizagem, objetivando a melhoria do desempenho do aluno e o re-planejamento da metodologia empregada pelos professores. Apesar desse esforço, 60,7% dos alunos atestaram que há predominância de memorização de conteúdos em provas escritas, demonstrando que há, ainda, um longo caminho a ser percorrido para o alcance dos objetivos almejados. Nas entrevistas, inúmeros depoimentos registram discussões em torno da avaliação acumulativa, que consiste em verificar, em determinados períodos, o grau de incorporação de conteúdos considerados imprescindíveis para o processo de formação médica (questão 16).

Também os Conselhos de Classe são freqüentemente mencionados, enfatizando-se a importância dessas reuniões para a avaliação, não só dos alunos, mas do próprio corpo docente e das metodologias trabalhadas. A instituição da figura do Conselho de Classe, não observada em outras faculdades de medicina, é enfatizada por UNESA 4 como um importante mecanismo de avaliação. O corpo docente, salienta esse profissional, “se organiza em uma reunião mensal (4 reuniões por semestre). A primeira aborda o semestre que está se iniciando,

em termos de planejamento e de dar uma sintonia fina. As outras são, efetivamente, Conselhos de Classe. Ao fim de cada bimestre, há uma avaliação formativa com relação ao processo educativo, a partir de uma discussão do aproveitamento dos alunos. Por exemplo, o professor vê o aluno num certo recorte, a partir do seu ângulo de visão. E somente o grupo vê o aluno num ângulo mais sofisticado e mais complexo. Então, essas reuniões permitem que se tenha uma apreciação global do processo de formação do alunado em cada período e, eventualmente, passa-se isso de um colegiado para o outro, no sentido de subsidiar as tomadas de decisões coletivas importantes”.

Segundo UNESA 6, “além dos Conselhos de Classe, que dão conta dos problemas do dia-a-dia dos alunos, tem-se também, na parte acadêmico-administrativa, reuniões de planejamento do semestre seguinte, de avaliação do semestre passado, análise dos questionários respondidos pelos alunos para avaliar com foi a performance e o rendimento, não só dos alunos, mas também dos docentes. E para discutir, também, a questão do currículo, seus enfoques, sua dinamicidade, e a avaliação acumulativa, assim como, as competências e as habilidades dos alunos porque não se quer formá-los para que tenham apenas um conhecimento técnico específico em cada disciplina da área biomédica, mas que desenvolvam outras habilidades, tais como, assiduidade e dedicação ao lidar com os pacientes, com os colegas e com os professores”.

UNESA 1 enfatiza que é bastante ativa a participação do corpo docente nas reuniões e nas mudanças curriculares, por se iniciar um curso novo em uma faculdade nova o que permite o desenvolvimento da autonomia do professor, embora com limites, uma vez que as diretrizes são apontadas pela coordenação.

Como exemplo da integração multidisciplinar, UNESA 1 cita a vontade dos professores que atuam no nono período, bem como, da coordenação, para que sejam realizadas provas integradas, que são difíceis de se fazer, embora se tenha uma normatização

institucional. Mas, salienta, “há uma flexibilidade muito grande para se criar métodos de avaliação, ainda que depois sejam submetidos aos olhares da coordenação que, normalmente, aceita. Há, ainda, uma grande participação nos Seminários. Também o coordenador de período, que é um colega próximo, exerce o papel de ponte entre os docentes e a direção, levando as decisões tiradas nas reuniões, onde todo mês os professores encontram-se e conversam sobre os problemas e sobre novas propostas para o próprio período, o que caracteriza uma fase de muita mudança e transformação no curso”.

Ainda sobre avaliação, cumpre ressaltar que, nos Seminários Integrados, os docentes avaliam as investigações realizadas pelos alunos atribuindo-lhes notas individuais e em grupo, a partir do envolvimento em atividades de consultoria e de orientação. A média dos Seminários, atividade articuladora das disciplinas, compõe as médias de notas de todas as disciplinas do período, com uma variação entre 10 a 20% de peso ponderal, o que contribui para a construção do caráter interdisciplinar dessa proposta.

Esses Seminários Integrados, atividades fundamentais da Integração Horizontal, ocorrem nas reuniões em que os docentes, junto com o Coordenador de Período, planejam e avaliam as atividades, constituindo-se em um importante espaço de reflexão do processo de investigação e de educação permanente para os professores.

Em cada período, são definidos eixos integradores, que organizam as atividades de interesse comum, ensejando projetos na interface entre ensino/pesquisa e extensão, sendo flexíveis para um maior ajuste ao que o curso pretende enfatizar.

Segundo Aguiar e Cordeiro (2004, p. 11), os eixos perpassam do primeiro ao nono períodos e são assim definidos: promoção da saúde; prevenção do adoecimento; história familiar; mecanismos de saúde e doença; avaliação das ações de saúde; trabalho (incapacidade); doentes crônicos, terminais e somatizantes; trauma e controle da infecção hospitalar e saúde da família.

No primeiro período, os alunos elegem temas relacionados às disciplinas e os projetos incorporam uma abordagem epidemiológica do problema, formulando propostas de intervenção. Nesse processo, os alunos são introduzidos nas atividades de investigação e na busca ativa de informação, bem como na formulação e na apresentação de trabalhos científicos. No segundo e no terceiro períodos, estudam os sistemas orgânicos e freqüentam a Unidade de Saúde da Família e os Centros Municipais de Saúde. No quarto período, a construção de conhecimento sobre mecanismos de saúde-doença gira em torno de casos clínicos sistematizados na disciplina de Propedêutica Médica. No quinto, realizam e apresentam pesquisas de temas situados na interface das disciplinas que o compõem (Medicina Interna, Saúde Pública, Farmacologia, Anatomia Patológica e Psicologia). No sexto, realizam investigações de campo junto a usuários do ambulatório do Hospital Geral de Bonsucesso acerca das relações entre saúde-doença e o trabalho, e suas repercussões para a dinâmica familiar do entrevistado. Os Seminários Integrados do sétimo período articulam as áreas de clínica médica, administração em saúde, medicina legal, psicologia e cirurgia, através da análise minuciosa de casos preparados para ensejarem debates sobre os dilemas da profissão, a atenção aos doentes crônicos, terminais e somatizantes, incluindo temas como morte, atenção ao doente com seqüelas, responsabilidade jurídica do médico, entre outros. No oitavo, os alunos exploram a temática do trauma, a luz das diversas disciplinas que o compõe. No nono, as investigações são de dois tipos: ao longo do ano, os alunos pesquisam e apresentam temas de interesse para a Saúde da Família, da Mulher, do Adolescente e da Criança, a partir de investigações de caráter teórico, e paralelamente, realizam atividade semanal de investigação de campo, cujos resultados são apresentados para docentes e alunos, além de engendrar atividades de educação em saúde, onde os resultados são apresentados para a equipe da unidade de saúde, ONG ou escola onde a mesma foi desenvolvida. No Internato, a integração horizontal encontra-se em processo, sendo orientada pelo Projeto

Tutoria para consolidação da formação geral do médico. Em relação a este projeto, 82,3% dos profissionais e 70,7% dos alunos afirmaram que a faculdade adota a concepção e a solução de problemas em grupos pequenos de alunos sob orientação tutorial, enfatizando a realidade de saúde nos serviços e espaços comunitários, a partir de uma abordagem multidisciplinar, em que a capacidade de análise, o desempenho e as atitudes são estimulados na prática clínica e social (questões 10 e 17).

Ao longo dos nove períodos, os alunos são introduzidos na atividade de pesquisa visando atender às Diretrizes Curriculares para a graduação em Medicina, que preconizam-na como *eixo para a integração entre ensino, pesquisa e extensão*. Com esta introdução, as premissas metodológicas pertinentes são compreendidas na prática, num fluxo contínuo de complexidade dos processos, pois as atividades de investigação, inseridas ao longo do currículo com a participação dos alunos dos respectivos períodos, são iniciativas de produção do conhecimento nos diversos cenários que envolvem atividades de educação em saúde e possibilitam que os resultados produzidos sejam debatidos e sirvam de subsídios às novas atividades de ensino e de extensão.

A Faculdade de Medicina da UNESA adota a metodologia da Pesquisa-Ação como estratégia de contribuição para implementação das Diretrizes Curriculares.

Segundo Thiollent (1985, p. 16), a pesquisa-ação pode ser definida como um tipo de pesquisa social na qual há uma ampla interação entre pesquisadores e pessoas na situação investigada, resultando daí uma priorização dos problemas a serem investigados e soluções concretas para os mesmos. Para o autor, o objeto de investigação é constituído pela problemática encontrada nas diferentes situações sociais e o objetivo da pesquisa consiste em esclarecer ou solucionar tais problemas. Durante o processo, há um acompanhamento das decisões, das ações e de todas as atividades dos atores envolvidos na situação, pretendendo-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o nível de consciência das pessoas e grupos

considerados.

Para UNESA 4, investigar é o grande mote da auto-aprendizagem. A sensibilização do aluno para esta atividade educativa pode se iniciar com a revisão da literatura sobre um tema em desenvolvimento na faculdade ou demandado pela instituição parceira, do qual resultará a elaboração de um projeto. As atividades de campo, as análises sobre as informações coletadas, a intervenção na realidade, o relatório e a apresentação da pesquisa nos Seminários Integrados constituem-se em atividades de pesquisa e de extensão, feitas o tempo todo pelos alunos, o que os leva a aprenderem melhor. “Fazer um inquérito parasitológico numa creche e descobrir que aquele bebê que se ama e com o qual se brincou durante o semestre inteiro está com giardíase e, portanto, necessita de uma ação concreta da clínica para que possa crescer gera compromisso e responsabilidade social e é diferente de se estudar dados frios dos indicadores de morbidade ou de crescimento infantil”, salienta este profissional.

Tal prática possibilita que o aluno assuma responsabilidades frente aos problemas reais como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com o seu grau de autonomia. A orientação curricular que propicia a interação do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início da formação acadêmica até sua consolidação no Internato, é reconhecida por 73,7% do alunado da Faculdade de Medicina da UNESA (questão 5).

Este profissional reforça ainda que, partindo-se da premissa de que a observação do atendimento não é o que vai motivar os alunos para perceberem-se como futuros sujeitos de transformação e de aprimoramento das ações de saúde do SUS, a faculdade adotou a estratégia de trabalhar com projetos. “O projeto, na verdade, pode ser considerado como o ovo de Colombo, na medida em que são identificados campos de conhecimento e de atividades onde os alunos vão estar transitando na negociação entre o docente, o coordenador e o gestor da unidade de saúde, articulando conteúdos e demandas concretas da sociedade, o que permitirá a socialização das informações para um novo planejamento desta unidade. Além

disso, com o projeto, o aluno aprende a metodologia da pesquisa. Isto porque se acredita que ensinar metodologia de pesquisa em curso teórico na graduação é muito difícil. É mais fácil quando se investiga alguma coisa a partir da curiosidade que se tem. Por isso, os Seminários Integrados, que historicamente, nos primeiros períodos, são chamados Seminários em Medicina Experimental, são atividades de investigação desenvolvidas pelos alunos ao longo dos semestres e apresentadas sob a forma de atividade científica”.

UNESA 7 enfatiza “a atividade de pesquisa desenvolvida na faculdade como uma atividade integrativa bem interessante, porque se iniciou com temas definidos pelos corpos docente e discente e agora começa a estabelecer uma ponte com a direção do serviço, articulando temas que são preocupações da gestão”. Para exemplificar, este profissional descreve o projeto acerca do perfil dos médicos que trabalham na emergência do HGB e suas principais demandas, que pretende obter informações sobre o serviço desenvolvido e avaliá-lo. Para complementar, salienta que a investigação, por si só, neste caso, contribuiu para melhorar a qualidade do atendimento médico, que se reflete no preenchimento dos prontuários, dos atestados de óbito e na solicitação de albumina, entre outros procedimentos. Nessa mesma linha de raciocínio, UNESA 9 relata um projeto elaborado sobre a farmácia do Hospital Geral de Bonsucesso, que pretendia identificar o quantitativo de albumina humana utilizada no hospital e analisar as indicações de reposição desse colóide a partir de uma revisão de literatura, que gerou maior racionalização no uso desta substância.

As investigações na realidade têm sido possibilitadas por meio das parcerias celebradas pela Faculdade de Medicina da UNESA, cujo detalhamento de Aguiar e Cordeiro (2004: 5-6) permite identificar, com clareza, a articulação desta Instituição de Ensino Superior com as reais condições de atenção à saúde, estabelecidas nos três níveis de atenção.

- No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS) observa-se a implementação da Unidade de Saúde da Família na área do Campus, com referência e

contra-referência para o PAM Oswaldo Cruz. A parceria permite a participação dos alunos em Centros Municipais de Saúde (CMS), onde alunos do 2º período realizam atividades de integração ensino-pesquisa-extensão, junto aos Programas de Saúde; alunos do 9º período realizam projetos de investigações em Centros Municipais de Saúde; alunos do 3º período realizam atividades de aprendizagem das habilidades de comunicação e obtenção da história familiar no Hospital Municipal Salles Netto, além da Unidade de Saúde da Família; alunos do 8º período participam do ensino da cirurgia, no Hospital Municipal Lourenço Jorge. Segundo os autores, com essa parceria, foi possível estabelecer um caminho de cooperação por meio da produção do conhecimento em avaliação das ações de saúde como, por exemplo, a adesão dos inscitos ao Programa da Hipertensão Arterial, que vem servindo de subsídio para reformulação das atividades por parte da SMS.

- Com o Ministério da Saúde, a inclusão do Hospital dos Servidores do Estado, do Hospital Geral de Bonsucesso, unidade de referência para todas as especialidades médicas, com uma exclusiva demanda de pacientes do SUS, e da Fundação Oswaldo Cruz permite que os alunos realizem pesquisas nos laboratórios da FIOCRUZ e treinamento clínico nas enfermarias e ambulatórios do Hospital Geral de Bonsucesso (4º, 5º, 6º e 9º períodos) e do Hospital dos Servidores do Estado (Internato), onde atuam também no Núcleo de Epidemiologia. No HGB, os alunos participam de atividades assistenciais e têm um envolvimento ativo no atendimento supervisionado aos pacientes, principalmente na maternidade, no serviço de Nefrologia e Cardiologia, no serviço de emergência, no ambulatório de Clínica, nos leitos de terapia intensiva e semi-intensiva e nos serviços cirúrgicos gerais e de especialidades. No Programa de Internato do HSE os graduandos do 10º e 11º períodos são distribuídos em cinco áreas básicas – Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia/Obstetícia, Cirurgia e Saúde Coletiva, sendo contratados preceptores nessas áreas, passando os mesmos a integrarem, como docentes, o quadro clínico deste Hospital.

- A Associação Pró Matre possibilita que alunos do 9º período e do Internato realizem atividades de atenção no pré-natal, no parto e no puerpério, apoio ao aleitamento materno, e pesquisas com usuárias e seus familiares.
- A Associação Ressurgir, ONG vinculada ao Hospital Municipal Salles Netto da Secretaria Municipal de Saúde, permite que os alunos atendam a famílias expostas a grande risco social, por meio do desenvolvimento de atividades semanais no primeiro período acerca da promoção da saúde da família, sob supervisão de docentes do curso e técnicos da Associação.
- No Dispensário São Vicente de Paulo, ONG mantida pela Igreja Católica em parceria com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, alunos do 9º período desenvolvem diagnóstico de saúde e atividades de educação em saúde, sob supervisão docente, atendendo a 160 crianças carentes da creche, desde o início de 2001. Também há participação de alunos da odontologia, desde 2002, com a montagem de dois consultórios.
- Na Fundação São Martinho, alunos do 9º período desenvolvem projetos de educação em saúde para as crianças abrigadas na instituição, oriundas da rua.
- Com base em diagnóstico feito junto a alunos e professores acerca de temas de interesse, o curso desenvolve atividades de educação em saúde em escolas da área adscrita da Unidade de Saúde da Família.

Complementando estes cenários, a Faculdade de Medicina da UNESA conta com o Laboratório de Habilidades e Competências que pressupõe a inserção de todas as disciplinas para o treinamento do alunado em habilidades e competências pertinentes a cada período, em atividades curriculares e extra-curriculares. Constitui-se de um espaço equipado com manequins e um aparato simulador de situações reais da prática médica onde o aluno pode exercitar suas dificuldades e treinar técnicas, em momentos adequados para ele mesmo. Segundo UNESA 1, “o aluno pode utilizar o laboratório para fazer procedimentos no

manequim do tipo punção venosa, toque retal, entubação oro-traqueal, repetidas vezes, sem a preocupação ética de incomodar o paciente”.

Atualmente, o Laboratório vem sendo utilizado, com maior ênfase, nas atividades curriculares de anatomia e cirurgia. Segundo UNESA 3, o trabalho de anatomia realizado atualmente na UNESA é diferente do desenvolvido há 30 anos nos cursos de Medicina, pois as alterações anato-morfológicas relatadas e identificadas nos pacientes podem ser reproduzidas nos manequins e interpretadas por meio dos exames de imagens do tipo ressonância magnética, raio X e tomografia computadorizada.

Além disso, as atividades para desenvolvimento de competências podem ser ampliadas na área de comunicação em psicologia médica, por exemplo, por meio de salas com espelhos especiais para observações de consultas e entrevistas, sem que os alunos sejam notados.

Iniciativas de integração curricular como as descritas acima pressupõem o aprimoramento docente para sua implementação, a partir do entendimento dos pressupostos do processo saúde-doença na direção da integralidade e do processo ensino-aprendizagem-avaliação. A educação permanente é uma estratégia capaz de problematizar a tarefa docente no contexto de seu desempenho.

Para Ribeiro e Motta,

a educação permanente em saúde tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado... A educação permanente em saúde se situa no contexto de uma virada no pensamento da educação profissional, na qual o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem. (2004, p. 4)

Segundo Aguiar e Cordeiro, na Faculdade de Medicina da UNESA

esta educação ocorre nas reuniões propiciadas pelo curso, que congregam docentes das diversas áreas, sob supervisão de uma Coordenação designada para fomentar essa problematização: a Coordenação de Desenvolvimento Educacional: As reuniões das Comissões e Programas, bem como as reuniões mensais de docentes por período, as apresentações dos Seminários Integrados, as reuniões do Conselho de Coordenadores de Período, bem como os eventos periódicos de planejamento e avaliação do curso, como um todo, são os momentos pertinentes para a negociação

do significado da docência e do desempenho de novos papéis, muitos dos quais novos e desconhecidos. (2004, p. 14)

Estes autores afirmam que em tais fóruns tem sido possível refletir conjuntamente sobre a estratégia de Saúde da Família como eixo curricular, as premissas e a superação da educação médica tradicional, as novas diretrizes para o ensino da medicina, em suas conseqüências para o ensino e para a avaliação, confluindo para a construção coletiva do projeto pedagógico. Quando necessário, salientam, são oferecidas capacitações específicas como, por exemplo, sobre Metodologias Ativas Centradas no Estudante, por ocasião da implantação do Projeto Tutoria, nos períodos do Internato.

A respeito desses fóruns, UNESA 8 pontifica que as inúmeras atividades são organizadas de modo a permitirem que “os professores interfiram não só no sentido de modificar e de dar idéias sobre qual caminho deve ser seguido mas, também, no sentido de mudar seus conceitos, e isso é uma vertente importante”.

Embora 77,5% dos profissionais ressaltem a importância da educação permanente, expressivo quadro de docentes manifestou uma lacuna na promoção de atualização científica e de cursos de orientação didático-pedagógica (35%), de residências e de cursos de pós-graduação *stricto sensu*, em campos especializados (42,7%), de cursos de pós-graduação, em campos gerais e especializados, articulados aos gestores do SUS (57,3%) – questões 15, 36, 37 e 38 do questionário.

UNESA 7, por sua vez, ressalta a relevância da gestão descentralizada que possibilita o intercâmbio de informações e de decisões entre o corpo docente e a direção da faculdade. Salienta a importância da realização de quatro reuniões de período por semestre, duas só com professores e coordenadores e dois Conselhos de Classe que contam, também, com a presença de alunos, possibilitando o debate, tanto de questões específicas do dia-a-dia, limites, dificuldades, problemas, como de questões mais gerais, como por exemplo, a discussão sobre

a avaliação acumulativa. “Essa idéia partiu da direção e a coordenação fomenta a discussão com os professores do período, que a desdobrará em um seminário. Então, acho que tem uma participação muito interessante que não é homogênea em todos os períodos, mas que integra as atividades pedagógicas e proporciona aperfeiçoamento do corpo docente”, declara esse profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa dissertação de mestrado, o estudo sintético dos caminhos percorridos pela educação médica, implementada no Brasil no decorrer dos séculos XIX e XX, foi realizado na tentativa de se compreender as bases conceituais que permeiam a educação médica conformada a partir do pós-Guerra e, principalmente, nas últimas duas décadas do século XX e início do XXI, quando foram estabelecidos valores, idéias e pensamentos, suscitadores de processos educativos que buscam formar profissionais com um perfil adequado às necessidades sociais atuais, o que implica em desenvolver capacidades propositivas, cooperativas, comunicativas e de agilidade frente às situações concretas. Além disso, o desafio constitui-se, também, em forjar o espírito crítico, a capacidade de reflexão e de participação ativa na construção do conhecimento.

No Brasil contemporâneo, as Diretrizes Curriculares do MEC para os Cursos de Graduação de Medicina pressupõem que o desenvolvimento de estratégias integrativas, resultantes da adoção de práticas pedagógicas que valorizam, além da excelência técnica, a relevância social das ações de saúde e do próprio ensino, poderá garantir a formação dos profissionais de saúde dentro dos referenciais nacionais e internacionais de qualidade.

A urgência em construir modelos educacionais, que priorizem a atenção básica, implica na adoção dos princípios constitucionais propugnados para o Sistema Único de Saúde - universalidade, equidade e integralidade das ações no setor.

A proposta de educação “integrativa” redireciona a prática médica para a obtenção de um estado global de saúde, para a recuperação integral do paciente e para a prevenção das doenças, a partir das novas necessidades sociais relativas ao cuidado médico. A recomposição do ato médico é, assim, obtida por uma mudança de atitudes dos profissionais que passam a compreender o indivíduo-paciente como um “todo”. Essa abordagem integrativa do indivíduo

implica em uma concepção da saúde e da doença como estados que se dão em um processo contínuo, e que ocorrem nas diversas relações do indivíduo com o meio ambiente (incluindo-se aí o meio social).

Empreender mudanças no processo de ensino-aprendizagem na formação de profissionais de saúde requer transformações nas relações entre professores e estudantes, entre professores de diversas áreas disciplinares e entre a Universidade e os atores do mundo real. Como eixos fundamentais desse processo, destaca-se a polarização dos modelos tradicional/integrativo, a alteração entre as relações de poder, a flexibilização, a necessidade do desenvolvimento de competências e sensibilidades, tanto políticas quanto técnicas, o enfrentamento de conflitos, o respeito às diversidades e a reorganização da estrutura e da gestão universitária.

Para que a construção do conhecimento seja fruto de uma dinâmica reflexiva sobre a ação, esteja vinculada aos cenários reais da prática e baseada nos problemas da vida é fundamental a participação dos atores sociais - população, profissionais dos serviços, docentes e estudantes - na identificação e priorização dos problemas, no planejamento, na execução e na avaliação das atividades.

As orientações que apontam para essa educação fundamentam-se na concepção pedagógica crítico-reflexiva e nas metodologias ativas em que o aluno aprende a fazer fazendo, a partir da resolução de problemas concretos da realidade. Nesse processo, ocorre uma articulação entre teoria e prática, entre conhecimento científico e saber popular, demandando o estabelecimento de um currículo integrado que viabilize a abordagem interdisciplinar das questões, a integralidade, a capacitação permanente dos docentes e a avaliação processual das atividades de ensino-aprendizagem que supere a orientação tradicional.

A análise empreendida nessa dissertação teve como objetivo identificar a trajetória percorrida pelas Faculdades de Medicina da UNIGRANRIO e da UNESA, na busca pela incorporação desses conceitos e posições em suas experiências pedagógicas. As estratégias adotadas para chegar a produzir e a consolidar mudanças foram analisadas a partir dos depoimentos dos profissionais de saúde atuantes nestas instituições, da aplicação dos questionários com os mesmos e com os alunos, e do estudo dos documentos e dos projetos elaborados nestas IES.

Cumprir esclarecer que não se trata de um estudo comparativo entre as duas faculdades pesquisadas. A escolha recaiu nessas instituições por articularem-se com diferentes cenários ligados aos SUS, por apontarem na direção da integralidade e por não possuírem hospitais-escola orientados pelo modelo tradicional.

Em alguns pontos da análise empreendida essas Instituições aproximam-se, ainda que apresentem estruturas diferenciadas, principalmente no que se refere à organização acadêmica por departamentos, caso da UNIGRANRIO, e à estruturação por coordenações multidisciplinares da UNESA.

Em ambas, ocorre um esforço em ajustar-se às Diretrizes Curriculares do MEC, a partir do engajamento dos profissionais na elaboração do Projeto Político Pedagógico; na formação biopsicossocial do médico generalista; na atenção integral ao indivíduo e sua família; na prática da medicina integral, preventiva, curativa e de reabilitação; no trabalho em rede, a partir do estabelecimento de parcerias ensino/serviço/comunidade com planejamento conjunto de ações; na ação participativa na solução dos problemas da comunidade; e no desenvolvimento de eixos integradores do currículo que, na UNIGRANRIO estruturam-se por meio de módulos – Ciências Fundamentais da Vida, Medicina Geral da Criança e do Adolescente, Medicina Geral do Adulto e do Idoso, Medicina da Mulher e do Concepto, Saúde Coletiva – e de programas complementares, tais como, o Programa Especial de

Aprendizagem – Clinicando, o Pólo de Capacitação em Saúde da Família, o Núcleo Interdisciplinar de Atenção Primária à Saúde – NIAPS, o Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Aluno – NAPA, o Projeto Integrar, com o Ciclo de Palestra e o Laboratório de Auto-Aprendizagem em Fisiologia – LAAF, e as atividades de campo da Saúde Coletiva, área de conexão da escola com a comunidade e com o Sistema de Saúde, articulada por meio do Programa de Integração Ensino-Serviço-Comunidade - PIESC e, na UNESA, através de eixos verticais – Programas de Saúde da Família, de Antropologia Médica e de Saúde Coletiva e Formação Profissional, complementando-se com as Comissões de Saúde da Família, de Ensino da Clínica, e a Permanente de Avaliação – e horizontais, estabelecidos por meio da adoção da metodologia da Pesquisa-ação, dos Seminários Integrados, da utilização de diferentes cenários da prática e de metodologias centradas no aluno; das provas integradas e dos Conselhos de Classe inseridos na avaliação formativa, e na educação permanente dos docentes.

Embora ambas apresentem uma crescente adoção de métodos ativos de ensino em pequenos grupos, assim como atividades de pesquisa, os alunos declaram persistir aulas expositivas e avaliações que enfatizam o conteúdo e a memorização. Pode-se inferir que tal procedimento resulta de uma formação do professorado que internalizou visões de mundo referenciadas no paradigma racionalista cartesiano, adotando o método analítico, que fragmenta e compartimentaliza os conhecimentos, como pressuposto da cientificidade. Como consequência, ainda que as duas faculdades caminhem em direção à integralidade, pouca interação ocorre entre as práticas de saúde preconizadas pela medicina ocidental e as que se situam fora desta racionalidade terapêutica como, por exemplo, práticas curativas populares que ocorrem através da utilização de plantas medicinais, entre outras. Cabe ressaltar, ainda, que esta formação contribui para que estes profissionais restrinjam suas percepções da realidade a manifestações superficiais de fenômenos isolados, impedindo-os de entender que,

embora a aprendizagem baseada em problemas e o ensino orientado à comunidade sejam abordagens mais integradoras que as tradicionais, os problemas de saúde da população demandam um aprofundamento das realidades sócio-sanitárias, o que requer a incorporação e o fortalecimento das ciências básicas e sociais. O Programa de Antropologia Médica da UNESA aponta para essa necessidade, muito embora parte significativa do corpo docente não veja a importância de seu engajamento nesta proposta para a construção de uma nova teoria da medicina voltada para a melhoria da natureza humana e para o bem-estar social (NUNES, 2003, p.214).

As análises empreendidas demonstraram que as parcerias estabelecidas entre as faculdades particulares e os estabelecimentos da rede de saúde têm possibilitado às escolas médicas avançarem na direção da integralidade por contribuírem, entre outros fatores, para a dissolução das contradições inerentes à formação profissional tradicional. Isto porque a articulação dessas instituições com os estabelecimentos da rede do SUS tem garantido a constituição de novos cenários da prática, entendidos não só como locais onde se realizam as práticas médicas, mas como espaços em que os sujeitos reinterpretam as questões referentes à saúde e à doença, inter-relacionam-se em torno de situações concretas de vida, valorizam preceitos morais e éticos orientadores de condutas individuais e coletivas, adotam metodologias ativas de produção do conhecimento, utilizam criticamente tecnologias e trabalham em equipe multiprofissional, com vistas a atingir uma alta resolutividade dos problemas de saúde da comunidade.

As propostas de mudanças articuladas por essas faculdades, consideradas integrativas, podem ser descritas a partir das iniciativas de integração curricular, expressas no Programa de Saúde da Família, adotado pela UNESA como eixo orientador das atividades curriculares e extra-curriculares, e no Programa de Saúde Coletiva que, na UNIGRANRIO, perpassa inúmeros períodos, enfatizando o caráter preventivo da Medicina. Além deste programa, nesta

última faculdade destacam-se os Programas Integrar, o Especial de Aprendizagem Clinicando e o de Atendimento Domiciliar – PAD.

Ao desenvolver estratégias de articulação do ciclo básico ao ciclo profissionalizante, incorporando as ciências sociais às disciplinas tradicionais biomédicas, em torno de debates sobre temas de interesse comum por meio do Ciclo de Palestras, e proporcionar o desenvolvimento de capacidades de iniciativa, de cooperação no trabalho em equipe multidisciplinar, de co-responsabilidade em relação ao seu próprio conhecimento, a partir de experiências concretas realizadas no Laboratório de Auto-aprendizagem em Fisiologia, o Programa Integrar apresenta características integrativas e contribui para a articulação entre teoria e prática e para o desenvolvimento de uma postura adequada do aluno no processo de construção do conhecimento.

A atividade de ensino-aprendizagem, de caráter transdisciplinar, exercida por meio de dramatizações de situações complexas relacionadas ao processo saúde-doença, cerne do Programa Especial de Aprendizagem Clinicando, evidencia a abordagem da integralidade, na medida que possibilita o desvelamento e o debate das dimensões éticas, ecológicas, epidemiológicas, psico-sócio-culturais, econômicas, educacionais e transcendentais, e oportuniza a formação do sujeito ético responsável pela construção da cidadania.

Por agregar diversos profissionais da área de saúde em uma equipe que tem como objetivo dar assistência completa a pacientes portadores de doenças crônicas, a nível domiciliar, com vistas a evitar a hospitalização continuada desses enfermos, a humanizar o cuidado médico e a gerar responsabilidade social, o Programa de Atendimento Domiciliar constitui-se, também, como uma atividade integrativa realizada na Faculdade de Medicina da UNIGRANRIO.

Como enunciado acima, a Faculdade de Medicina da UNESA consolida, além do Programa de Saúde da Família, o Programa de Antropologia Médica e os Seminários

Integrados, para onde convergem os projetos resultantes das pesquisas que articulam o conhecimento acadêmico às necessidades das comunidades e dos serviços de saúde, como atividades integrativas.

No caso do Programa de Antropologia Médica, a integralidade transparece na incorporação das disciplinas humanísticas e de medicina da saúde da família no currículo do curso, proporcionando ao graduando uma visão social da medicina.

Os Seminários Integrados, por sua vez, por articularem-se a um conjunto de atores e de procedimentos, tais como, Conselhos de Classe, provas integradas, reuniões de planejamento, utilização de diferentes cenários da prática médica, possibilitam concretização dos objetivos de integração ensejados na implementação dos eixos verticais e horizontais do currículo do Curso de Medicina da UNESA.

Para finalizar, em termos indicativos e não conclusivos, assumimos a transitoriedade das análises aqui empreendidas que, na construção dessa dissertação, apontam mais questões do que produtos acabados, frente à dinamicidade do processo e do reconhecimento da possibilidade de outras investigações sobre as práticas integrativas desenvolvidas nestas faculdades de medicina, assim como em outras que estejam caminhando na mesma direção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. O processo de transformação da Educação Médica: do ideal à realidade possível. Organizado pela Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, 2004 (no prelo).

_____. Tendências na educação médica; um modelo curricular ajustado ao conceito ampliado de saúde, às mudanças tecnológicas e à realidade social. in: MOREIRA, Antônio Flávio Barbosa (org.). *Currículo: políticas e práticas*. Campinas, SP: Papirus, 1999, p. 69-86.

AGUIAR, Adriana Cavalcanti de e CORDEIRO, Hésio. *Integração vertical e horizontal do currículo médico no contexto das novas diretrizes curriculares: o Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá*. Rio de Janeiro: 2004, mimeo.

ALMEIDA, Macio (org.) e MARANHÃO, Éfrem. *Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde*. Londrina: Rede Unida, 2003.

ALMEIDA, Márcio (org.) et alii. *A universidade possível: experiências de gestão universitária*. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2001.

ALMEIDA, Márcio José de. *Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999. (Atualidade Acadêmica).

_____. A Educação Médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.25 (2), p. 42-52, maio/ago. 2001.

AMARAL, Jorge Luiz do. *CINAEM - Avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência brasileira nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS*. Dissertação (Mestrado Medicina Social) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventivista*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de (org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde, 2001.

BATISTA, Nildo Alves e SILVA, Sylvia Helena Souza da. *O professor de medicina*. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

BARBOSA, Frederico Simões. Explicando integração docente-assistencial no contexto de mudanças da escola médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 9 (2), p. 105-111, maio/ago., 1985.

BERCKER, Fernando. *O que é construtivismo*. Porto Alegre: 1992, mimeo.

BOHR, Niels. *Física atômica e conhecimento humano: ensaios 1932-1957*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1995.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto de incentivo às mudanças Curriculares no Curso de Medicina*. Brasília, maio/2001.

_____. *Portaria Interministerial n.º 610, de 26 de março de 2002*. Institui incentivo de mudanças curriculares para as escolas médicas.

_____. *Resolução CNE/CES n.º 4, de 07/11/2001*. Regulamentação das Diretrizes Curriculares para o Ensino de Graduação em Medicina.

Cadernos da Rede UNIDA. Londrina, v.1, n.1, fev. 2003. (Documentos técnicos).

CAMPOS, João José B. de e KOMATSU, Ricardo. Novos currículos de medicina na FAMEMA e na UEL: uma construção permanente rumo à realidade presente e futura. *Olho Mágico*, Londrina, v. 8, n. 2, p. 4-6, maio/ago. 2001.

CANESQUI, Ana Maria. Ciências Sociais e Saúde no Brasil: três décadas de ensino e pesquisa. *Ciência & Saúde Coletiva*, III(1), p. 131-168, 1998.

CAPRA, Fritjof. *A teia da vida*. São Paulo: Cultrix, 1997.

_____. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1994.

CHAVES, Mario M. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor de saúde. Rio de Janeiro, maio de 1998. Disponível em www.redecedros.com.br. Acesso em 17 fev. 2004.

_____. Educação das profissões da saúde: perspectiva para o século XXI. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 20 (1), p. 1-48, jan./abr. 1996.

Comissão de Planejamento. Federação Mundial de Educação Médica. *Educação Médica para o Futuro. Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 10 (1), p. 4-10, jan./abr. 1986.

FRAGA FILHO, Clementino et alii. Ensino médico: bases e diretrizes para sua reformulação. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 10 (2), p. 107-109, maio/ago, 1986.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. Os casos de Londrina e Marília*. Co-edição: São Paulo: HUCITEC; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2000.

_____. *Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec / Rede Unida, 1998.

GOULART, Flávio A de Andrade. *Os médicos e a Saúde no Brasil*. Flávio A de Andrade Goulart; Gilson de Cássia M. Carvalho (orgs.); coordenado por Antônio Henrique Pedrosa Neto, Regina Ribeiro Parizi, Paulo Eduardo Beherns, Nei Moreira da Silva- Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 200.

LAMPERT, Jadete Barbosa. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec - Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. *Médicos e ensino da Medicina no Brasil*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

MARSIGLIA, Regina Giffoni. *Relação Ensino/Serviço: dez anos de integração docente assistencial (IDA no Brasil)*. São Paulo: Hucitec, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / ABRASCO, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de S. (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOREIRA, Antônio Flávio Barbosa (org.). *Currículo: políticas e práticas*. Campinas, SP: Papirus, 1999.

MORIN, Edgar. *A cabeça bem-feita*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

_____. *Complexidade e Transdisciplinaridade*. Natal: EDUFRN, 1999.

Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. Reunión Especial de Ministro de Salud de las Américas. Informe final do Plano Decenal de Saúde. Washington, Doc. Oficial, n. 118, 1973.

NUNES, Everardo Duarte et alii. O ensino das Ciências Sociais nas escolas médicas: revisão de experiências. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8(1), p. 209-225, 2003.

PAUL, Patrick. Visão transdisciplinar na Saúde Pública. Conferência proferida na Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 30 de setembro de 1998. Disponível em <http://www.cetrans.futuro.usp.br>. Acesso em 14 mar. 2004.

PEREIRA, Geraldo. O ensino médico no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 9 (3), p. 182-186, set./dez., 1988.

PINOTTI, José Aristodemo. A crise da Universidade Brasileira: causas e soluções. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 9 (1), p. 37-41, jan./abr. 1995.

PROGRAMA UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994. Editores: Marcos Kisil e Mário Chaves.

RESTREPO, José F.P. Abraham Flexner y el Flexnerismo. Fudamento Imperecedero de la Educación Médica Moderna. Disponível em <http://www.anm.fepafem.org/flener.htm>. Acesso em 02 abr. 2004.

RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otelo e MOTTA, José Inácio Jardim. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Disponível em www.redeunida.org.br/producao/artigo03.asp. Acesso em 03 mar. 2004.

SANTOS, Boaventura de Souza. *A crítica da razão indolente contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.

SCHRAIBER, Lilia Blima. *Educação Médica e Capitalismo*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1999.

_____. Desafios Atuais da Integralidade em Saúde. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, nº 17, maio de 1999.

STRIEDER, Roque. *Educar para a iniciativa e a solidariedade*. Ijuí/RS: UNIJUÍ, 2000. (Coleção educação).

TANCREDI, Francisco B. e FEUERWERKER, Laura C. M. Impulsionando o movimento de mudanças na formação dos profissionais de saúde. *Olho Mágico*, Londrina, v. 8, n. 2, p. 9-14, maio/ago. 2001.

TEIXEIRA, Carmen Fontes e FORMIGLI, Vera Lucia. Integração docente-assistencial e políticas de saúde: a experiência do estágio multidisciplinar. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v.10 (3), p. 131-139, set./dez. 1985.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1985. (Coleção Themis Básicos).

VIANNA, M. L. T. W. Notas sobre a regulação dos fluxos de saúde de empresas no Brasil em colaboração com Ligia Bahia e Aloisio Teixeira. In: _____. *Regulação e Saúde*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.