

Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico

The Undergraduate Curriculum and Context of Medical Training

Jadete Barbosa Lampert¹

RESUMO

Aborda-se o currículo do curso de graduação das escolas médicas brasileiras no enfoque de documento escrito que explicita objetivamente o compromisso institucional com o educando e a sociedade, e de fatores que, não estando explicitados oficialmente, têm relevância na determinação do que efetivamente acontece na formação do profissional médico. Permeando a legislação e as implicações do contexto acadêmico e social no mercado de trabalho, apontam-se interesses que encaminham as ações na montagem dos currículos, oficial, paralelo e oculto, que desafiam a efetivação das propostas curriculares inovadoras das escolas médicas brasileiras.

ABSTRACT

The author analyzes the undergraduate curriculum in Brazilian medical schools, focusing on the written documentation of the institutions, explicit commitment to both medical students and society, as well as factors that are not made officially explicit, but which have a relevant impact on what actually occurs in medical training. Permeating the legislation and academic and social implications in the labor market are interests identified by the author that pertain to drafting of official, parallel, and concealed curricula and which raise challenges for the implementation of innovative curricular proposals for Brazilian medical schools.

DESCRIPTORIOS

- Currículo
- Educação médica.

KEYWORDS

- Curriculum
- Medical education

INTRODUÇÃO

A palavra currículo, originária do latim *curriculum*, foi utilizada por Platão e Aristóteles para descrever os temas ensinados durante o período clássico da civilização grega. Mas é a partir da década de 40, buscando substituir a expressão "planos de estudo", que o campo de discussão sobre currículo escolar ganha espaço na literatura. Desde então, sob o conceito de currículo, se localizaram diversas temáticas, fazendo com que o mesmo resultasse, por excessivo, insuficiente, perdendo sua capacidade de discriminar. Na revisão da literatura, os conceitos de currículo cobrem um arco definido, que vai do currículo como texto da grade curricular ao currículo como o todo educativo.¹ Delimitar o currículo de graduação, no caso da formação médica, sempre foi tarefa complexa, considerando os inúmeros aspectos que confluem na discussão do perfil profissional que deve ser formado para conferir uma formação básica e consistente no campo técnico e humanístico.

Na década de 70, nos Estados Unidos, ocorreu um movimento de reconceituação do campo curricular, com rejeição da postura unicamente instrumental, reconhecendo naquele o caráter histórico, político e ideológico da prática pedagógica. Na Inglaterra, nessa época, os estudos adquiriram caráter sociológico, abordando tópicos centrais que se relacionam com a estrutura de poder da sociedade. Além de abordar as relações entre currículo e ideologia, classe social, poder, Estado, reprodução social, cultura, subjetividade, tais estudos evidenciaram que o conhecimento adquirido na escola não é neutro nem objetivo, mas selecionado e estruturado de modo particular.

Koifman¹ destaca o aparecimento do conceito de currículo ligado ao sentido específico de prescrições generalizadas sobre o ensino e a sistemas que se propõem prescrever com o fim de regular, normalizar, homogeneizar o que se ensina.¹

Na escola médica, quando se fala em currículo, está-se referindo aos documentos com base nos quais os professores definem seus programas anuais ou semestrais, a partir da grade curricular. Os movimentos para as transformações curriculares, quando se limitam aos textos escritos e a reorganizar a carga horária, desconhecendo o impacto de outros fatores, que constituem partes determinantes daquele conteúdo, limitam as possibilidades de inovação. Sabe-se, de antemão, que não se pode considerar o documento curricular escrito como o único representante das intenções do que será efetivamente trabalhado no curso, dada a importância da vivência em sala de aula e nos espaços da prática médica.

Para reflexões sobre os caminhos percorridos no ensino para a graduação do médico, aborda-se, neste trabalho, o currículo como plano estruturado de estudo que abarca os documentos oficiais e prescreve o que se deve ensinar, assim como o conjunto de processos determinan-

tes do que efetivamente se ensina e se aprende nos já denominados currículo paralelo e currículo oculto, no contexto do mercado de trabalho médico.

CURRÍCULO

O currículo pode ser definido como a soma de experiências vividas pelo educando sob os auspícios e direção da escola²

Na abordagem tradicional, o currículo dá atenção central aos processos de planejamento, implantação e avaliação dos elementos ditos substantivos: objetivos, conteúdos, métodos de ensino e procedimentos de avaliação.

O Relatório Flexner (1910) resultou em modelo que marcou definitivamente as estruturas curriculares dos cursos médicos, no Ocidente, no século XX, caracterizando-se pela ênfase nos conhecimentos especializados, incentivo à aprendizagem da prática médica nos hospitais de ensino e impulso às pesquisas. Na escola médica, o conhecimento das especialidades se localizou na divisão das disciplinas, agrupadas em básicas e profissionalizantes, fragmentando a unidade do conhecimento médico, ainda no curso de graduação.

Em âmbito mundial, surgiram dois movimentos em reação à onda de especializações excessivas. Primeiro, nos anos 60, no Canadá e nos Estados Unidos, surgiu a ação organizada no sentido da formação do médico de família, emergindo em decorrência uma nova especialidade, tão numerosos foram os programas de Residência em Medicina Familiar oferecidos. O segundo movimento se caracterizou pela reivindicação por justiça social, acentuando o caráter prioritário dos cuidados básicos de saúde como meio de melhorar o atendimento às populações carentes, que culminou na conferência internacional realizada em Alma-Ata, em 1978, de que resultou a declaração Saúde para Todos no Ano 2000, assinada pelos representantes de 134 países.^{3,4}

A Conferência da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas Médicas (Fepafem), em 1976, no Rio de Janeiro, ao trabalhar a idéia de integração docente-assistencial, tratou da regionalização e do elo contínuo com um enfoque familiar, independentemente de ter-se hospital de um lado e clínicas de outro. Nesse mesmo ano, criavam-se os dois primeiros programas de Residência em Medicina Geral Comunitária no Brasil, um na Unidade São José de Murialdo, da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente/RS, e outro na Universidade Federal de Pernambuco.^{3,5} No Brasil, nesta trilha, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) organizou os seminários "A Formação do Médico de Família",⁶ em 1973, e "A Formação do Médico Generalista",⁷ em 1978. Na época, não houve o entendimento de como um modelo de países ricos (Estados Unidos e Canadá) serviria para a nossa realidade. Em 1984, surgiu o modelo cubano, alicerçado na medicina de famí-

lia, e hoje, o Programa Saúde da Família (PSF) é política explícita do Ministério da Saúde⁸, que mostra a evolução do processo, das discussões à formulação das políticas públicas em saúde no Brasil (SUS/1988, PSF/1992).

No âmbito internacional, a Declaração de Alma-Ata (1978) como programa mundial desencadeou um movimento em busca do equilíbrio entre as ofertas de serviços de saúde em medicina geral e em especialidades, visando à universalidade e à equidade na atenção primária. Desde então, surgiram programas e projetos para a construção do novo paradigma, que, ao invés de estar voltado para a doença, a tecnologia sofisticada e a disputa de leitos hospitalares, volta-se para a promoção da saúde e o atendimento das necessidades básicas de nível primário, buscando reordenar a entrada do sistema de saúde com mecanismos de referências e contra-referências. Os órgãos formadores, em especial as escolas médicas, são as instituições visadas para a construção do processo de transformação, que aponta para o novo paradigma, tendo de concreto os currículos apresentados oficialmente e a forma como estes estão sendo implementados, retratados em parte nos resultados obtidos por meio de avaliações (institucionais, Cinaem, MEC, Perfil do Médico).

A análise dos currículos no modelo Spices⁹ recomenda seis estratégias educacionais representadas num *spectrum* ou *continuum*: de um lado, a formação centrada no aluno, de outro, centrada no professor, assim sucessivamente; de um lado, com base em problemas, de outro, com base na coleta de informações; um integrado e o outro voltado para a disciplina; um com base na comunidade e o outro com base no hospital; um eletivo e o outro uniforme; um sistemático e o outro com base no aprendizado. Este modelo pode ser usado no planejamento ou estudo curricular e oferecer orientação quanto aos métodos de ensino e avaliação, se mais inovadores ou mais tradicionais, orientando a reflexão do que é mais adequado para melhor formar o médico contemporâneo, a fim de atender às demandas reais de saúde da comunidade.

A II Conferência Mundial de Educação Médica (1993), em Edimburgo¹⁰, cognominada Cúpula Mundial sobre Educação Médica, o maior evento internacional no campo da educação médica, teve como temas: (I) a nova relação estado/sociedade no contexto social ampliado, englobando a situação dos cuidados de saúde e a oferta de serviços, o compromisso da universidade com a sociedade, o aumento das expectativas e a diminuição das oportunidades em saúde; (II) as mudanças na natureza da prática médica, na pressão de viabilizar equidade e acesso à saúde com redução de custos, no dilema da educação médica com uma medicina fragmentada e aspectos culturais e ideológicos nas implicações éticas, individual e coletiva; (III) resposta educacional aos avanços do conhecimento e da tecnologia, reconsiderando as bases científicas da medicina para ligar os conhecimentos biomédico e social na interdisci-

plinaridade e solução de problemas, avaliando a tecnologia na solução dos problemas e cuidados com a saúde, a pesquisa e o ambiente da educação médica. Ao final, resultaram 22 Recomendações para Ação e apelo à cooperação internacional, em resposta às várias situações que estão à espera de mudanças. As Recomendações estão divididas em cinco grupos: a) Prática e política de saúde; b) Resposta educacional; c) *Continuum* da educação médica; d) Parceria na aprendizagem; e) Cenários para a aprendizagem^{10,11,12}. Esta Conferência teve como precursoras a Conferência dos Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (1978) e a I Conferência Mundial de Educação Médica (1988), também em Edimburgo, que formulou a Declaração de Edimburgo, a qual estabeleceu 12 pontos de reforma para a educação médica avançar em direção à saúde e ao bem-estar do ser humano.

Direcionados à prestação de serviços para atender às necessidades da população, todos os documentos explicitam a missão social e fortalecem a implementação dos currículos que visam à terminalidade dos cursos de graduação na formação do médico geral, ou simplesmente do médico, sem minimizar a necessidade de cursos de pós-graduação, residência médica ou outros e da educação permanente.

LEGISLAÇÃO

A Reforma Universitária brasileira (Lei 5.540/68) criou os departamentos como unidades funcionais, onde estão alocadas as disciplinas, com autonomia de decisões e reunidos em Centros. Isto favorece a perda da unidade da escola, sob uma coordenação e direção com pouca ingerência junto aos colegiados, onde se discute e define o programa curricular com temas interdisciplinares.

A resolução nº 8/69, oriunda do Ministério da Educação (MEC), do Conselho Federal de Educação, fundamentada no Parecer nº 506/69, do mesmo Conselho, ainda em vigor, baseou-se na necessidade de revisão dos currículos tradicionais dos cursos de medicina da época, fixando diretrizes. Tratava-se do período de explosão do número de escolas médicas no Brasil: foram criadas 35 novas escolas de 1966 a 1971. Estes dois documentos têm sido citados como tendo imposto um modelo único e limitador ao universo das escolas médicas, que são diferentes em múltiplos aspectos. Entretanto, eles apenas definem os limites de duração do curso e o núcleo de matérias consideradas indispensáveis à adequada formação profissional, tendo a integração das disciplinas como marco para o planejamento curricular¹³. Esta legislação estabelece o currículo mínimo para os cursos de graduação das escolas médicas. Para o ciclo básico prescreve: noções de biologia; ciências morfológicas e fisiológicas; agentes patogênicos animados, imunologia e processos patológicos gerais. Para o ciclo profissional prescreve: fundamentos da relação médico-paciente, da anamnese, da semiologia e dos métodos complementares do diagnóstico; aspectos clínicos, cirúrgicos e anatô-

mopatológicos das doenças dos aparelhos e sistemas, no adulto e na criança, acrescidas as doenças infecciosas parasitárias; saúde da criança e da mulher; saúde mental; saúde coletiva; bases da técnica cirúrgica e da anestesia; aspectos legais e éticos do exercício da medicina. Proíbem o tempo mínimo de 4.500 horas, complementadas por estágio em unidades de saúde, sob supervisão, por um período não inferior a dois semestres. Estabelecem o mínimo de cinco e o máximo de nove anos para a duração do curso médico.

Atendido o currículo mínimo como a matéria-prima a ser trabalhada na organização curricular do curso, este pode ser complementado com outras matérias, para atender às peculiaridades regionais e às diferenças individuais dos alunos o currículo pleno. Pouco conhecidos, os dois documentos deram margem a muitas queixas, sendo responsabilizados por não permitir as mudanças requeridas e se aterem ao currículo mínimo. Rosa¹³ analisa:

"(...) os acréscimos necessários, considerados os progressos da ciência e da técnica, independem de alteração do dispositivo legal. Têm as escolas a liberdade e, sobretudo, a responsabilidade de o ajustar às exigências da formação profissional. O citado Parecer representou um avanço à época em que foi aprovado. Insistiu na promoção da saúde do indivíduo e da coletividade; no combate à especialização precoce; no uso racional do hospital de ensino e na interdisciplinaridade. (...) tais diretrizes não terão logrado aplicação plena na maioria das escolas. A título de exemplo, basta verificar o número, a natureza e a ordenação das disciplinas constitutivas da maioria dos currículos plenos. Observadas tais diretrizes, seriam evitadas distorções, como a desarticulação entre o ensino da patologia, da clínica, da epidemiologia, dos métodos de investigação e da terapêutica; a fragmentação das disciplinas, em especial da Clínica Médica; o treinamento restrito aos hospitais. (...) a atualização do currículo independe de mudança da legislação, que é atribuição das próprias escolas, no processo contínuo de avaliação curricular a que devem estar obrigadas, como contrapartida da autonomia sempre reclamada."

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394/96, aprovada após oito anos de discussões no Congresso Nacional, incorpora uma série de inovações pedagógicas, entre elas a expansão da autonomia das instituições de ensino superior, nos termos do art. 54. Autonomia esta tratada no parágrafo 1º, do art. 6º, do Decreto nº 2.207, de 15 de abril de 1997, que regulamenta, para o Sistema Federal de Ensino, as disposições contidas em alguns artigos, entre os quais o art. 54 da Lei 9.394/96, e dá outras providências. As delimitações da liberdade das Instituições de Ensino Superior (IES) ficam evidenciadas para as inovações do projeto pedagógico, a criação de novos cursos e a definição dos currículos plenos.¹⁴

Nesse contexto, em dezembro de 1997, surge o Edital nº4/97 do Ministério da Educação e Desportos (MEC), que convoca as IES e a comunidade interessada sociedades científicas, associações profissionais, associações de classe para apresentarem propostas de novas diretrizes curriculares para os cursos superiores de graduação. Esse documento dá relevância à definição das competências e habilidades profissionais ao final do curso de graduação. Contudo, não despreza a importância e a necessidade de um currículo mínimo, que chama de conteúdos essenciais, com o objetivo de garantir a uniformidade básica dos cursos oferecidos em cada área de conhecimento¹⁵ Deixa claro que a graduação passa a ter um papel de formação inicial no processo que se prolonga na educação permanente, inerente a dinâmica do mundo do trabalho. Portanto, vincula a formação profissional na graduação com a pós-graduação e o desenvolvimento de um sistema de educação continuada de responsabilidade das instituições formadoras, no caso, das escolas médicas e das associações profissionais. Reafirma que o profissional formado no final do curso de graduação deverá estar apto para a inserção no mercado de trabalho.

Quanto ao currículo pleno, devem as IES contemplar as formações e habilitações para cada área do conhecimento acadêmico, de forma a abranger as demandas correspondentes identificadas na sociedade, com peculiaridades nacionais, regionais e locais, explicitando claramente os objetivos. O anteprojeto das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina foi objeto de discussão da Diretoria da Abem com representantes de 63 das 92 escolas médicas brasileiras. As sugestões foram encaminhadas ao MEC, posteriormente, fazendo parte de um documento único resultante da contribuição da Abem, Cinaem e Projetos UNIIDA, que as enviou ao Conselho Nacional de Educação. Com evidente flexibilidade e voltadas para as necessidades básicas de saúde, as diretrizes curriculares desafiam as escolas a superar seus dilemas e a interagir com outros segmentos da sociedade, para assegurar a formação de profissionais médicos adequados a dar conta das demandas básicas em saúde e com capacidade de se aprimorar continuamente para trabalhar nos vários níveis do sistema.

CURRÍCULO PARALELO

Currículo paralelo é o conjunto de atividades extracurriculares que os alunos de medicina desenvolvem, subvertendo, na maioria das vezes, a estrutura curricular formal estabelecida pela escola médica na busca de experiências clínicas, no acompanhamento de serviços e de profissionais.¹⁶ Nesses estágios, de modo geral, não existem programas pedagógicos, relação tutorial ou supervisão formal, e eles são aceitos e até estimulados ou promovidos por docentes, quando não pela própria escola. Rego¹⁶ afirma que esta prática é uma tradição no ensino da medicina em nosso país e não é admitida pelas escolas médicas, pela

corporação médica e pelas autoridades governamentais quando discutem a formação médica.

Complementar a formação e adquirir experiência da prática médica são as principais forças que mobilizam os alunos na procura por atividades extracurriculares em seu período de formação.¹⁷ Merton¹⁸ do ponto de vista da prática, diz: "os estudantes de Medicina estão engajados em estudar as funções profissionais do médico através da combinação tanto de seu componente de conhecimento, habilidades, atitudes e valores, como em serem motivados e habilitados para desempenhar este papel num estilo social e profissionalmente aceitável." Miller (1961), referindo-se ao trabalho clínico, diz ser a experiência clínica, "incomparável, e por essa razão, geralmente considerada como o verdadeiro coração da educação médica." Foucault (1980) afirma: "ler pouco, ver muito e fazer muito, se exercitar na própria prática, junto ao leito dos doentes: eis o que ensinará, em vez de vãs fisiologias, a verdadeira arte de curar." Para Becker (1997), a experiência clínica só pode ser adquirida com a prática, ligada intimamente ao conceito de que a medicina é uma arte, antes de ser uma ciência. Os estudantes valorizam muito essa experiência, só adquirida com a prática.¹⁶

A Comissão de Ensino Médico (MEC, 1974) declara ser a prática "componente essencial da formação, que reside nas características do atendimento dos pacientes no ambiente hospitalar, do qual o estudante participa na qualidade de estagiário ou de interno." Os alunos entrevistados na pesquisa de campo de Rego¹⁶ justificam o currículo paralelo com declarações como estas: "para complementar a formação"; "para aprender o que a faculdade não ensina"; "para aprender a medicina do dia-a-dia"; "para aprender a tratar os pacientes de verdade"; "para poder ver o profissional médico em seu verdadeiro local de trabalho". Estas declarações se justificam pelo fato de os alunos, nas aulas práticas das escolas médicas, em diversas disciplinas, desempenharem o papel de meros observadores. Portanto, as aulas ditas práticas são demonstrativas, mesmo nas enfermarias, onde a prática hospitalar é executada geralmente por residentes.

Observa esse autor que nessas atividades extracurriculares: 1) não há supervisão docente; 2) os alunos desfrutam de uma autonomia inaceitável e incompatível com seu nível de formação; 3) o regime de plantões não possibilita acompanhar a evolução dos pacientes atendidos, saber se o diagnóstico estava correto e se a terapêutica foi adequada; 4) os casos clínicos se multiplicam, e os alunos repetem procedimentos e rotinas, reduzindo a prática médica a um perigoso tecnicismo.

CURRÍCULO OCULTO

Merton¹⁸, em 1957, na abordagem sociológica da educação médica, aponta um aprendizado indireto, no qual os estudantes adquirem atitudes, valores e padrões de comportamento como subproduto do

contato com os instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe de saúde, que acontece de forma duradoura no envolvimento contínuo na sociedade do estafe médico, colegas e pacientes, que caracteriza a escola médica como uma organização social, reflexo da sociedade na qual está inserida. Mas foi Philip Jackson,¹⁹ em 1968, com sua obra *Life in classroom*, quem produziu uma ruptura quanto ao significado de currículo, tendo surgido a expressão *currículo oculto* para evidenciar a existência de certos fatores não prescritos no currículo, que se combinam para dar sabor específico à vida da sala de aula. A eficácia formativa dos elementos imprevistos do cotidiano escolar pode contrastar com as demandas acadêmicas, com o currículo oficial, tendo linhas de estudo não prescritas, que incidem na eficácia do prescrito.

Os estudos de Michael Apple (1979) e Henry Giroux (1983) concluem que o conhecimento escolar é constituído na ênfase e nas estruturas particulares de uma lógica subjacente, nem sempre explicitada.¹ Diante de novos movimentos de transformação do ensino médico, como vem sendo feito por algumas escolas médicas, a área do currículo, além de ser vista como voltada para as questões de procedimentos, técnicas e métodos, deve incluir uma concepção crítica, guiada por questões sociológicas, políticas e epistemológicas. Portanto, o currículo é considerado um artefato social e cultural, pois se localiza no âmbito das determinações sociais, históricas e de seu contexto. Moreira & Silva (1994) afirmam que o currículo "não é um elemento transcendente e atemporal, mas tem uma história vinculada a formas específicas de organização da sociedade e da educação", que o currículo está implicado em relações de poder, "transmite visões sociais particulares e interessadas, produz identidades individuais e sociais específicas".¹

Giroux (1983), em seu estudo *Theory and resistance in education*, analisa a escola como um local de dominação e reprodução, mas que, ao mesmo tempo, também pode ser um espaço de resistência para as classes oprimidas, podendo gerar movimentos de mudança. Schraiber (1994), concebendo a educação como instrumento na medida em que poderá alterar padrões econômicos e sociais, e como produto na medida em que fica condicionada aos padrões de produção existentes,²⁰ admite que a escola médica como instrumento é segmento relevante para viabilizar a formação de um profissional comprometido com a concepção ideológica de saúde como qualidade de vida. Essa mesma autora²¹ observa que a sociedade moderna deslocou a pergunta feita no passado "o que sou" para a atual "como faço", deslocando o centro filosófico no humanismo e na ética em direção ao tecnológico e ao pragmático. A educação, que é uma das mais básicas e fundamentais formas de socialização do homem, afirma, reduziu drasticamente suas pretensões no sentido de desenvolver o homem como sujeito pleno, consciente de sua natureza humana. O modo como está estruturado o processo educacional, a forma que toma e os limites estabelecidos estão comprometidos ideologicamente, estabelecendo campo de forças, influências, poderes, inte-

resses, tomando corpo a ignorância e a alienação em massas de manobra, que pesam na consolidação dos resultados.

INOVAÇÕES CURRICULARES

Apesar das resistências e estruturas de poder calcadas em substratos ideológicos de conservação e domínio, uma onda de iniciativas e ações desencadeia um processo de transformações do ensino médico de graduação sob a forma de propostas curriculares inovadoras. Estas propostas têm buscado uma formação médica comprometida com o processo de construção de um novo paradigma em saúde, fundamentado na formação técnica e humanística consistente do profissional médico integrado ao contexto da realidade das necessidades básicas em saúde. Na abordagem da doença, enfatizam seus determinantes, comprometendo novos atores e adotando novas metodologias de ensino, como o ensino centrado no aluno e o ensino baseado em evidências.

No Brasil, inovações curriculares são identificadas em algumas escolas médicas desde a década de 60, entre elas a da Universidade Federal de Minas Gerais com o currículo compacto (1965) e com a área clínica integrada e a implantação do internato Rural (1973);^{22,23,24} a da Universidade de Brasília (1966), com novas concepções de integração das disciplinas dos cursos da saúde e criação de módulos vinculados aos sistemas orgânicos;^{25,24} a da Universidade de São Paulo (1968) com uma alternativa, com novas concepções, ao curso convencional e reorientação, nos anos 80, com o currículo nuclear, com integração horizontal e vertical das disciplinas e composição de blocos para o estudo de sistemas;^{24,26} a da Universidade Federal Fluminense (1992), integrando atividades com a rede de saúde de Niterói/RJ.¹ Todas estabeleciam novas possibilidades de articulação entre o biotecnológico e o social no curso de graduação médica.

Movimentos de inovação curricular de relevância ocorrem com os Programas de Integração Docente Assistência (IDA)^{27,28,29} e os Projetos UNI, implantados em seis escolas brasileiras Londrina/PR, Botucatu/SP, Marília/SP, Brasília/DF, Salvador/BA e Natal/RN que, na aliança ensino e serviço, incluem a participação da comunidade.^{30,31,32}

Os resultados efetivos destas inovações estão ainda pouco evidenciados. Ferreira²⁵, um dos idealizadores e fundadores do curso médico da Universidade de Brasília, afirma que: "a formação em si não está amarrada num padrão curricular e sim a critérios de natureza pedagógica, médica, social, econômica, etc. Hoje muito mais importante que o modelo curricular é a definição da missão dessas escolas. É superar a idéia clássica de que a missão da escola médica era formar médicos, desenvolver pesquisas, produzir conhecimentos e promover algum processo de extensão.... Esta abordagem não é mais do que instrumentação da verdadeira missão que termina sendo sempre o compromisso social, procurar atender às necessidades da sociedade em termos de saúde e de

tratamento dos problemas quando estes existirem." Ferreira chama a atenção para a visão socioeconômica e a flexibilidade necessária para orientar em função do objetivo maior de natureza social, ao invés de atender a objetivos específicos de cada disciplina, dissociados do contexto global, trabalhando o conhecimento como um fim em si mesmo.²⁵

As inovações curriculares buscam melhores formas pedagógicas para garantir uma boa formação médica, conferindo ao profissional a capacidade de manter-se atualizado e crítico para uma ação competente e humanizada em saúde.

Nos anos 70, aconteceram grandes debates e questionamentos, sob a forma de trabalhos e seminários, para o resgate do médico geral.^{33,4,6,34,35,36,37} Entre alguns autores que tratam do tema, Klotzel³⁸ questiona se não se deveria começar por formar os primeiros professores de clínica geral. Outros enfatizam que nada mudará se não houver uma mudança completa dos próprios professores, que através de seu saber e de suas atitudes são os únicos capazes de modificar o quadro negro que existe na medicina (Dornhorst & Hunter, 1967).

Hoje as discussões novamente se intensificam e desdobram-se em ações, com mobilizações de relevância nacional, como a do Projeto de Avaliação das Escolas Médicas do Brasil, da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem),³⁹ que na terceira fase do Projeto propõe um programa de transformação do ensino médico⁴⁰ trabalhando em oficinas, bases para a "gestão transformadora (gestão das escolas médicas), a docência médica profissionalizada e a avaliação do processo de formação." A Cinaem, além de viabilizar as oficinas, assume o compromisso da articulação "política com diferentes atores sociais: poderes executivo e legislativo, órgãos de fomento e de divulgação, estabelecendo rede de conexões e apoios para a transformação do modelo de formação médica".⁴⁰

No objetivo curricular, tem-se mantido a intenção de formar o médico geral. Esta intenção é enfatizada nos tempos recentes, quando cada vez mais se multiplicam as especializações e subespecialidades, uma vez que os altos custos das ações em saúde não são suportados mesmo pelos países ditos desenvolvidos e não revertem em melhores níveis de saúde da população. Apesar disto, persiste a dificuldade em traçar o perfil ocupacional do clínico geral, bem aceito na comparação com um maestro de orquestra.³⁸

Sobral⁴¹ enumera fatores internos e externos de mudança no processo educativo, que desafiam a capacidade de resposta de todos os participantes do currículo em ação, e afirma que inexiste no cenário brasileiro uma definição clara da competência requerida para atuação autônoma do concluinte. Contribuem para essa situação, certamente, a depreciação da terminalidade, a fragilidade da coordenação do currículo em ação, a sobrecarga de informações fatuais e a fragmentação excessiva de disciplinas, que ultrapassam a seis dezenas em algumas escolas.

A Conferência Intergovernamental de Políticas para a educação superior (1987) salienta que os currículos tendem a refletir os problemas emergentes, e destaca eventos significativos, como: 1) a explosão, após a Segunda Guerra Mundial, do conhecimento de centenas de novas especialidades acadêmicas nas ciências, inclusive nas ciências sociais; 2) o impacto dessa explosão na organização e profissão acadêmicas; 3) as mudanças na clientela da universidade (gênero, etnias, grupos sociais dos alunos que ingressam na universidade); 4) a emergência de novas profissões e vocações, requeridas ou facilitadas pela educação de nível universitário; 5) a importância da contribuição das instituições universitárias e do estafe universitário (nem sempre é a mesma coisa) no desenvolvimento da alta tecnologia, necessária para incrementar a competitividade econômica; 6) o problema da negociação de novos cursos e prioridades de assuntos identificados pelo governo e pela indústria com as instituições acadêmicas, em grande parte autônomas.⁴² Esse documento refere que o mecanismo existente para mediar relações entre universidades, corporações de creditação profissional e práticos nem sempre é facilitado para mudanças, e que, em alguns casos, a própria indústria desenvolve facilidades para treinamento de uma habilidade de alto nível que poderia ser provida pelas universidades. Demonstra a importância da sensibilidade institucional universitária para captar necessidades e transformá-las em programas e prioridades de forma crítica, para não ser preterida por soluções emergentes de iniciativa de órgãos diretamente interessados. Nas inovações, a instituição universitária deve estar permeável às necessidades sociais e à realidade do mercado de trabalho, que absorve seus egressos.

CONTEXTO DO MERCADO DE TRABALHO

Muito cedo, os pretendentes à profissão médica procuram definir preferência por alguma das especializações. Estudos apontam fatores determinantes nesses encaminhamentos, ligados aos currículos oficial, paralelo e oculto, no contexto do mercado de trabalho.

Garcia⁴³ acredita haver maior prestígio do especialista perante a população, fator que pode exercer forte influência no sentido de a escolha de especialidades dar-se antes do ingresso na escola. Carneiro⁴⁴ menciona forças estranhas que influenciam a formação médica e pressões de duas ordens exercidas sobre as instituições de ensino médico e as organizações de assistência médica: do mercado de trabalho, com supervalorização do especialista, e do extraordinário desenvolvimento de todas as especialidades médicas, dada pelo padrão americano. Cita também como fator relevante o ambiente social ao qual pertence o médico.⁴⁴ Blank⁴⁵ conclui em seu estudo que: "o aluno ao ingressar no curso parece já ter feito sua opção, não ter dúvida que a especialidade é prioritária; o dilema é a qual especialidade dedicar-se; existem motivos para se pensar que a escolha de especialidades e Clínica Geral esteja muito

mais ligada a influências relacionadas ao mercado de trabalho existente e ao prestígio do especialista perante a população de um modo geral e de determinadas especialidades em particular do que à influência da escola de medicina."

Gentile⁴⁶ cita o Plano Salte (1948), que, ao analisar a desigualdade da distribuição geográfica dos profissionais da medicina, constatou que o número de habitantes por médico aumentava à proporção que caía a arrecadação per capita, fato confirmado em estudos posteriores. Os municípios desprovidos de médicos são, precisamente, aqueles desprovidos de agências bancárias, mostrando uma relação clara entre a distribuição dos médicos e fatores de natureza socioeconômica. Analisando o modelo assistencial na formação do médico generalista e a medicina previdenciária, esse autor conclui que: 1) a formação do médico generalista é condição necessária, mas não suficiente, para alterar a estrutura da produção dos serviços de saúde; 2) a formação do profissional da medicina depende, em grande medida, das pressões originárias do mercado de trabalho médico; 3) a política de privilegiar o trabalho dos especialistas (ofertas de emprego) desfavorece a formação do médico generalista.

Tratando da incorporação tecnológica e da educação médica, Santana⁴⁷ formula questionamentos instigantes, sobre quais "as formas de incorporação de tecnologia, enquanto conhecimento, no processo educacional, e quais as possibilidades e limites da escola médica na regulamentação e regulação dessa incorporação tecnológica durante a graduação." Pela tendência à especialização precoce, indaga "a quem interessa a desqualificação do médico enquanto um profissional que maneja plenamente o raciocínio clínico, e a que objetivos atende a segmentação radical do trabalho médico, isto é, a formação precoce de especialistas ou, paradoxalmente, a formação do pseudoespecialista antes mesmo de chegarem a ser médicos." Afirmo esse autor que: "é preciso desvendar os interesses que estão a determinar profundas alterações no processo de formação do médico. Não basta reconhecer e denunciar fenômenos como a especialização precoce, a falta de domínio do raciocínio clínico por parte dos novos médicos ou o fracasso da preparação do médico geral na graduação. É preciso examinar objetivamente as possíveis ligações entre estes fatos e aquele da intensificação da penetração tecnológica na medicina".⁴⁷

Uma nova tensão invade as escolas médicas. Merly⁴⁸ comenta o modelo típico da medicina tecnológica do século XX, afirmando que: "as modalidades do capital que apostam em uma outra modelagem para o trabalho médico procuram, através de tecnologias específicas, capturar a microdecisão clínica por uma gerencial, mantendo a natureza própria do território produtivo da saúde." Nesta abordagem, menciona uma disputa interna entre interesses capitalistas diferentes, uma transição tecnológica e uma reestruturação produtiva capitaneada pelo capital

financeiro, interessado na capacidade lucrativa no setor saúde. Observa o aparecimento de um novo lugar no interior dos processos de trabalho médico "reorientando as relações entre núcleos de competência para a produção dos atos de saúde." Menciona uma transição tecnológica na área da saúde, que estaria sendo disputada por setores neoliberais interessados em fatias do processo de acumulação: "Para o capital financeiro, que entra na disputa atual pela distribuição das atividades lucrativas no setor saúde, é fatal atuar dentro de um modelo de novo tipo que controle os custos dos projetos terapêuticos, dado vital para ele, procurando não (jogar a criança com a água do banho), i.é, sem perder certas competências e identidades de uma ação de saúde. Afirmo ainda que o capital financeiro, ao entrar via seguradoras de forma maciça, vai buscar respaldo em um novo arranjo tecnológico." O médico centrado no procedimento se volta, segundo esse autor, para as relações cuidadoras mais do capital do que do usuário, caracterizando um alerta que desafia as escolas médicas e as corporações médicas envolvidas nos princípios básicos de atendimento de sua missão social. Refletindo sobre as tendências e a encruzilhada da educação médica, Campos,⁴⁹ também ao visualizar uma encruzilhada para a educação médica, levanta "a hipótese de que os próprios seguros-saúde se apropriem de escolas para prepararem profissionais mais acordes à sua perspectiva de acumulação de capital."

Ao se olhar o profissional no mercado de trabalho, tem-se uma visão distinta da imagem idealizada da profissão médica. Machado^{50,51}, coordenadora da pesquisa e pesquisadora do Perfil dos Médicos no Brasil, salienta que os médicos brasileiros são jovens, têm menos de 45 anos, são especializados, trabalham principalmente em grandes centros e capitais, com múltiplos vínculos, a maioria atua ao mesmo tempo nos setores público (predominantemente) e privado, e grande número dos que também têm consultório depende de convênios. O desgaste é enorme, não confiam em entidades governamentais e corporativas, estão sedentos por medidas que resolvam suas perdas técnicas, sociais e econômicas. O perfil indica inserção do médico no mercado de trabalho com poder econômico pouco expressivo. Rego (1997), também pesquisador do Perfil, observa que uma característica do médico jovem é a intensa participação em plantões, uma estratégia para buscar uma renda mais compatível com a representação social da profissão, que provoca também um grande desgaste. Acrescenta que o mercado de trabalho valoriza a especialização, pois, no mundo moderno, ela significa eficiência e profissionalismo. Comenta que existem 64 especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e, pelo menos, um número igual de subespecialidades, que, embora não reconhecidas formalmente, representam um dos grandes atrativos para uma inserção mais rentável no mercado. Observa que: "o trabalho médico está também cada vez mais dependente da tecnologia incorporada, especialmente no que diz respeito aos procedimentos diagnósticos. Isso leva a uma valorização excessiva dos exames de apoio e a uma perda do raciocínio

clínico e da prática da semiologia. É papel das escolas refletir sobre quais habilidades estão ajudando a desenvolver nos estudantes, se a clínica ou a leitura de exames".⁵⁰

Abrindo espaço no mercado de trabalho, predominantemente de especialistas, surge o Programa Saúde da Família (1992), do Ministério da Saúde (PSF/MS), para o trabalho do médico geral. Referindo-se ao PSF/MS e às características na abordagem da saúde, Souza⁵², coordenadora do Programa, salienta que: "o espaço restrito do consultório pode ser ampliado para visitas domiciliares, reuniões com grupos de risco, promoção de estilos saudáveis de vida, com sensível ganho de produtividade." Alerta para o ponto crítico da implementação do PSF, que é a preparação dos profissionais para fazer frente a este processo de ampliação do espectro de atuação. Os algoritmos que lastreiam a formação médica tradicional tomam em consideração, na melhor das hipóteses, o indivíduo isolado, deslizando com frequência para uma análise descontextualizada de sistemas, órgãos, tecidos, células e moléculas. A mudança do paradigma de formação profissional em direção a um modelo holístico e humanizado poderá resultar em profissionais que impactem mais positivamente sobre os indicadores sanitários e que, ao mesmo tempo trabalhem mais contentes e profissionalmente realizados. Em relação ao efeito no mercado de trabalho médico, diz que "pode-se perceber claramente o impacto da abertura deste novo mercado sobre a formação profissional."⁵² No setor privado também há iniciativa, principalmente com atenção médica domiciliar e ainda tímidas ações no terreno da promoção e prevenção. Feuerwerker⁵³ afirma que o desafio na tendência de mudança no modelo de atenção é o modelo estar em construção envolvendo questões que não são simples, como as articulações entre clínica e saúde coletiva e o trabalho multiprofissional. Mas vê também uma oportunidade de repensar a formação médica quando se abre demanda para um novo perfil de profissional de saúde.⁵³

Na década de 70, por influência de um sistema de previdência social baseado em grandes ambulatórios de especialidades, a especialização médica passou a ser uma exigência para a ascensão profissional. Mário Chaves, um dos estudiosos que acompanha as discussões na dinâmica da educação em saúde, então alertava para os riscos do desaparecimento do médico generalista. Hoje, Chaves⁸, referindo-se ao Programa Saúde da Família, afirma que a saída é a racionalização e humanização do sistema, que é preciso uma visão abrangente e compaixão no relacionamento com a pessoa, a medicina não é uma ciência exata... "O espaço para a especialização é fundamental para que o sistema funcione, seja integral e atinja seus objetivos. Para que isso seja economicamente possível é importante que os níveis de atenção fiquem bem caracterizados e sejam competentes naquilo que lhes corresponde. O equilíbrio será atingido quando conseguirmos que em torno de 50% da força de trabalho seja constituída por generalistas, com as mais variadas denominações: médico de família, médico generalista, clínico ou pediatra geral."

COMENTÁRIOS E ANÁLISE CRÍTICA

Na complexidade do tema, identificam-se inúmeros fatores que confluem e interagem, merecendo estudo específico em seu conjunto. Há uma grande ausência de análises e estudos dos currículos e da pedagogia universitários na literatura educacional nacional. Tomaz Tadeu da Silva⁵⁴ comenta que o nosso conhecimento sociológico da educação universitária é mínimo ou inexistente e que, em termos de universidade, a sala de aula continua sendo "uma escura e invisível caixa-preta". O redirecionamento da finalidade do processo educacional para o processo do trabalho, segundo Lilia Schraiber²¹, tira a educação de cena, e a área dos serviços é que sofre a indagação especificamente educacional. Essa autora indaga como e por quais determinações tem-se constituído a educação o que é e o que tem sido e "como direcionar nossa pesquisa, adequando-a para problematizar o social da educação. Pesquisar neste caso será descobrir como o social se manifesta através do específico da educação realizado nos procedimentos concretos do processo educacional."

A legislação, as diretrizes curriculares, frente à missão social da escola médica, o currículo escrito, documento de referência, desenho curricular, para estruturar atividades didáticas, discutir objetivos, avaliar resultados são artefatos necessários indiscutíveis. Mas não se pode mais deixar de perceber que a intenção do currículo oficial ao transformar-se em ações é permeada por interesses, valores sociais, culturais, econômicos e outros que podem ser identificados. O currículo como um artefato social e cultural tem uma história vinculada a formas específicas de organização da sociedade e da educação, implicada em relações de poder, visões sociais particulares e interessadas. Se a escola médica, responsável pela implementação do currículo, pode ser vista como dominação e reprodução, por outro, pode ser o locus de resistência, e a educação como instrumento ser fonte de mudanças, motor das transformações sociais, no sentido de desenvolver o homem consciente de sua natureza humana, como sujeito pleno, social.

Os movimentos de âmbito nacional e internacional observados no século XX no campo da formação médica, reunidos por décadas no Quadro 1, se distribuem e se concentram na segunda metade do século. Esses eventos, norteados pelas necessidades sociais, fazem recomendações que são referências para as propostas curriculares inovadoras nos cursos de graduação das escolas médicas. Observa-se com nitidez que o Relatório Flexner, em 1910, marcou como evento de referência toda a primeira metade do século. Somente no final da década de 50 e na década de 60, é que aparecem movimentos efetivos contrapondo a ênfase excessiva dada às especialidades na formação do profissional médico, com a estruturação dos serviços de medicina geral e da família na Inglaterra, Estados Unidos e Canadá, respectivamente.

O primeiro movimento nacional de incentivo à formação do médico geral, médico de família, reagindo ao excesso de especialistas, foi liderado pela Abem nos anos 70 e encontrou resistências no âmbito acadêmico e no mercado de trabalho da época, que tinha no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) o maior empregador do trabalho médico, abrindo concursos em especialidades. Demonstração clara da falta de compreensão, na época, de que o médico geral era um profissional necessário e importante para a resolução dos problemas básicos de saúde da população.

O marco da VIII Conferência Nacional de Saúde com o movimento da Reforma Sanitária (1986), seguido da política constitucional do Sistema Único de Saúde, e da saúde como direito de todos e dever do Estado (1988), e, na seqüência, o Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde (PSF/MS) (1992) com o propósito de implantar 20.000 equipes nos próximos três anos, bem como a avaliação e propostas de transformações do ensino médico compõem um quadro evolutivo que cria condições favoráveis aos enunciados das políticas de saúde e educação médica, e tensiona interesses organizados que permeiam o ambiente social, estabelecendo um campo de forças. A escola médica, como protagonista nesse movimento, é desafiada a adequar o currículo da graduação, hoje considerado insuficiente para a inserção imediata do profissional médico no mercado de trabalho de forma competente e respeitada.

A fragmentação do conhecimento em disciplinas e a estrutura universitária decorrente da Reforma de 1968, que fragilizou a coordenação do curso médico ao fortalecer a unidade funcional dos departamentos didáticos, são fatores que podem estar dificultando os movimentos de inovação curricular.

O avanço científico e as especializações disponibilizaram profissionais médicos com conhecimentos aprofundados em áreas restritas, ao mesmo tempo em que o aumento da resolução de problemas de saúde antes insolúveis conferiu-lhes o respeito e o reconhecimento da população. O incentivo maior a estudos cada vez mais aprofundados em áreas cada vez mais restritas do conhecimento, forma um leque de especialidades com tendência ao infinito. Nesta direção surgem a cada dia novas subespecialidades, enquanto as delimitações das competências e as habilidades ao final da graduação ficam sempre limitadas e se esgotam nas discussões sobre a complexidade da extensão e profundidade do conhecimento que a ela cabe.

O prestígio do conhecimento vertical, aprofundado, tem paradoxalmente desprestigiado o conhecimento no plano horizontal em sua extensão, da medicina geral, percebido como limitado por sua superficialidade do ponto de vista vertical e complexo demais por sua extensão. Nessa discussão não há consenso, os perfis ficam limitados ou extensos, e, de qualquer forma, nos dois casos, não têm estimulado o

QUADRO I

Alguns Marcos Referenciais no Campo da Formação Médica no Âmbito Nacional e Internacional no Decorrer do Século XX

Nacionais	Década	Internacionais
	10, 20, 30, 40, 50	(1910) — Relatório Flexner (1957) — General Practitioners / Inglaterra
— ABEM — fundação (1962) — Reforma Universitária — lei 5.540 (1968) — Currículo mínimo — res. nº 8 CFE/MEC (1969)	60	(1960) — Médico de Família — E.U. / Canadá
— ABEM — Seminário nacional: Formação do Médico de Família (1973) — Residência Medicina Geral Comunitária (1976) — CNRM — criação (1977) — ABEM — Seminário Nacional: Formação do Médico Generalista (1978)	70	(1978) — Declaração de Alma-Ata "Saúde para todos no ano 2000"
— ABEM — Seminário Nacional: Preparação do Médico Geral na graduação (1986) — VIIIª CNS — Reforma Sanitária (1986) — Promulgação da Constituição Brasileira. SUS / Saúde como direito de todo cidadão (1988)	80	(1984) — Médico de Família — Cuba (1984) — Modelo SPICES (1988) — I Conferência Mundial de Educação Médica de Edimburgo
— ABEM/FEPAFEM — Projeto EMA (1990) — ABEM/CFM — formação CINAEM (1991) — Programa Saúde da Família — PSF/MS (1992) — Leis de Diretrizes e Bases — lei 9.394 (1996) — Diretrizes Curriculares — edital nº 4 /MEC (1997) — Perfil do Médico Brasileiro / Fiocruz (1997) — Avaliação da Escolas Médicas: CINAEM (1991/1997) MEC (1999/2000) — CINAEM (3ª fase): Programa de transformação do ensino médico (1999) — PSF/MS Meta/implantar 20.000 equipes (1999)	90	(1990) — FEPAFEM — Projeto EMA (1993) — II Conferência Mundial de Educação Médica de Edimburgo (1994) — Encontro Intercontinental de Punta del Este (1994) — Conferência Internacional de Rockville / Illinois (1994) — WHO-WONCA — Canadá

cliente a acreditar e prestigiar, nem o profissional a motivar-se e dedicar-se a esse estudo como é necessário e agora vital para a sobrevivência de um sistema de saúde mais racional e humanizado. Na dinâmica do mercado de trabalho, observa-se que o impacto dos avanços científicos e tecnológicos que ocorreram neste século, mais intensamente na segunda metade, chamou as atenções para as possibilidades de diagnósticos e terapêuticas, e a abordagem da saúde como qualidade de vida possibilitou que a clientela do médico, antes limitada ao indivíduo doente, o paciente, se expandisse para todas as pessoas, com vistas à promoção da saúde e à prevenção das doenças.

O mercado de trabalho do médico se amplia e compõe-se com outros profissionais nas interações em saúde, e as possibilidades de exploração pelo mercado financeiro atraem setores organizados (planos de saúde, seguradoras, etc.), que invadem o setor da saúde.

Hoje, os custos altos das ações em saúde estimulam instituições públicas e privadas a racionalizar o sistema em busca de um equilíbrio entre profissionais médicos preparados para uma abordagem ampla da saúde prevenindo e tratando as doenças mais comuns e interagindo com profissionais de outras áreas, e médicos especialistas para o tratamento dos casos clínicos e cirúrgicos mais complexos nas áreas específicas de cada especialidade.

O ponto crítico para a implantação do PSF, que efetivamente surge, por iniciativa governamental, abrindo mercado para o médico geral, a curto prazo, é a formação de recursos humanos adequados às ações previstas nesta abordagem.

Se, por um lado, as novas diretrizes curriculares reafirmam que ao final da graduação o médico deve estar apto para a inserção no mercado de trabalho, de outro, observa-se que continua pouco claro este perfil

para o final da graduação e que o curso de graduação, ministrado em sua maioria por especialistas, continua sem modelo em serviço. Além disso, não se visualiza no mercado de trabalho este profissional médico acreditado pela população e este não tem o reconhecimento da própria corporação médica de creditação profissional. O Conselho Federal de Medicina não tem registrada a prática profissional do clínico geral, sendo a Medicina Interna a formação mais próxima, mais geral, seguida da Pediatria e da Geriatria. A escola médica, por sua vez, busca um ideal para atender às demandas básicas de saúde, transcrevendo esta intenção em seus currículos, mas este ideal é negado, em princípio, no contexto.

A população, como fator relevante na implementação das políticas, deve ser considerada e, portanto, instruída para contribuir e prestigiar a iniciativa, que deverá se adequar e aperfeiçoar por meio de um processo contínuo de avaliação, de forma participativa. A educação da população e os veículos de comunicação de uso popular são identificados como fatores relevantes na implementação das políticas de saúde e formação de recursos humanos para a saúde.⁵⁵

O corpo docente das escolas médicas, formado na maioria por especialistas, e um mercado de trabalho por enquanto com pouco espaço para o profissional com esta formação demandam a questão: de que recursos humanos se pode dispor para estruturar e delinear na seqüência uma formação básica e a inter-relação de competências e habilidades na graduação, na pós-graduação e na educação continuada nas diversas áreas do conhecimento médico, inclusive de medicina geral? Neste sentido, a terceira fase do Projeto Cinaem propõe um módulo que trabalhará em Docência Médica, na tentativa de desencadear um processo de adequação do corpo docente das escolas médicas às transformações requeridas.⁴⁰

O equilíbrio entre os profissionais médicos de clínica geral e de especialidades deve conferir uma racionalidade que facilite os encaminhamentos e a efetividade das ações em saúde com um custo suportável. O modelo em serviço, com destaque social e econômico, tem relevância no encaminhamento das ações do futuro profissional médico, do aluno de medicina, que se reporta invariavelmente ao mercado onde deseja se inserir como profissional e obter sucesso.

Um dos desafios na construção das propostas curriculares inovadoras está na (des)construção dos currículos paralelo e oculto. O perigoso tecnicismo acrítico a que estão expostos os alunos de medicina ao fazerem estágios extracurriculares, e mesmo curriculares, sem supervisão competente e responsável, deixa-os vulneráveis a interesses outros, que não podem ser ignorados nas avaliações dos currículos e nos movimentos transformadores do ensino médico. O currículo paralelo deve ser encarado de forma incisiva, na medida em que a escola médica com supervisão pedagógica tem que rever a prática que oferece a seus alu-

nos. A instituição tem o dever de propiciar experiências supervisionadas a seus aprendizes.

Objetivamente, deve-se estar atento às possíveis ligações entre fatos que determinam o desprestígio do clínico geral e a incorporação da tecnologia com a clara idéia de que estes serviços podem e devem conviver em harmonia num sistema de saúde de referências.

A residência médica não pode mais ficar na função intermediária entre processo educacional e prática profissional, cobrindo as falhas da graduação.

O cenário suscita investigações mais amplas e aprofundadas no campo das ciências sociais e humanas, ainda pouco conhecido nas implicações da formação do médico. Esta possibilidade abre campo para estudos e pesquisas, sendo o mercado de trabalho um foco altamente dinâmico, que merece ser dissecado quanto às leis de mercado e à forma de adesão às novas tecnologias. Que forças são estas que conseguem supervalorizar um exame de apoio técnico fundamentado na máquina e subestimar uma consulta fundamentada na relação médico-paciente e na competência técnica e humana do raciocínio clínico?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Koifman L. Currículo e análise curricular, cap.3. In: A crítica do modelo biomédico na reformulação curricular do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense [dissertação], Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, 1996. p. 41-65.
2. Galli A. Argentina: transformacion curricular. Educ. Med. Salud, 1989; 23;4:345.
3. Chaves MM. Movimentos de renovação. In: Saúde uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1982. p. 36-50.
4. Brasil. Comissão de Especialistas do Ensino Médico do MEC/SESu. Ensino médico: bases e diretrizes para sua reformulação. Divulg. Saúde Deb. 1991; 5:19-25.
5. Sousa E G. A residência em medicina de família no Brasil. Jovem Médico, 1997; 3: 162-63.
6. Associação Brasileira de Educação Médica. Seminário sobre a formação do médico de família. Rio de Janeiro, Petrópolis, 1973.
7. Associação Brasileira de Educação Médica. Seminário sobre a formação do médico generalista. Campinas, Fundação. Kellogg, 1978; spl 1.
8. Chaves MM. Em defesa da Saúde da Família, Bol. ABEM, 1999; 27:10.
9. Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Estratégias educacionais no desenvolvimento do currículo: o modelo SPICES. Center for Medical

- Education, University of Dundee, publicado originalmente na Med. Educ. 1984; 18: 284-97.
10. Panamerican Health Organization / World Health Organization, PAFAMS. The changing medical profession, Implications for Medical Education, Latin American Position Paper, Edimburgo, WHO, 1993.
 11. World Federation For Medical Education. Medical education World summit on medical education, Recommendations, Edimburgo, WFME, 1993:142-49.
 12. Sobral DT. Retrospectiva da cúpula de Edimburgo: subsídios para a educação médica, Rev. Bras. de Educ. Méd., Rio de Janeiro, 1994; 8: 103-10.
 13. Rosa AR. Editorial, Rev. Bras. Educ. Méd. 1996; 1-2.
 14. Niskier A. LDB: a nova lei da educação. Rio de Janeiro, Consultor, 1996.
 15. Lampert JB. Diretrizes curriculares: um novo ponto de partida. Bol. ABEM, 1998; 26: 5.
 16. Rego ST. A prática na formação médica: o estágio extracurricular em questão [dissertação]. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.
 17. Zimmer L P et al. Currículo oficial e currículo paralelo na Faculdade de Medicina da UFRGS, Rev. Bras. Educ. Méd., Rio de Janeiro, 1993; 17: 25-9.
 18. Merton R K. Some preliminaries to a sociology of medical education, In: Merton R K. The student-physician introductory studies in the sociology of medical education. Cambridge, Harvard University Press, 1957:03-79.
 19. Jackson P. Life in classroom. New York, Holt, Rinehart & Winston, 1968.
 20. Schraiber LB. Educação médica e capitalismo, São Paulo, Hucitec, 1994.
 21. Schraiber LB. Pesquisa em educação médica: indagações e perspectivas dos serviços. Div. Saúde Deb., 1991; 5: 51-54.
 22. Campos FE, Magro F. Internato Rural, Rev. Bras. Educ. Méd. 1979; 3: 31-46.
 23. Siqueira BP. Formação do médico geral: a experiência da Faculdade de Medicina da UFMG. Divulg. Saúde Deb., 1991; 5: 29-34.
 24. Sobral DT. Três casos de inovação curricular no panorama recente (1964-1988) da educação médica brasileira: subsídios de um retrospecto baseado na revisão de documentos, Rev. Bras. Educ. Méd., 1991; 15: 11-7.
 25. Ferreira J R. Reforma curricular e compromisso social. Bol. ABEM, 1999; 27: 8-9.
 26. Marcondes E. Integração horizontal e vertical: os conjuntos de disciplinas na graduação médica, In: Marcondes E, Gonçalves E. Educação Médica. São Paulo, Sarvier, 1998:115-129.
 27. Marsiglia RG. Relação ensino, serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil, São Paulo, Hucitec, 1995.
 28. Brasil. Ministério de Educação e Cultura/SESu Programa de integração docente-assistencial. Brasília, MEC/SESu, 1981. Série de Cadernos de Ciências da Saúde.
 29. Rede Ida Brasil. Ensino/Serviço na Implantação do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, UERJ, 1989.
 30. Kisil M, Chaves MM. Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde, Barueri, Fundação W. K. Kellogg, 1994.
 31. Rede Unida. Divulg. Saúde Deb., 1996.
 32. Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M org. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo, Hucitec, 1999.
 33. Bastos BNC. A medicina da comunidade In Seminário sobre "A formação do médico generalista", Rev. Bras. de Educ. Méd. 1978; spl 1: 51-66.
 34. Sobral DT. Formação do médico geral: o ambiente de ensino influencia? Rev. Bras. Educ. Méd., 1979; 3: 5-11.
 35. Fraga C, Rosa AR. Formação e treinamento do médico geral. Educ. Méd. Salud, 1979; 13: 149-63.
 36. Associação Brasileira de Educação Médica. Preparação do Médico Geral. Rio de Janeiro, ABEM, série de documentos, 1983; 5.
 37. Associação Brasileira de Educação Médica. Preparação do médico geral: reexame e perspectivas, 1986 (Série de Documentos; n. 11).
 38. Klotzel K. O perfil do clínico geral, Rev. Bras. Educ. Méd., 1979; 3: 1-5.
 39. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas. Avaliação do ensino médico no Brasil - relatório geral: 1991-1997. s.l., CINAEM, 1997.
 40. Stella RR. O compromisso das escolas e da CINAEM com transformação da educação médica. Bol. ABEM, 1999; 27: 1.
 41. Sobral DT. Desafios e perspectivas da reestruturação curricular, Bol. ABEM, 1997; 25: 1-2.
 42. Organization For Economic Co-Operation and Development. Curricular structures and balance In missions and agendas, in:

- Organization for Economic Co-operation and Development. Universities under scrutiny. Paris, OECD, 1987:21-22.
43. Garcia JC. La educación médica en la América Latina. s.l. OPAS/OMS, Publicação Científica, 1972: 212-8.
 44. Carneiro AP. A medicina de família, Seminário sobre "A Formação do Médico Generalista", Rev. Bras. Educ. Méd. 1978; spl 1:19-50.
 45. Blank N, Victoria CG. A Influência da escola médica sobre a opção profissional de seus alunos: um estudo transversal. Rev. Bras. Educ. Méd. 1979; 3:19-30.
 46. Gentile de Mello C. A formação do médico generalista e a medicina previdenciária. Seminário sobre "A formação do médico generalista", Rev. Bras. Educ. Méd. 1978; spl 1: 67-80.
 47. Santana JP. Tecnologia médica e formação profissional, Divulg. Saúde Deb., 1991; 5: 55-7.
 48. Merly EE. Uma nova tensão invade as escolas médicas: do dilema generalista/especialista ao cuidador de sinistros versus dos usuários. Bol. ABEM, 1999-2000; 28: 6-7.
 49. Campos FE. A encruzilhada da educação médica: é possível o encontro do elo perdido? Rio de Janeiro, Bol. ABEM, 1999-2000; 28: 4-5
 50. Machado MH, Rego S. Os médicos no Brasil, um retrato da realidade. Bol. ABEM, 1997; 25: 6-7.
 51. Machado MH coord. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997.
 52. Souza HM. A estratégia da saúde da família e seus desafios, Bol. ABEM, 1999; 27: 1.
 53. Feuerwerker LCM. Formação do profissional de saúde: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro, Bol. ABEM, 1999-2000; 28: 14.
 54. Silva TT. O discurso pedagógico da sociologia da educação: crítica da crítica? In: Moreira, org. Conhecimento educacional e formação do professor. Campinas, Papirus, 1994: 85-100.
 55. Cauduro JL. Análise dos fatores de maior relevância. In: Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. [dissertação] Rio de Janeiro, Escola Brasileira de Administração Pública, 1990: p. 127-37.

Endereço:

Dr. Pantaleão, 233/602

97.10-180 Santa Maria-RS

e-mail: jadete@uol.com.br