

Necessidades Básicas da Transição Paradigmática: O Ciclo Pré-Clínico

Dalmo S. Amorim*

RESUMO

O autor discute a estrutura organizacional das escolas médicas, bem como a disponibilidade e a qualificação de meios à luz dos objetivos maiores dessas instituições. Conclui que se não falta o discurso do reconhecimento da relevância do ciclo pré-clínico, há erros na operacionalização do ensino. Nas atuais condições ele nem concorre para a formação de cientistas e nem propicia sólido alicerce para a capacitação profissional adequada.

INTRODUÇÃO

O título deste artigo diz respeito ao período pré-clínico da educação médica. De longa data a etapa *ensino básico* tem sido objeto de análise e crítica; e, nos últimos anos, sujeita a alterações consideráveis em sua organização e conteúdo.

Esta discussão ocorre em momento histórico, que corresponde a mudanças em conceitos que orientaram a formação do médico ao longo do século que finda.

O exame do tópico não desconsidera condições específicas de tempo e lugar, e nem ignora a diversidade de intérpretes. Por exemplo, no entender de Stokes,²⁶ as escolas médicas raramente podem ser consideradas modelos de boa organização.** A razão principal, segundo ele, reside na variedade de compromissos a que elas estão sujeitas.

Dentro deste cenário de multiplicidade de atividades-fins, admitida como uma das razões da desorganização, destaca-se a dissociação entre os ciclos básico e clínico como agravante.

Os departamentos de ciências básicas merecem consideração especial: em geral eles diferem dos demais por não terem qualquer responsabilidade direta com pacientes, por terem currículos isolados, além de um maior envolvimento em programas de pesquisa.²⁶

PALAVRAS-CHAVE:

Educação médica;
Ciências básicas;
Paradigma.

* Professor-titular do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

** "At the same time, they have become increasingly removed from the special teaching needs of the medical student." Stokes, *op. cit.*, p.90.

PARADIGMA

O *paradigma* pode ser entendido como uma espécie de matriz disciplinar, servindo como referencial para um conjunto de conceitos relativos a um mesmo fenômeno. De acordo com o pensamento de Kuhn,¹⁴ em uma determinada época, o paradigma plasma posições intelectuais e influencia comportamentos, no esforço de resolução de questões relativas ao conhecimento. A situação permanece em estado de equilíbrio, enraizada, até que algo diferente do normal provoque uma *crise*. Dessa última situação pode ocorrer uma ruptura com a versão tradicional, surgindo um novo paradigma. Durante a fase de *transição paradigmática* convivem, por algum tempo, o velho e o novo paradigma: o velho, em seu esforço por continuar dominante, e o novo em sua luta para ganhar novos adeptos.⁹

PARADIGMA FLEXNERIANO

A importância dos departamentos de ciências básicas pode ser identificado na discussão de Flexner¹¹ acerca da educação médica. O relatório por ele elaborado, em 1910 para a Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, é fundamental na orientação da educação médica americana: ele instituiu reformas profundas naquele país, induzindo outras tantas em diversas nações.*

Não será demais falar-se de um *paradigma Flexneriano*.²⁴ Com base nele a pesquisa foi definitivamente institucionalizada na escola médica, seus laboratórios melhorados, os cursos de ciências reforçados no período pré-clínico. Também os cursos da etapa de aplicação e as relações do hospital com a escola médica foram objeto de análise e recomendações. Em resumo, o relatório produzido por Flexner contribuiu para elevar a qualidade do ensino médico, permitindo a construção do (conhecimento do empírico para o científico), da observação para a experimentação.

Também não pode passar despercebido que o relatório aponta uma situação anárquica, com proliferação indiscriminada de escolas médicas.¹¹

Sem negar a importância da base científica do desenvolvimento e da tecnologia médica, há que se admitir que as novas necessidades sociais^{9,9} representam um importante componente naquilo que Kuhn¹⁴ chama de *transição paradigmática*, instalando-se o conflito em razão da necessidade de preservação *versus* a vontade de instalação de uma nova ordem conceitual.

EXPANSÃO DO ENSINO SUPERIOR

A expansão do ensino superior desacompanhada de recursos humanos e físicos, qualificados e adequados, só poderia determinar rebaixamento da qualidade do ensino médico.²⁵

Esta *expansão*, em tempo muito curto, não se acompanhou de meios adequados que justificassem o conceito de formação profissional fundamentada na medicina "ciência." O que se viu foi o surgimento de escolas isoladas em ambientes impróprios, adaptados, sem recursos mínimos de equipamentos e bibliotecas e, principalmente, sem professores pré-clínicos qualificados. Com a expansão, proliferação das escolas médicas, aqueles objetivos do paradigma citado tornaram-se difíceis de conquistar.⁷

Lopes Pontes¹⁸ discute com muita clareza o ocorrido e aponta as vantagens da integração da escola médica no campus universitário. Poucas instituições, contudo, puderam contar com essas possibilidades. Manifestamente, diz ele, os cursos foram insuficientes para atender a preparação de professores, adotando critérios alternativos, administrativos, para acesso às categorias docentes.

A má-qualificação do corpo docente e a precariedade de recursos físicos (não sendo excepcionais as situações em que eles são insatisfatórios até mesmo para o ensino de ciências em escolas de segundo grau), trouxeram sérias conseqüências para o ciclo pré-clínico.

Pereira²⁰ exemplifica: um exame parasitológico das fezes serve para demonstração a 100 alunos e uma placa bacteriana passa de mão em mão, para observação atônita de quem não sabe semear um germe, e, muito menos, compreende o sentido do crescimento de uma colônia ou halo em volta do disco de antibiótico.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

As instituições de ensino superior, em qualquer lugar, e a qualquer tempo, têm um certo número de características fundamentais,²⁷ as quais serão comentadas a seguir com brevidade.

A primeira característica diz respeito a *autoridade do pessoal acadêmico*. Nessas instituições muitas decisões só podem ser tomadas por profissionais especialistas.

Uma segunda característica é o princípio organizacional. As áreas do conhecimento são os "*building blocks*": alega-se que sem sua institucionalização uma organização de ensino superior não poderia

*"First and Last, American towns have produced over four hundred medical schools. The teaching of medicine on these terms was, directly, in cash, and indirect, in prestige, a profitable business."

Flexner, op. cit. p.41.

existir. Este princípio conduz à formação de "células especializadas", autônomas, os departamentos, o que concorre para a fragmentação e a pouca consistência do conjunto.

A terceira característica é a *difusão do poder decisório*, que passa a ser distribuído entre grande número de unidades e atores. A instituição torna-se, como consequência, um sistema federativo: departamentos autônomos (ou quase) em busca de seus interesses que podem se sobrepor à autoridade do conjunto. Esta organização reclama o exercício do *poder-dever* pela autoridade competente – supremacia nas relações de qualquer natureza que a escolha interna reclama.

Concorrendo também para a fragmentação do ensino está a chamada *disciplina*, com equívoco de interpretação de significado e reflexo na organização do currículo. O conceito de disciplina acadêmica não é claro, inequívoco. Vale remeter à discussão do assunto por Becher.⁴ Também convém referir o exame do conflito de interesses (objetivos institucionais *versus* os objetivos das disciplinas). Elas, "ilhas institucionais", vivem em democracia, seja por que são autóctones ou por que foram adotadas para cumprir alguma função exigida na estrutura curricular. Em conjunto, autóctones e desligadas das metas institucionais, em departamentos autônomos, configuram uma estrutura arcaica de baixa eficácia educacional.³ É negar que a educação profissional ampla e a formação cultural dos estudantes são a missão básica dessas instituições.⁶

Uma impropriedade na coordenação dos cursos é a superposição da organização departamental à estrutura curricular.* É essencial entender que o planejamento curricular sobrepõe-se à vontade departamental. Os departamentos persistem assegurando o registro de disciplinas só a eles vinculado, e mantendo a autonomia das decisões relativas às suas origens.¹⁰

A raiz dessas distorções foi discutida por Rosa,²³ que concluiu ser necessário desfazer "finalidades" (dentre elas, o uso de poder, até mesmo confundindo-se com estrutura de *serviço*) das disciplinas de graduação, que não devem ser entendidas senão como formas adequadas de organização da matéria necessária à qualificação do aluno. As disciplinas não podem ser confundidas como *estrutura de poder* ou liderança.²³

DICOTOMIA DO ENSINO MÉDICO

De assunto tão candente muitos têm-se ocupado, e a literatura é

agora volumosa. A maioria deriva da mesma idéia: a separação do ensino, em etapas, pressupondo ser uma delas essencial à boa formação do médico. É preciso admitir-se que o ambiente, no qual ocorre a educação médica, deve ser estimulante sobre o aspecto acadêmico, incluindo a *pesquisa*, que não pode ser dissociada do ensino.

Durante os primeiros anos do curso é essencial a organização do ensino *pré-clínico*, de tal modo que sua aplicação à Medicina seja sempre óbvia. Esta é a razão para o ensino combinado e integrado das diferentes disciplinas, em associação ilustrativa ao significado da pesquisa na formação do aluno.

Todavia, não só persiste como se acentua a ruptura entre o ideal e o plano da realidade. O ideal é o relacionamento da *qualidade* com os usuários, isto é, o ensino pré-clínico de ciências é essencial à boa formação do médico. A *realidade*, contudo, é bem diferente. Em nosso meio, há algumas agravantes.

Os padrões da educação médica, lastreada em sólida formação nas ciências básicas, foram introduzidos tardia e lentamente entre nós. Referidos padrões só poderiam ser alcançados se a instituição estivesse de posse dos recursos necessários aos conceitos fundamentais. O que não é o caso.

CICLO PRÉ-CLÍNICO

Ao discutir a importância do ciclo pré-clínico, Sinclair²⁵ enfatiza que os professores deveriam ensinar os fatos e princípios de suas idéias, de tal modo que os alunos passem para o ciclo clínico com compreensão adequada, metodologia e vocabulário que os beneficiem em seus estudos futuros.**

Mas as *disciplinas das áreas básicas* – tal como são ministradas e assimiladas – não *chegam a caracterizar para o alunado que o corpo de matéria abordado constitui embasamento indispensável para a formação profissional diferenciada*. Cabe, até mesmo, a interpretação de que o ciclo pré-clínico é vivenciado como etapa formal a ser cumprida por mera exigência curricular.

Do cenário supra referido resulta a formação defeituosa que lhes (os alunos) tolhe intensa e precocemente a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos das entidades mórbidas com que se deparam e devem tratar.¹

* Em contraposição a estes conceitos, há estatutos que concedem representação na congregação aos chefes de departamentos e chefes de disciplinas. Conferir poder às disciplinas acadêmicas em si já é um equívoco conceitual. As consequências práticas estão aí manifestas, até mesmo pela desigualdade numérica entre uns e outros: esvazia-se o departamento (não se ignora a fraqueza dessa estrutura e do seu chefe), enquanto insufla-se o poder decisório (indevido) dos grupos endogâmicos.

** They had to teach students different habits of thought to wean them away from the parroting of texts and teachers and to bring them nearer the beginning of independent judgement. Sinclair, *op. cit.*, p. 13.

⁶ Inquérito realizado entre ingressantes de escolas médicas públicas e privadas, no Estado de São Paulo, revela que cerca de 60% afirmam não ter havido qualquer orientação sobre a organização do curso. Dados do autor não publicados.

Estas são considerações gerais, cabendo breve referência a fatores concorrentes e determinantes dessas observações.

O ESTUDANTE

Por ocasião da admissão à escola médica, o aluno tem, geralmente, 18 a 20 anos de idade. A má qualidade da escolaridade prévia ao ensino superior que tanto aflige educadores e com tanta repercussão, é fator de grande importância.

Idealmente, três requisitos devem ser esperados de um estudante. O primeiro exige-lhe a posse de conhecimentos e hábitos fundamentais. Ser capaz de comunicar-se com outras pessoas, com domínio suficiente de linguagem falada e escrita para compreender instruções complicadas e fazer julgamentos claros.¹⁵ A abordagem feita por Hossne¹² acerca da responsabilidade ética da linguagem é referência obrigatória. O segundo, apreciar o domínio do conhecimento como uma atividade gratificante. O terceiro, aprender a pensar por si mesmo.

O que se constata, quando um novo aluno chega ao curso superior, é uma desconcertante variedade de departamentos e uma diversidade não menos atordoadora de disciplinas.⁶ E não existe nenhuma orientação lógica, nenhum acordo com a escola universitária sobre o que ele deveria estudar.* O resultado é a falta de percepção do aluno para identificar a relevância das ciências básicas entre si e seu vínculo com a Medicina clínica.⁵

DISCIPLINAS

As disciplinas do ciclo pré-clínico (a Fisiologia é destacado exemplo) representam a base para a capacidade de distinguir "núcleo de arte empírica" do conteúdo de "ciência na Medicina". Elas são essenciais para o aluno compreender e separar o provável do incerto, de pesar a evidência e chegar à conclusão provisória do que deve ser testado.²⁵ Essas aptidões de análise e síntese são conducentes ao futuro raciocínio lógico de diagnóstico diferencial. As disciplinas básicas incitam o hábito de avaliação crítica do "fato" apresentado para consumo, e induzem no estudante um modo de pensar aplicável aos problemas e dificuldades, preparando-o para o exercício de atividades profissionais.

Considerável parte do ensino pré-clínico é ministrada em aulas expositivas, sendo as práticas estereotipadas com a preocupação de reproduzir experimentos clássicos. Mas o papel do curso deve ir muito além: cabe-lhe a responsabilidade de encorajar o aluno para uma atitude científica, a fazer julgamentos claros e a perceber a importância do assunto para a formação médica.

Não é fácil para a disciplina, como "unidade de ensino", atender o slogan educacional "cut out the dead wood." Essa dificuldade deriva, em parte, da incapacidade de o professor reconhecer a "dead wood":²¹ o resultado é que grande parte desse conhecimento será totalmente despido de valor e de significado na prática médica**.

Curiosamente dificuldades na correção dessas distorções têm origem dentro da própria disciplina.² Já não se fala do ideal da integração, mas do ideal da coordenação e da propriedade da matéria e seu modo de apresentação.⁹

INFRA-ESTRUTURA

O paradigma Flexneriano dá ênfase à institucionalização da pesquisa na escola médica, seus laboratórios melhorados, os cursos de ciências reforçados no ciclo pré-clínico. O que a prática revela entre nós é uma completa negação desses preceitos.

As condições de infra-estrutura são inadequadas à complexidade pretendida e materializada nas ementas das disciplinas. As condições físicas, precárias, estão muitas vezes inabilitadas até mesmo para o ensino de ciências no segundo grau. Não se fale em falta de modernização de equipamentos: esses, ressalvadas algumas exceções, são obsoletos (ou inexistentes) e incompatíveis com as exigências de um curso pré-clínico atual e de razoável qualidade. O que se discute é a inexistência ou a incompatibilidade de meios com as exigências formadoras do estudante médico.

CORPO DOCENTE

A responsabilidade em ministrar o ensino no ciclo pré-clínico é preocupante e tem conseqüências de grande importância para o futuro da educação médica.

* Inquérito realizado entre ingressantes de escolas médicas públicas e privadas, no Estado de São Paulo, revela que cerca de 60% afirmam não ter havido qualquer orientação sobre a organização do curso. Dados do autor não publicados.

** As the dean of Harvard (Dr. Sidney Burwell) put it "My students are dismayed when I say to them, half of what you are taught as medical students will in 10 years have shown to be wrong. And the trouble is, none of your teachers knows which half". Pickering, op. cit., p. 115.

Deve sempre ser lembrado que a construção do conhecimento científico partiu do empírico para o racional, da observação para a experimentação. Não há razão pedagógica para se consentir que se transmita conhecimento desconectado da motivação que conduziu o aluno até a escola médica.²⁹

A diferenciação das ciências pré-clínicas não as torna independentes. Elas *não podem* ser ensinadas apenas como exigência curricular. O professor *deve ser capaz* de plasmar o espírito do aluno e convencê-lo de que o conteúdo de sua disciplina será de grande valia na formação profissional, embora ele não vislumbre àquela etapa a relevância futura da matéria.

É absolutamente *inaceitável confiar* a formação do aluno a professores não-habilitados a promover a integração do conhecimento e seu significado profissional. Alguns professores, ou muitos, podem até mesmo dispor da titulação que os habilita para admissão no corpo docente do ensino superior; podem, até mesmo, ter desenvolvido trabalho de pesquisa conducente àquela titulação, mas não devem ser admitidos quando não-habilitados a participar de curso que contempla as necessidades específicas citadas.

Tenha-se presente que se o domínio relativo de parcela de conhecimento de maior ou menor complexidade permitiu-lhe aquela titulação, ela não o qualifica como professor de escola médica. A tal respeito, Platt²² discute que a disponibilidade de um determinado equipamento torna fácil achar assunto para pesquisa: sempre haverá algo para ser avaliado. É a necessidade para pensar, observar, assimilar, integrar e formular idéias que toma tempo e qualifica.

Estas considerações são feitas porque os *departamentos básicos* estão, sempre admitindo graduados oriundos dos bacharelados e cursos de pós-graduação em áreas de ciências biológicas e outras, que não têm experiência clínica e nem juízo de valor sobre os objetivos da escola médica.

A menos que o *biólogo* seja pessoa de *mente aberta*, ele terá como professor, muita dificuldade para modificar o seu ensino que deve

atender às necessidades do futuro médico. Por exemplo, o biólogo admitido no departamento de Anatomia, com base em sua experiência de pesquisa em microscopia eletrônica, poderá ter mal desempenho quando chamado para discutir a anatomia do canal inguinal com estudantes, cujo interesse futuro no assunto relaciona-se principalmente com a hérnia inguinal.

O que se discute aqui não é novidade mas está se agravando. O *problema* não é só de natureza *vocacional*; é também *econômico*. Não há menos recrutas oriundos somente dos cursos médicos (o argumento do baixo salário tem sido enfatizado), como há um excesso de candidatos cujas origens são os bacharelados e programas de pós-graduação em ciências biológicas e outras (em busca de oportunidades de emprego no mercado de trabalho que oferece menor remuneração).

Estes cientistas "puros", que hoje ocupam grande espaço, geralmente não são capazes de trabalhar em colaboração com os clínicos no ensino, não participam dos compromissos e nem das preocupações da educação médica.

O preocupante cenário para os destinos da educação médica, reclama correção de rumos; como exemplo, temos a modificação da estrutura curricular discutida por Lent.¹⁶ Ao invés de continuar ministrando disciplinas isoladas, a mudança postula que o ensino se desenvolva a partir de disciplinas integradas do ciclo pré-clínico com as dos departamentos de aplicação.

Embora sob o aspecto teórico, a idéia de integração pareça muito interessante, uma vez que fornece ao aluno um conhecimento mais harmonioso do organismo, na prática as dificuldades se acumulam. A autonomia desfrutada pelos departamentos ao propor seus programas de ensino-aprendizagem é uma das causas,¹⁰ agravada pelo grau de liberdade (autoconferida) das disciplinas.³

Há, no entanto, outras razões exploradas ao absurdo, onde os autores ilustram conflitos nascidos de conceitos, competências, desconfianças e metodologias de trabalho.*

Miller,¹⁹ já expressou sérias dúvidas acerca da racionalidade e viabilidade do ciclo pré-clínico da educação médica. Qualquer dire-

* If the plan calls for a series of physiological lectures to be given in the time allotted to the department of obstetrics and gynaecology, and if the head of this department considers the physiologist concerned to be a charlatan, then these lectures will somehow not to be given after the first year. Sinclair, *op. cit.*, p. 54-55.

tor de escola de Medicina, diz ele, que tentar integrar o currículo e prevenir a lacuna *iatrogênica* entre a etapa pré-clínica e o estágio clínico, onde o conhecimento científico é usado para o benefício do doente, sabe que o principal obstáculo reside nos professores do ciclo "dito" básico. Por exemplo, o puro morfologista e o biólogo fisiologista que gravitam em faculdades, terão dificuldade na transmissão de conhecimentos relevantes no curso médico, mesmo em colaboração com médicos. Conforme Miller destacou, problemas de recrutamento afetam mais o ensino do que as mudanças introduzidas no planejamento acadêmico das instituições.

FASES DE TRANSIÇÃO

Cabe, aqui, falar de duas transições. Uma relativa à chamada *transição paradigmática*; a outra, não excludente, diz respeito à *transição da etapa pré-clínica para a fase clínica*.

Começemos pela segunda.

A transição do ciclo científico do curso médico para o ciclo de aplicação é verdadeiramente difícil e não pode ser feita de modo satisfatório, a menos que certos padrões sejam adotados. Estudantes acham árdua essa fase de transição, por razões de ordem pedagógica e de natureza psicológica.

É inescapável a discussão da participação da coordenação do curso, do professor, do aluno, do conteúdo programático e dos métodos empregados no ensino. De fato não há *coordenação interdepartamental*, no ciclo pré-clínico, com a participação de docentes na etapa de aplicação.²³

As carências de *ordem pedagógica* são comuns e ostensivas. A transição será muito melhor aproveitada se a Fisiologia humana, por exemplo, constituir a ponte entre as duas etapas: as aplicações de Fisiologia aos problemas da doença humana impressionam o aluno tão logo ele adentra o hospital.

No que concerne aos métodos, por exemplo, a não-realização sistemática de *necrópsias* causa grave prejuízo à formação do aluno, além da perda de um dos meios mais eficientes de avaliar a qualidade dos serviços profissionais prestados.

Cita-se, por oportuna, a observação de Verbicaro:²⁸ fator positivo nas aulas-seminários é o fato de o aluno vir conhecendo o assunto, *o que torna mais agradável para o professor elucidar apenas as dúvidas*. (O destaque é meu: a relevância reside na pressuposição da competência do professor para esclarecer as dúvidas dos alunos. Há vários exemplos: um deles é a incapacidade que tem o professor para comentar situação específica (miocardite) quando a exposição teórica versa sobre inflamação.)

Se nunca é demais sublinhar a importância das disciplinas do ciclo pré-clínico, na fase de transição, também não se pode deixar de lado a observação corrente do esquecimento, pelos alunos, de conceitos básicos ministrados nessas disciplinas. Tal fato leva à necessidade de recordar estes conceitos e conhecimentos na fase de *transição do curso*. Não se trata de simples caráter de reforço, mas de verdadeiro re-ensinar.¹³

Ao discutir o fenômeno *retenção do conhecimento*, Lobo¹⁷ enfatiza que o esquecimento é devido sobretudo a três fatores: uso, relevância e interferência. Desta forma, um conhecimento tende a ser esquecido se não for usado, se não for relevante para o aluno ou se sofrer interferência do aprendizado de outros conhecimentos de maior relevância.*

Estes fatores concorrem para que se admita que a organização do curso médico em ciclos não seja pedagógica, nem psicológica, pois além de outros argumentos, não é motivante para o aluno separar o *saber* do *fazer*.

Ao analisar a implementação do ciclo pré-clínico, Lent¹⁶ deixa claro que o primeiro passo na assessoria pedagógica é levar o professor a pensar sobre as funções do profissional que ele ajuda a formar. Esta reflexão é importante, pois serve de ponto de partida para uma definição de objetivos que o aluno precisa alcançar para exercer bem sua atividade futura.

Retornemos à fase de *transição paradigmática*.

Além de apontar os defeitos de muitas escolas, Flexner fez um exame completo dos pontos essenciais de um bom ensino, acentuando a importância do espírito científico e o grande valor da pesquisa para manter as escolas vivas e promover o progresso da Medicina.**

*Inquérito realizado entre alunos que concluíram o primeiro ano do ciclo clínico, em escolas públicas e privadas, no Estado de São Paulo, revela que cerca de setenta por cento declaram percepção de intenção em se promover "ponte" entre os ensinamentos do ciclo básico e os da primeira etapa clínica. Esse resultado é significativo, podendo servir de subsídio à constituição de "módulo" interdisciplinar na transição dos dois ciclos.

**The differentiation of the pre-clinical sciences did not at once result in independence on their part (). The schools lacked the money and they lacked the interest necessary to scientific development of the pre-clinical sciences () The investigator - even the clinical investigator - is constantly driven back upon them. Flexner, op. cit. p. 27-28, 87.

Convém notar, da mesma forma, que Flexner discutiu que o funcionamento da escola médica é autorizado pelo Estado, com fundamento na natureza social dos seus serviços. Ela não pode, portanto, escapar à crítica e à regulamentação social.

A demanda social levou a escola médica a buscar novas alternativas de atendimento médico e, em conseqüência, de um novo modelo. Mas, em qualquer um desses, é indispensável alcançar algum grau de acordo com um mecanismo que permita definir *requisitos mínimos* relativos a pessoal, instalações e recursos financeiros.⁸

Durante a fase de *transição paradigmática* não se pode deixar de cuidar dessas exigências. Enquanto convivem, por algum tempo, o velho e o novo paradigma não podem escapar à crítica: a escola médica no Brasil em sua esmagadora maioria não seguiu os preceitos do paradigma Flexneriano. O que se viu acontecer foi a *banalização* do ciclo pré-clínico por razões estranhas às premissas e conceitos que o embasam.

Esta é a lição de como velhos símbolos sucumbem às novas necessidades. Porém há outra lição: nenhum novo modelo cumprirá adequadamente sua missão, se não houver apreensão de atitudes, conhecimentos e meios essenciais para o seu desenvolvimento.

Há argumentos suficientes para se repensar, com urgência, o ciclo pré-clínico do curso médico, cujos problemas foram agravados pela forte expansão do ensino superior, proliferação de escolas médicas e separação dos departamentos pré-clínicos e clínicos. E ao repensar o ciclo pré-clínico, deve-se admitir que o mesmo deverá ter um caráter formativo, a par de sua missão informativa.¹⁷

DIÁLOGO

Conversação vivenciada por um ilustre professor, durante visita de inspeção a uma escola médica paulista.

– “Gostaria de visitar a Fisiologia.

– *Lamento não ser possível, professor. A Fisiologia só vem às quintas-feiras.*”

SUMMARY

The preclinical teaching, as an educational level, is being adversely affected by the absence of a philosophy which emphasizes basic sciences as fundamental knowledge for the fulfillment of qualified academic and professional missions. The discussion might contribute to create an agenda for changes - goals and strategy initiatives.

KEY WORDS

Medical Education; Basic Sciences; Paradigma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMORIM, D. S. *Medicina interna e especialidades não cirúrgicas*. In: BRASIL. Secretaria do Planejamento. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Avaliação & Perspectiva, 6, Brasília, 521 p. 1982. p. 243-350.
2. AMORIM, D.S. Óbice à reorganização curricular: o departamento. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 40, 1993.
3. AMORIM, D.S. The Archaic organization of higher education institutions and its effect on the curriculum. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p.12-15, 1995.
4. BECHER, R. *Academic tribes and territories: intellectual enquiry and the cultures of disciplines*. Bristol: The Society for Research into Higher Education and Open University Press., 1990, p. 20-35.
5. BLOCK, S.R. *A Students' view*. In: POPPER, H. (ed). Trends In New Medical Schools. New York: Grune & Stratton, 1967. p. 129-133.
6. BLOOM, A. O Declínio da Cultura Ocidental: da crise da Universidade à crise da Sociedade. In: AS DISCIPLINAS. São Paulo: Best Seller, 1987. p. 363-397.
7. CHAVES, M., ROSA, A. R. (org.) *Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90*. São Paulo: Cortez Editora, , 1990. 209 p.
8. CHAVES, M.M. Educação das profissões de saúde: perspectivas para o século XXI. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 21-27, 1996.

9. ENSINO médico: bases e diretrizes para sua reformulação. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 67-76, maio/ago., 1986. (foi citada em BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Especialistas do Ensino Médico. Comissão de Ensino Médico. Ensino. (Documento, 6).
10. FIGUEIREDO, J. F. RODRIGUES, C. R. C. Estratégias para a reformulação da estrutura curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto na última década e estágio atual do processo. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 20-23, 1990.
11. FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. *Bulletin Number Four*, New York, 1910.
12. HOSSNE, W.S. Responsabilidade ética da linguagem médico-científica. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 14, v. 1, p. 5-10, 1990.
13. JANSEN, J. M., BEVILACQUA, F., BENSOUSSAN, E. Evasão do conhecimento nos primeiros anos do curso médico. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 170-171, 1985.
14. KUHN, T.S. *A Estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1996.
15. LARSON, K.S. The Dissemination of false data through inadequate citation. *J. Int. Med.*, v. 238, p. 445-450, 1995.
16. LENT, M. A. S. Ensino integrado no ciclo básico. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.81-88, 1982.
17. LOBO, L. C. G. Ensino das matérias básicas. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.83-130, 1981.
18. LOPES PONTES, J. P. Ensino médico no Brasil: evolução, perspectivas e desafios. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v 6, n. 2, p. 104-110, 1982.
19. MILLER, H. Medical education and medical research. *Lancet*, v. i, p. 1-6, 1971.
20. PEREIRA, G. O Ensino médico no Brasil. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.182-186, 1985.
21. PICKERING, G. W. The Purpose of medical education. *Br. Med. J.*, v. 2, p.113-116, 1956.
22. PLATT, R. Medical science: master or servant? *Br. Med. J.*, v. 4, p. 439-444, 1967.
23. ROSA, A.R. Inter-relações dos ciclos básico e profissional. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p.49-53, 1979.
24. SANTOS, J. O. Filosofia da educação médica: interpretação da praxis. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.82-86, 1986.
25. SINCLAIR, D. Basic Medical Education. London: Oxford University Press, 1972.
26. STOKES, J. F. Examining in the United States the National Board of Examiners. *Br. J. Med. Educ.*, v. 1, p. 320-29, 1967.
27. Van VUGT, F. A., WESTERHEIDJEN, D. E. Towards a general model of quality assessment in higher education. *Higher Education*, v. 28, n. 3, p.355-371, 1994.
28. VERBICARO, M. G. L. Comparação de métodos de ensino em curso de anatomia patológica. *R. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p.193-196, 1984.
29. WAMMACHER, C. *Extinção do ciclo básico*. In: XXXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 1995, Porto Alegre. Anais ...Porto Alegre: ABEM, 1995. 304 p. p.167-169.

Endereço do Autor

Rua Bernardino de Campos, 1236 aptº 132
14015-130 - Ribeirão Preto - SP