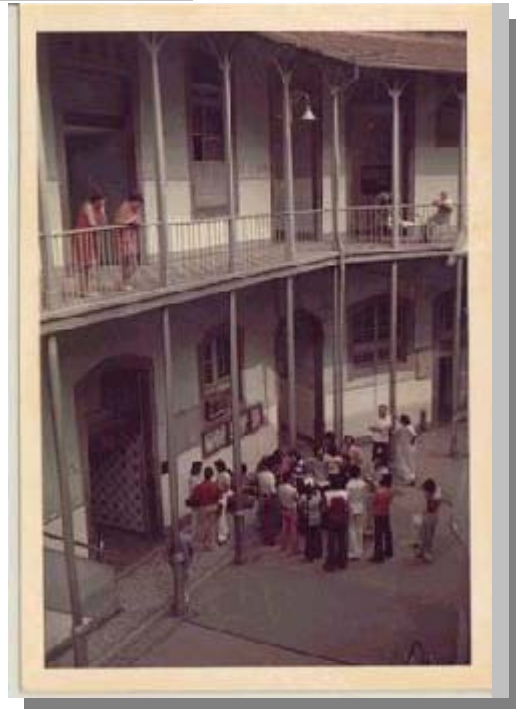


Os efeitos da mudança na formação médica



4.1. Práticas pedagógicas do ensino médico na literatura

4.1.1. As políticas de saúde pública e o papel da universidade

Santos e Westphal (1999) produziram uma análise das políticas de saúde pública, do século XIX aos dias de hoje no Ocidente, relacionando-as às diversas mudanças históricas que ocorreram nas concepções históricas de saúde e doença, e ao papel que a universidade vem desempenhando na formação do médico. Para isso, os autores utilizam o conceito de “prática sanitária” como a forma pela qual a sociedade estrutura e organiza as respostas aos problemas da saúde.

No século XIX, a situação de morbimortalidade em todo o mundo era caracterizada pela predominância de doenças infecciosas sobre as demais. No campo da saúde, vivia-se ainda uma prática do ensino médico de caráter empírico, não especializado, com relativa insipiência das disciplinas afins, como a biologia e a imunologia. O movimento sanitarista existente, naquele momento, na Europa e na América do Norte conseguiu interferir na situação da saúde em numerosas cidades do mundo, por meio de legislação e grandes obras de engenharia civil. Seus êxitos para diminuir a tuberculose e, sobretudo, fazer desaparecer os surtos epidêmicos de cólera contribuíram para criar a primeira época dourada da saúde pública. Nessa época foram fundadas as primeiras organizações universitárias, indicados responsáveis por saúde em regiões administrativas e também surgiram as primeiras sociedades científicas (op. citados, 1999).

De acordo com Tavares (1990), numa primeira fase, que compreende o final do século XIX até a República, a influência dominante no ensino médico brasileiro era européia, oriunda particularmente dos meios universitários franceses e alemães. Estes modelos que aqui eram adotados, muitas vezes já distorcidos e defasados no tempo, foram produzidos sob a influência do darwinismo biológico, do positivismo francês e do materialismo filosófico e político alemão. A segunda fase, iniciada na República e que perdura até hoje, ao longo do tempo, sofreu sucessivas reformas curriculares que levaram a um distanciamento da influência francesa, progressivamente substituída a partir do pós-guerra pela escola americana.

Sobre a primeira fase desse ensino, cabe destacar que nenhuma das escolas superiores profissionais do Brasil, dentre elas a medicina, era de tempo integral, ministrando geralmente, cada escola, apenas um único curso de tempo parcial, consistindo em “aulas” de uma relação de matérias, que constituía o currículo, ensinadas isoladamente e sem outra conexão, entre elas, além da que pudesse decorrer de possível dependência entre o ensino de uma e outra, ou do ensino de um ano para outro. Desse modo, os cursos eram uma introdução às profissões, visando oferecer alguma base para o preparo profissional, que iria ser adquirido na prática, fora da escola, na profissão, conforme assinala Anísio Teixeira (1989).

Santos Filho (1991) reitera que os professores das duas escolas nacionais de medicina (Bahia e Rio de Janeiro) ministravam uma ciência eminentemente teórica, profundamente livresca, pois eram muito escassos os meios materiais e econômicos necessários à pesquisa, à experimentação, à verificação, assim como as instalações e a aparelhagem eram insuficientes e rudimentares. Entretanto, a medicina, dizia Anísio Teixeira (1989), por ser ela própria, acima de tudo, uma prática e uma arte, lentamente escapou a esse tipo de ensino oral, e gradualmente se fez de formação com prática hospitalar. Tal progresso acentuou-se depois da década de 20, quando essas escolas começaram a pensar na limitação de matrícula e se fizeram escolas de prática médica, de tempo integral, embora nem sempre para os professores, que continuaram formalmente de tempo parcial, razão pela qual as escolas de medicina, na década de 30, passaram a ter menor número de alunos. Para Teixeira, este fato caracteriza a primeira existência de escolas superiores profissionais no Brasil com a qualidade de ensino universitário, e quando, em 1920, reuniram-se essas escolas sob o regime de universidade, somente as de medicina estavam em condições e nível para efetivamente participar do projeto.

Como decorrência de alguns processos no campo médico, tais como a difusão da vacinação contra a varíola depois de 1800 - resultado de um processo empírico que simboliza o nascimento da imunologia -; a identificação, por Robert Koch, do microorganismo causador do cólera, em 1883 e o desenvolvimento, por Louis Pasteur, de sua teoria dos germes nas doenças infecciosas, aprofunda-se a idéia da natureza biológica da doença, deslocando o pensamento causal em saúde, do ambiente físico e social para patógenos concretos. Passa-se a entender, dessa forma, que a doença teria uma causa única, com um germe originando cada

etiologia. Por consequência, saúde é ausência de doença, isto é, ausência de um agravo causado por um germe (Santos e Westphal, 1999). Por conta desse novo modo de entender a doença, ocorreu, então, um esforço acadêmico de mudança do ensino médico, já que ele não estava preparado para responder às novas evidências e idéias. Entre os vários projetos de reformulação do ensino médico dos EUA e Canadá, o da Carnegie Foundation triunfou e obteve repercussão internacional. Ele deu origem ao Relatório Flexner, de 1910¹, que veio a instituir o ideário hegemônico no campo da saúde, até há alguns poucos anos.

Com os progressos médicos alcançados no ensino, na pesquisa e na prática, consolidou-se o paradigma até hoje vigente. O principal elemento desse modelo é o “curativismo” e, entre os demais elementos, “o mecanicismo”, que tal como acontece na mecânica clássica, uma causa atuando num corpo sempre produz um efeito. Temos ainda as noções de “unicausalidade”, em que uma causa produz (corresponde a) um efeito; o “biologicismo”, que conduz ao entendimento de que a doença e seu processo de cura sempre ocorrem no nível biológico (ontem, celular e hoje, ao nível molecular); “o individualismo”, em que o objeto das ações em saúde é o indivíduo, tratado por outro indivíduo, excluindo-se, portanto, dessa ação o contexto ambiental, social e histórico; e, por fim, como último elemento desse paradigma, a “especialização” (op. citados, 1989).

O “curativismo” é o elemento primordial, pois, com o entendimento de que a saúde é a ausência da doença num indivíduo, o diagnóstico e a terapêutica ganham toda a relevância no processo. Assim, a prática sanitária passa a ser a busca da cura dos indivíduos que manifestam alguma doença. Trata-se, portanto, do início da era terapêutica que, a partir da Segunda Guerra Mundial, já no século XX, foi reforçada pelo desenvolvimento moderno do “Estado de bem-estar” e por aumento de recursos públicos para o setor de saúde. Assim, no decorrer do processo de florescimento do “curativismo”, a esperança de recuperação da saúde,

¹ Em 1903, a American Medical Association criou um conselho de educação médica, encarregado da inspeção e da avaliação das escolas médicas nos EUA, cujo relatório de 1907 evidenciou uma variedade considerável de tipos de formação médica. A Carnegie Foundation foi convidada, então, a realizar uma pesquisa independente, que por sua vez a confiou a Abraham Flexner, pedagogo não médico. Tendo Flexner considerado a Faculdade de Medicina Johns Hopkins o modelo ideal de formação médica, ele visitou, a seguir, todas as escolas médicas dos EUA, preparando o relatório que resultou numa profunda reforma do ensino médico americano e canadense (Férland, 1987).

- entendida como ausência de doença -, estava na assistência clínica, especialmente em hospitais² (idem, 1999).

Quanto ao relatório elaborado por Flexner, nele havia críticas à ausência de padrão nos critérios de admissão às escolas. Sobre o planejamento pedagógico, ele defende a idéia de que a medicina moderna, como todo ensino científico, deve se caracterizar pela atividade. Segundo ele, o estudante não se contenta mais em observar, entender, memorizar; ele age. “Suas atividades no laboratório e na clínica são os fatores principais de sua formação e de sua disciplina”. O relatório propunha então uma medicina científica e uma grande participação das disciplinas fundamentais (ciências básicas) e do laboratório. As escolas deveriam, então, contratar cientistas, freqüentemente não médicos, encarregados de ensiná-las. Flexner deplorou o fato de que o professor era freqüentemente um clínico que ensinava nas horas vagas e para sanar esse inconveniente as escolas deveriam recorrer aos professores de “tempo integral”, de forma que clínicos e cientistas deveriam fazer uma carreira docente. Uma escola, assim, poderia reclamar desses professores uma participação mais definitiva no ensino, na pesquisa, na assistência ao paciente e em outras atividades, como administração e em comitês diversos do estabelecimento (apud Férland, 1987).

Para Tavares (1990), o informe tentou articular o cientificismo alemão da época com a modernização da instituição acadêmica – uma preocupação “eficientista” da já ascendente sociedade americana³. Hoje, avalia-se que foi enorme a influência que o Relatório Flexner exerceu no ensino médico em toda a América Latina, a partir da década de 50, atingindo seu auge nos anos 70. A universidade, com a incorporação de grandes hospitais altamente especializados como campo fundamental do “adestramento” clínico, tornou-se a pedra

²Nesse período, a saúde pública, desprestigiada, tentou se articular com interesses econômicos e políticos das classes mais favorecidas. Assumiu, então, o paradigma “higienista”, que objetivava a resolução dos problemas das cidades ainda não aparelhadas para abrigar o contingente de população que para elas se deslocava. A saúde pública do início do século e as escolas de saúde pública, que em sua maioria adotaram o nome de Escolas de Higiene, voltaram seu interesse para os métodos sociais e ambientais, objetivando a remodelação e o saneamento das cidades, e a transmissão de normas higiênicas, configurando o que tem se chamado de “dicotomia prevenção/cura”. Da mesma forma que o movimento sanitário do final do século, o “higienismo” tinha caráter paternalista e vertical, devido ao pouco desenvolvimento ou ausência de mecanismos democráticos nas sociedades que o desenvolveram (Santos e Westphal, 1999).

³ Ferreira Neto (1978) conta que Flexner foi convidado a fazer um estudo semelhante ao que havia realizado nos EUA, na Europa, especialmente Alemanha e Inglaterra. Embora com pontos de partida diferentes, suas recomendações foram quase iguais às feitas para os Estados Unidos e Canadá. No entanto, o processo de incorporação dessas idéias só começou a se efetivar no pós-guerra.

fundamental de uma nova educação médica baseada nas ciências experimentais, com a conseqüente criação do ciclo básico diferenciado do ciclo profissional/clínico (Byrne e Rosental, 1994), e a substituição das cátedras pelos departamentos (Rodrigues Neto, 1978). Na literatura do campo da educação médica admite-se, hoje, que a adoção desses critérios na reestruturação da Escola Médica, por outro lado, contribuiu para uma formação com caráter fragmentário, contribuindo para a consolidação das especialidades médicas (Tavares, 1990).

É também a partir dos anos 50, de acordo com Rodrigues Neto (1978), que se inicia a preocupação com a racionalidade didático-pedagógica, com ênfase no planejamento curricular, tendência que atingiu seu auge no início dos anos 70, fase em que, como assinala Mendes (1991), surgiram no ensino médico latino-americano, diferentes projetos pedagógicos originados na academia que poderiam ser denominados de “modernização” do processo educacional, implantados a partir dos laboratórios de relações humanas e ensino médico, desenvolvidos por Edward Bridge e trazidos para a América Latina pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

Para Mendes (1991), a aplicação deste projeto pedagógico levou, por conseqüência, a um processo de reordenação curricular de caráter modernizante, que se esgotou em si mesmo e que representou uma mudança sem transformação. Este movimento teve como conseqüências, na década de 70, a divulgação da taxonomia dos objetivos educacionais de Benjamin Bloom; dos objetivos comportamentais de Mager; a disseminação da metodologia de análise das funções e tarefas críticas; a crescente valorização da assessoria pedagógica; e a difusão da tecnologia educacional, tudo isso levando à institucionalização de centros nacionais ou regionais de tecnologia educacional em saúde como, no caso brasileiro, o Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES/CLATES) da UFRJ. Mendes considera que esse projeto pedagógico localizado na CAPES, sob a denominação de “inovações no ensino das profissões de saúde”, constituiu-se, tão-somente, um movimento interno ao processo educacional que apresenta efeito “modernizante”, sem implicar mudança educacional real, refletindo, de um modo geral, a preocupação com a ideologia da eficiência e da produtividade do ensino, e

tendo implícita a hipótese de que os problemas educacionais na área da saúde são de natureza metodológica⁴.

No caso específico da escola médica, a Reforma Universitária de 1968 possibilitou, com seu projeto de “modernização conservadora”, as condições plenas para a implementação das recomendações do Relatório Flexner, adotadas aqui desde a década de 50. Voltando ao papel desempenhado pela universidade na adequação do ensino médico aos novos paradigmas científicos, verificou-se que, no decorrer do século XX, a situação de morbimortalidade observada no transcorrer do século XIX foi se alterando com a diminuição da importância das doenças transmissíveis e com o conseqüente aumento das doenças degenerativas, devidas essencialmente às melhorias das condições gerais de vida, mais do que aos progressos médicos anteriormente mencionados (Santos e Westphal, 1999).

O próprio desenvolvimento de disciplinas como a epidemiologia e a imunologia gerou uma série de crises com relação ao paradigma vigente da noção de saúde e doença: crise na concepção de “mecanicismo”, pois com o desenvolvimento das noções de “risco”, de “exposição” e de “susceptibilidade” - uma causa atuando sobre um corpo nem sempre vem a produzir o efeito esperado; e crise no “biologicismo” e na “unicausalidade”, uma vez que com a extensão das noções próprias da epidemiologia das doenças transmissíveis para as não transmissíveis, além da conceituação de “fator de risco” extensivo às doenças degenerativas, é inegável que freqüentemente elas estão associadas ao meio físico e/ou social. Como conseqüência mais imediata desse novo processo de entendimento, houve o deslocamento da ênfase curativa para a prevenção, resultando no que se poderia reconhecer como uma crise no “curativismo”, pelo menos em nível teórico. Essa crise inclusive foi mais além, pois os fatores que condicionavam a saúde não se limitavam mais aos elementos tradicionais que permitiram até aquele momento a compreensão do processo saúde/ doença, conforme descrito nesta seqüência pelos partidários do “flexnerianismo”: “doença, diagnóstico, terapia, recuperação da saúde”. Dessa forma, o ato médico, acompanhando a crise no “curativismo”, perdeu o ponto hegemônico e central do paradigma, senão na prática, pelo menos no ideário intelectual do setor, conforme dizem Santos e Westfal (1999).

⁴ Conferência sobre “A integração docente-assistencial na perspectiva dos Serviços” que Mendes (1991) proferiu na reunião da ABEM/ AMEM, Montes Claros/ MG, 1983.

4.1.2. As reações ao currículo “flexneriano”

1). O “Movimento Preventivista” e a “Medicina Integral”⁵ - surgiu nos Estados Unidos⁶ e na América Latina⁷ ainda na década de 50, tendo sido aqui adotado, a partir da década de 60. Foi a primeira tentativa de integração dos conteúdos do currículo médico de graduação, inclusive com a criação do departamento de medicina preventiva e social nas escolas médicas brasileiras.

De acordo com Duarte (1991), é na década de 50 que a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), se interessa pelo ensino médico, pois a educação latino-americana era avaliada como atrasada cientificamente, desarticulada da prevenção e metodologicamente anacrônica. Ela assume, então, a modernização do ensino de medicina preventiva e social, e aparecem outras organizações internacionais, como a Fundação Rockefeller que apóia pequenas escolas modelos, em áreas isoladas dos grandes centros urbanos nacionais; a Fundação Milkbank, que concentra-se nas ciências sociais em saúde; e o Ponto IV, que incorpora cientistas sociais, especialmente antropólogos, em seus programas de ação.

A filosofia de educação proposta tinha como idéia básica incluir no ensino médico o conceito de homem nos seus aspectos físicos, mentais e sociais de forma integrada - e não apenas o enfoque biológico - na compreensão dos determinantes envolvidos no processo saúde/doença (op. cit., 1991). Além do mais, tais educadores entendiam a saúde como um processo e tinham uma visão da evolução histórica da medicina - da terapêutica à preventiva. Eles propunham uma definição da responsabilidade do médico no processo e a compreensão de suas limitações e relações com as especialidades, bem como, já preconizavam que o trabalho médico deveria estar inserido num contexto maior, que é o da equipe

⁵ Embora hoje possam ser usados indistintamente os termos Medicina Preventiva e Medicina Social, a rigor, referem-se a momentos históricos distintos (Rodrigues Neto, 1978). Enquanto a Medicina Preventiva tem origem na sociedade norte-americana, correspondendo a uma leitura civil e liberal dos problemas da saúde; a Medicina Social é de origem européia, caracterizada ora, como um movimento de modificação da medicina relacionada às próprias mudanças ocorridas nessas sociedades (casos da França e Alemanha, na segunda metade do século XIX); ou apenas da própria medicina em si a partir de sua transformação institucional, que é o caso da Inglaterra -- cem anos após (1948), quando ocorre a criação do seu Sistema Nacional de Saúde (Duarte, 1991).

⁶ Conferência de Colorado Spring, 1952.

⁷ Conferências de Viña del Mar/ Chile, 1955 e de Tehuacan/ México, 1956. De acordo com Duarte (1991), os questionamentos básicos que deram origem a esses dois seminários foram a Conferência de Colorado Spring (Estados Unidos) em novembro de 1952 – para o Canadá, Estados Unidos e Jamaica; a Conferência de Nancy (França) para os países da Europa Ocidental; e a Primeira Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Londres (UK) em 1953.

multiprofissional de saúde (Nunes, 1985). O “Preventivismo” recomendava, também, um programa de ensino voltado para propostas pedagógicas interdepartamentais, visando estratégias de ensino comuns.

Para Tavares (1990), dentre as principais vertentes que deram origem ao “Preventivismo”, estão a disciplina da Higiene, oriunda do século XIX, intimamente relacionada ao desenvolvimento do capitalismo e à concepção liberal, que centrava as responsabilidades individuais frente à saúde; e a discussão, dos custos do atendimento médico, ocorrida nos EUA nas décadas de 30 e 40, quando por ocasião da Grande Depressão surge o Estado Interventor e são propostas medidas como a ampliação dos serviços de saúde pública e o controle de custos, através do estabelecimento de novas relações de trabalho. Já segundo Arouca (1976), a medicina preventiva caracterizou-se como um movimento ideológico que procurava transformar as representações sobre a prática médica, sem, contudo, procurar ser um movimento político que realmente transformasse essa prática. Dessa forma, seu discurso mantinha uma relação de organicidade com o movimento histórico vivido pela sociedade norte-americana, representando uma leitura civil e liberal dos problemas de saúde.

2). A “Medicina Comunitária” - essa concepção pedagógica surge em seguida ao “Preventivismo”, já no início da década de 80. Era conhecida nos EUA desde os anos 60, onde estava relacionada aos movimentos pelos direitos civis e ao acirramento das tensões sociais, centradas na questão dos negros nos governos Kennedy e Johnson, cujo enfoque comunitário norteou os programas de assistência à pobreza. No caso do Brasil, existem evidências de que essa segunda proposta surgiu para atender à necessidade da escola médica ampliar o locus de ensino da prática profissional, claramente insuficiente pelo crescimento do número de escolas e aumento de matrículas - conseqüente à Reforma Universitária - pois no período entre 1966 e 1970, registrou-se uma verdadeira “explosão” do ensino médico no Brasil, com o aumento do número de escolas existentes, fenômeno que ficou conhecido como o boom das escolas médicas. Essa expansão de vagas do ensino universitário ocorreu no contexto de uma política governamental que buscava amenizar as pressões sociais latentes nas regiões urbanas e que resultaram em políticas sociais que foram implantadas com o objetivo de satisfazer demandas reprimidas em Educação, Saúde e Habitação (Médici, 1986).

TABELA I
Expansão das Escolas Médicas Brasileiras (1960) – (1980)

ANOS	NÚMERO DE ESCOLAS
1960	29
1965	37
1970	71
1975	73
1980	75

Fonte: *Documentos do Ensino Médico*, anexo I. MEC/ DAU/ CEM, 1977⁸.

Para acomodar tantos novos alunos da área da saúde, particularmente de medicina e enfermagem, os hospitais universitários eram insuficientes tendo sido necessário articular essas escolas com os serviços públicos de saúde, a fim de possibilitar os estágios práticos (Tavares, 1990).

TABELA II
Leitos hospitalares à disposição das escolas médicas brasileiras, 1971⁹

Número de leitos	Número de escolas
75 ou menos	11
76 a 150	13
151 a 300	18
310 a 450	11
451 a 700	8
701 e mais	3
Sem informação	9
TOTAL	73

⁸ Observe-se que, entre os anos 60 a 70, há um crescimento de 144,8 %, e de 70 a 80, de 5,6%. Na década de 60 cresceu o número de instituições, e aumentou o número de matrículas nas existentes, por conseqüência do movimento dos “excedentes”, uma vez que as escolas antigas foram obrigadas a receber um número de alunos além de sua capacidade didática, enquanto as novas já começavam a enfrentar o mesmo problema. O Ministro Jarbas Passarinho criou, então, uma Comissão de Ensino Médico, constituída de professores de várias regiões, em 1971. Em 1972, essa Comissão elaborou o relatório intitulado “*O ensino médico no Brasil*. Documento nº 1 – A expansão de rede escolar”, depois aprovado pelo Conselho Federal de Educação (Fraga Filho e Rosa, 1980).

⁹ MENDES, J. P. do V. Expansão do ensino médico no Brasil e suas repercussões. In: ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *Simpósio sobre ensino médico*. RJ: ed. Náutilus, 1979.

A Medicina Comunitária pretendia alcançar grupos populacionais excluídos do mercado consumidor de serviços em geral e de saúde em particular; porém, na análise de alguns educadores médicos, constituiu-se, apenas, em muitos casos, de mais uma proposta de experimentação de modelos de prestação de serviços para “populações pobres”, do que uma proposta pedagógica médica específica; geralmente acompanhando outros programas de desenvolvimento de comunidades, e com claro papel de “atenuador de tensões” (Rodrigues Neto, 1978).

Numa revisão crítica desse período, considerou-se que com a introdução da Medicina Preventiva, a partir da década de 60, e posteriormente da Medicina Comunitária na década de 80, nos currículos das escolas médicas brasileiras, os educadores médicos pretenderam, dentre vários propósitos, promover uma formação mais relacionada com as necessidades de saúde da maioria da população. Hoje, de acordo com a análise dos mesmos educadores, serviram, apenas, para explicitar ainda mais a desarticulação entre a medicina curativa e a preventiva, pois não foram capazes de romper o marco conceitual do ensino médico, que permaneceu curativo e pouco integrador das diversas áreas do conhecimento médico. Considero que além desses motivos, essas propostas não obtiveram êxito porque o processo de mercantilização da medicina tem sido extremamente vigoroso no contexto de hipertrofia do mercado das medicinas de grupo e seguros de saúde, de forma que tais propostas, que seriam capazes de romper o modelo hegemônico, foram para um lugar secundário na estrutura curricular do ensino médico de graduação. Enfim, de fato, foi um equívoco considerar que práticas pedagógicas tivessem condições de per si promover uma mudança de paradigma do ensino médico.

3). A “Integração Docente-Assistencial (IDA)” e o Hospital Universitário - No início dos anos 70, foi elaborado um informe para os Estados Unidos e Canadá, pela Carnegie Commission of Higher Education, que postulava uma redefinição geral do ensino médico norte-americano, no sentido de formar o “médico generalista” ou “de família”. Para isso, uma das suas principais recomendações foi a criação de centros universitários de saúde, com a inclusão dos estudantes na equipe de prestação dos serviços de saúde, correspondendo à atuação que viria a ser chamada de Integração Docente-Assistencial e constituindo-se, assim, a terceira proposta por maior integração curricular em

reação ao modelo “flexneriano”. Para Souza (1984), a expansão do número de estudantes nas profissões ligadas a assistência de saúde na América Latina permitiu a utilização do conceito de Integração Docente-Assistencial, como um modo de desenvolver diretrizes orientando a utilização de todas as instalações do sistema de atenção à saúde como centros de instrução. Como fatores que vieram a justificar a procura de novos modelos de serviços para a prática dos estudantes da área de saúde em geral, citam-se os altos custos operacionais de manutenção das unidades hospitalares que recomendavam uma racionalização dos serviços médicos; as transformações sócio-econômicas do país, com parcelas cada vez maiores das populações que foram sendo cobertas pela Previdência Social; e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1961, que determinava que os gastos com assistência social e hospitalar não deveriam ser considerados gastos com ensino, mesmo quando ligados a este¹⁰. Como decorrência dessas transformações no sistema de saúde e dos novos rumos educacionais reformularam-se os objetivos educacionais das escolas médicas, e em março de 1974, o documento nº. 2 da Comissão de Ensino Médico do MEC definiu a relação entre ensino e prestação de serviços na área médica, e em julho de 1975, a Lei nº. 6.229, que dispôs sobre o Sistema Nacional de Saúde, determinou que a formação do pessoal de saúde deveria estar orientada para atender às necessidades prioritárias da área; os hospitais universitários deveriam prestar serviços de assistência médica à comunidade em que se situam; e a área de treinamento de pessoal deveria ser ampliada pela utilização de instituições de prestação de serviços de saúde (Fraga Filho e Rosa, 1980).

Dessa forma, a formação de recursos humanos passaria a ser, conceitual e legalmente, o elo entre o sistema produtor e utilizador desses recursos e, portanto, a diretriz do planejamento educacional para as profissões de saúde, bem como, em função disso, houve a recomendação dos formuladores das políticas de saúde de que a formação profissional de médicos deveria ter em vista o conhecimento dos problemas sanitários do País e da prevalência em nosso meio das “doenças de massa” (Gentile de Mello, 1977). Para promover esse vínculo, até então muito frágil, entre os sistemas de saúde e de educação, o instrumento recomendado foi a

¹⁰ A Lei de Diretrizes e Bases de 1961 dizia que “os gastos com a assistência social e hospitalar não são considerados despesas com o ensino”, enquanto o decreto 63.341, de 1968, “evitar-se-á a construção de novos hospitais de clínicas. Aos hospitais já existentes, o INPS deverá reservar cota substancial de seus convênios” (Fraga Filho e Rosa, 1980).

“regionalização docente-assistencial”, feito com base em acordos, entre a universidade e instituições do setor de saúde, que permitiriam a utilização como campo de ensino de regiões geográficas assistenciais prédefinidas que, uma vez hierarquizadas suas unidades, deveria o estudante percorrê-las, das mais modestas às mais sofisticadas, exercendo ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. A partir de então, a prática educacional e a prática de saúde se tornariam, desse modo, complementares e interdependentes¹¹ (Fraga Filho e Rosa, 1980). Esse acordo objetivou, portanto, promover ao mesmo tempo uma inovação educacional e a modernização administrativa dos serviços públicos de saúde; dessa forma, a atividade docente deveria ser exercida a maior parte do tempo no interior dos serviços públicos de saúde, diminuindo o tempo no interior dos hospitais universitários, uma vez que o objetivo principal passaria a ser a formação do médico geral (Mendes, 1991).

Em relação à formação do médico geral, a Associação Brasileira de Educação Médica promoveu essa análise nos Seminários de Campinas e Londrina (ABEM, 1978)¹², e a posição que prevaleceu nesses encontros levou os educadores a centrar esforços na discussão quanto à necessidade de orientar o currículo de graduação no sentido da formação de um médico “generalista”. No documento da reunião considerou-se que as expressões “médico de família”, “médico generalista”, “médico de cuidados primários”, “médicos de cuidados de primeira linha”, não são todas sinônimas e poderiam implicar capacitação profissional e linhas de ações diversas para cada tipo, sobretudo tendo em conta o sistema de atendimento à saúde em que estejam inseridas, mas em contrapartida houve um entendimento quanto à necessidade de orientar o currículo de graduação, no sentido da formação de um médico generalista e denominar o profissional como “médico geral” ou simplesmente “médico”.

Em 1986, a ABEM e a Comissão de Especialistas em Ensino Médico do Ministério da Educação promoveram um seminário onde foi reexaminada a questão da formação do médico geral na graduação, cuja análise está contida no

¹¹ O Brasil adotou oficialmente esta nova orientação do ensino, em 1981, com a formação de um grupo composto por membros da OPAS, Ministérios da Saúde, Educação e o da Previdência e Assistência Social que constituíram o Programa de Integração Docente – assistencial (Mendes, 1991).

¹² Seminário sobre "A formação do médico generalista" (Campinas, 1978), e XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica (Londrina, 1978).

documento nº 11. Já o documento nº. 6 considerou que para a realidade sócio-econômica brasileira era imperativo recuperar a “terminalidade” do ensino de graduação, termo que expressa o esforço de garantir determinadas habilitações para que o médico, logo ao fim dessa graduação, possa exercer uma prática médica no mundo do trabalho, preferencialmente voltada para atender à maior parte das doenças que são prevalentes em nossa população. As habilitações identificadas com o “modelo” ou “perfil” generalista deveriam abranger as áreas da Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Clínica Cirúrgica. Apesar disso, não houve consenso por ocasião da realização desses seminários quanto ao tipo de profissional a ser formado nas escolas médicas brasileiras, devido às necessidades específicas quanto à clientela a ser atingida em um país como nosso com diversidades étnicas, culturais, geográficas e epidemiológicas; quanto à estruturação das escolas e diferenciação dos serviços de saúde utilizados para o ensino; às aspirações e opções profissionais dos alunos, e por outro lado, à carência básica de quase toda a população brasileira por boa assistência à saúde. Para atingir esse objetivo, a ABEM (1986) recomendou como “estratégias educacionais” promover: a integração do ciclo básico com o profissional; o contato mais precoce do estudante, ainda no primeiro semestre do ciclo básico com pacientes e com famílias de comunidades selecionadas; a revisão do volume de disciplinas no currículo pleno de muitas escolas; e a constituição de um *continuum* de aprendizagem em que o aluno, sob a supervisão docente, assumiria, progressivamente, maior independência e responsabilidade em suas atividades prático-assistenciais.

É pensamento hegemônico no campo da educação médica, que este modelo de graduação é adequado às necessidades de saúde da maioria da população do país, pois leva em conta critérios epidemiológicos, e expressa mais claramente as contradições presentes no contexto social que estamos vivendo. Contudo, já em 1948, os técnicos que elaboraram o Plano Salte, no governo Eurico Gaspar Dutra, já preconizavam o “incentivo da prática da clínica médica geral, diminuindo a acentuada preferência dos médicos pelas especialidades”. Para isso seria recomendável “uma vigorosa política intervencionista do Estado no campo da assistência médico-social”, fato que estaria “longe de ferir a concepção

democrática de governo e que se identifica perfeitamente com a proteção do bem estar público, o objetivo básico do Estado moderno”¹³. O caminho para corrigir essa distorção seria formar médicos generalistas, cabendo, por isso mesmo, “grande responsabilidade à Universidade” (apud Gentile de Mello, 1977). Nos dias de hoje, inclusive, está em curso o Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde que em conjunto com as secretarias municipais de saúde tem contratado médicos e enfermeiros recém-formados para darem a assistência primária em saúde em lugares onde não há um sistema de saúde eficiente, ou seja, periferia de grandes cidades e municípios muito pobres (Ministério da Saúde, 2001).

4.1.3. As práticas pedagógicas em voga

Hoje, as práticas pedagógicas que na sua origem remetem às Medicinas Preventiva e Comunitária coexistem na escola médica com o estilo convencional de ensino composto por disciplinas como cardiologia, pediatria, dermatologia, radiologia etc.; embora os conteúdos programáticos dessas disciplinas se sobreponham em diversos aspectos, eles são ministrados de forma independente, prevalecendo a lógica interna de cada disciplina ou especialidade. É no internato, período de estágio prático obrigatório abrangendo cerca de três dos 12 semestres do curso médico, que o aluno praticará de fato as habilitações preconizadas para a formação do médico geral. A atual proposta de ensino na graduação na literatura do campo da educação médica, em síntese, procura uma maior integração dos seus conteúdos, a ser obtida pela estratégia do “Ensino-por-problemas” nos Programas Curriculares Interdepartamentais (PCI), devendo por sua vez ocorrer em ambientes “naturais”, como os serviços da rede pública de saúde, através da Integração Docente Assistencial. O objetivo, portanto, é a formação do Médico Geral – para atuar nas quatro grandes áreas – clínica médica, pediatria, gineco-

¹³ Plano Salte, *Setor Saúde*. Diário do Congresso Nacional, Suplemento número 91, 27 de maio, 1948. Os técnicos que elaboraram o Plano fundamentaram a sua orientação no relatório da Comissão Organizadora do Instituto de Seguros Sociais do Brasil (ISSB) de 1945, cujas conclusões mostravam preocupação com o desequilíbrio da distribuição geográfica dos recursos médicos no Brasil e com a grande concentração de médicos nas capitais e nos grandes centros urbanos (apud Gentile de Mello, 1977).

obstetrícia e clínica cirúrgica, ou do Especialista Básico, aprofundando o conhecimento em uma dessas quatro áreas.

Observe-se que há uma acumulação de todas as concepções pedagógicas que tentaram romper o modelo flexneriano tão criticado e identificado com a especialização já em nível de graduação, mas o Hospital Universitário permanece como o espaço hegemônico da formação médica, explicitando os aspectos contraditórios que o currículo médico contém na sua proposição de formar o médico geral. Avalio que são contradições insanáveis, pois não é possível desconhecer o avanço técnico-científico da medicina e a universidade é o espaço que deve ser privilegiado para a investigação científica, assim como, em função desse mesmo avanço científico, a própria formação geral deve ser entendida como uma concepção historicamente construída e que, portanto deverá sofrer um processo de revisão contínuo, a fim de evitar simplificações equivocadas. Por fim, verifica-se, também, um retorno à tese de que os problemas educacionais na área da saúde são de natureza metodológica. Nesse sentido, há uma crença de que “inovações” educacionais poderão contribuir e, até mesmo, resolver os impasses da formação médica que a sociedade está a exigir. São exemplos dessa tendência, A Aprendizagem Baseada em Problemas e a Medicina Baseada em Evidências, ambas ocupando um espaço privilegiado no debate que vem ocorrendo no campo da educação médica brasileira, desde a década de 90 aos dias atuais.

1). A “Aprendizagem Baseada em Problemas” - os projetos que adotam essa prática pedagógica, na América Latina, estão sendo desenvolvidos com o apoio de agências como a Fundação Kellogg’s e a OPAS. Ocorrem também em escolas médicas da América do Norte e da Europa e em escolas recentemente criadas, tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos. Em comum, a adoção da Aprendizagem Baseada em Problemas e/ ou da Educação Baseada na Comunidade, a partir das experiências da Escola de Medicina de Maastricht da Universidade de Limburgo, na Holanda, e da Universidade de McMaster no Canadá (Byrne e Rosental, 1994; Venturelli, 1996; De Negri Filho, 1997). Na literatura disponível e nas conferências de educadores médicos que visitam a América Latina sobre os projetos de MacMaster e de Limburgo, predominam expressões como “inovações”, “estratégias”, “metodologias” e “mudanças” educacionais para reformar o ensino médico, que deverão ocorrer a partir da implantação da Aprendizagem Baseada em Problemas. Para Negri Filho (1997),

esse conceito é uma alternativa instrucional útil frente aos procedimentos convencionais, podendo resolver alguns dos problemas do ensino-aprendizagem em medicina, como a irrelevância de parte do conhecimento proposto nos currículos; a ausência de integração dos conteúdos curriculares; a necessidade de educação continuada; e a inabilidade do aluno em aplicar o conhecimento adquirido. De acordo com esse autor, a Aprendizagem Baseada em Problemas ganhou consistência a partir dos estudos da psicologia cognitiva, remetendo à tendência construtivista da década de 90 no campo educacional brasileiro.

O problema, enquanto formulação de uma circunstância a ser entendida, obriga o estudante a refletir sobre ele e a construir uma resposta, compondo uma cadeia de codificação específica, com uma percepção reforçada a partir da elaboração e apresentação da solução encontrada para os seus colegas. A elaboração da solução, sua organização escrita e oral, a argumentação e o debate resultam no fenômeno de redundância na estrutura da memória, ajudando na consolidação do novo conhecimento e contribuindo para sua perenidade e disponibilidade. Se esses princípios estão ausentes, há comprometimento da qualidade da instrução (De Negri Filho, 1997). Já de acordo com Yazbeck et al (2000), a Aprendizagem Baseada em Problemas é uma estratégia pedagógica desenvolvida a partir de métodos de ensino-aprendizagem cuja origem remonta à década de 50, quando o ensino médico americano tomou contato com John Dewey da Case Western Reserve University. Segundo esses autores, ela exhibe diversas vantagens sobre o currículo tradicional, tais como uma maior ênfase no significado e não nos fatos, pois o objetivo maior é a resolução de problemas de cunho real e não a memorização de fatos; uma maior compreensão e melhor desenvolvimento de habilidades, pois os alunos, além de buscarem um conhecimento mais profundo, estão comprometidos com a resolução de um caso clínico real e também porque são requisitados a transferir os conhecimentos da teoria para a prática; além de uma maior motivação dos discentes e docentes (idem, 2000).

De Negri Filho (1997) faz questão de diferenciar a “Aprendizagem Orientada por Problemas” - uma forma intermediária, uma estratégia para viabilizar a introdução progressiva de problemas, em disciplinas dos currículos de desenho tradicional, com o objetivo de facilitar o aprendizado. Enquanto que o “Aprendizagem Baseada em Problemas” caracteriza aqueles currículos totalmente

organizados em torno de séries de problemas, articulados em blocos. No primeiro caso, o Ensino-por-problemas é visto como uma atividade complementar em sala de aula, ou em enfermaria e ambulatório, inserida no contexto de uma disciplina de desenho convencional, num currículo, idem. Em comum, também, o fato de que compete ao aluno a tarefa de escolher, organizar os conteúdos e apresentá-los para o restante do grupo. Já o segundo modelo é bem mais radical implicando em uma mudança profunda do desenho e da seleção do currículo. Observa-se que o primeiro tipo tem predominado nas escolas médicas “históricas”, sem interferir de forma notável na sua tendência ao, “conteudismo” ou sem fugir à estrutura curricular convencional, porque se trata apenas de experiências de prática de ensino circunscritas a temas isolados; enquanto o segundo tipo aparece em novas escolas médicas, ainda sem prestígio consolidado e vinculadas, p. ex., ao Programa UNI da Fundação Kellog’s, em toda a América Latina e Caribe¹⁴.

Existe ainda um terceiro modelo, denominado “Educação Baseada na Comunidade” que representa uma abordagem mais radical dessa estratégia, cujo paradigma é o curso de graduação da Faculdade de Medicina de Maastricht, em Limburgo/Holanda. Algumas escolas médicas têm adotado essa forma totalizante e começam a formar médicos com um currículo diferenciado e mais reduzido que o tradicional, com o objetivo de atender “comunidades” de populações periféricas e sem acesso ao consumo de bens e serviços de saúde, ou seja, uma espécie de “especialização às avessas”. Assim, as faculdades históricas situadas em universidades que desenvolvem pesquisa permaneceriam “conteudistas”, com tendência a formar médicos mais especializados, enquanto que às outras caberia formar médicos generalistas, confirmando o receio da FEPAFEM (1994), sobre a perda de unicidade profissional médica que, do ponto de vista formal, e em nível de graduação, ela possa vir a ocorrer, uma vez que do ponto de vista do mercado ela já existe de fato.

2). A “Medicina Baseada em Evidências” - na década de 80, clínicos e pesquisadores da Universidade de McMaster, em Ontário/ Canadá, introduziram a discussão sobre o excesso de informação médica e suas conseqüências para a prática clínica. Inicialmente, tratavam-se de artigos sobre o processo de escolha da

¹⁴ Observo que nas publicações do campo da educação médica os dois tipos podem ser denominados indistintamente de “Aprendizagem Baseada em Problemas” ou simplesmente “Ensino-por-problemas”.

literatura médica onde eram mostradas regras práticas para a análise crítica do conteúdo dessas publicações e a determinação da sua validade interna. Por fim, tais análises adquiriram uma complexidade e extensão a ponto de configurar o que hoje chamamos de Medicina Baseada em Evidências cujo principal propósito é abalzar decisões clínicas referentes ao diagnóstico e a conduta terapêutica. Para Drumond e Silva (1998), a própria velocidade da produção científica, com o desenvolvimento tecnológico observado em especialidades médicas, nos impõe um fluxo de informações e uma quantidade de “fatos” que passam a ser conhecidos simultaneamente, embora nem todos sejam necessariamente válidos.

Denominam-se então evidências externas as informações e os dados coletados na literatura médica recente, cuja finalidade e importância são aferidas por determinados critérios. Estas evidências podem ser distribuídas em gradações (limitadas, preliminares e fortes) e, do ponto de vista clínico-epidemiológico, caracterizam-se por valorizar desfechos clínicos de significância ao paciente e à sociedade, por permitirem a definição de graus de evidência científica para as condutas clínicas e apresentarem dados para análise objetiva do potencial impacto das condutas clínicas. Os autores consideram que o antigo paradigma tem como fundamento as observações não sistematizadas, o conhecimento apenas dos mecanismos básicos das doenças, a associação de experiência pessoal e senso comum, e a ênfase do autoritarismo na formação e na informação especializada. Enquanto isso, o novo paradigma proposto, ao mesmo tempo que reconhece a importância da experiência clínica e mesmo da intuição diagnóstica, sublinha que o registro sistemático das observações, de maneira reproduzível, pode aumentar, consideravelmente, a certeza do diagnóstico, a eficácia terapêutica e a confiança no prognóstico.

A Medicina Baseada em Evidências se apóia na epidemiologia clínica, bioestatística e informática médica, que constituem seus instrumentos de pesquisa e análise. Todavia, críticas vêm sendo feitas ao acasalamento da epidemiologia e da clínica, as quais, embora vinculadas epistemologicamente, têm olhares e objetivos distintos, pois a clínica trata do sujeito considerado em suas particularidades, o caso, o um, enquanto a epidemiologia aborda o coletivo, busca a generalidade, o grupo de casos, o todo. Surge, assim, uma nova disciplina, a Epidemiologia Clínica, fruto da aplicação do instrumental da Epidemiologia tradicional - caracterizada pela sociologia, medicina e estatística, e voltada para a

saúde coletiva - aos processos de decisão clínica à beira do leito. Em outras palavras, seria a aplicação, em nível individual, de uma disciplina ou ciência embasada em saúde coletiva.

O processo da Medicina Baseada em Evidências se constitui na definição do problema; no levantamento das questões; na formulação correta das perguntas; na eficiente pesquisa da literatura; na seleção e avaliação dos trabalhos correspondentes, apreciados por critérios próprios, enquanto que seu produto é a utilização prática, em termos assistenciais, pedagógicos ou de produção científica. Nesse sentido, o processo de elaboração é o mesmo do Ensino-por-problemas, porém o campo de aplicação é o da prática clínica, envolvendo, portanto, decisões de conduta clínica para o paciente. O padrão clássico das decisões médicas se fundamenta na combinação de dados coletados sobre o paciente com os conhecimentos de fisiopatologia e terapêutica e com o próprio tirocínio. A Medicina Baseada em Evidências propõe que esta postura seja confirmada e embasada por fortes evidências externas, garimpadas nas fontes bibliográficas. Pretende ainda que a análise e a aplicação destas evidências suplantem aqueles modelos provisórios, sem recusá-los *a priori*: os critérios clínico-epidemiológicos e estatísticos passam a ser novos paradigmas, que podem aferir intuições, experiências clínicas não sistematizadas e raciocínios de causa e efeito, ainda que os próprios autores alertem que o método não é infalível, pois existem muitas áreas da medicina descobertas de verdadeiras evidências, chamadas pelos epidemiologistas “zonas cinzentas” (op. citados, 1998).

4.2.

A formação médica na UFRJ, dos anos 70 aos dias atuais

O curso médico de graduação da Faculdade de Medicina da UFRJ é caudatário de todo esse processo de mudanças descrito na literatura do campo da educação médica e da saúde pública, de forma que procurei identificar na fala de seus professores as iniciativas que a Faculdade de Medicina vem lançando mão no sentido de promover uma formação médica geral.

4.2.1.

A integração dos ciclos e de conteúdos disciplinares

A partir dos anos 70, começam a ser desenvolvidas diversas iniciativas de cunho interdepartamental, visando promover uma maior integração entre os ciclos básico e clínico, como também inserir o aluno de medicina de forma mais precoce em atividades de prática médica nos centros de saúde da rede pública do Rio de Janeiro, não só para diminuir os efeitos dessa separação entre os ciclos, como também favorecer uma formação de cunho mais geral.

Após a mudança para a cidade universitária da Ilha do Fundão, e por conseqüência da Reforma Universitária nesse período, o Instituto de Ciências Biomédicas e Faculdade de Medicina já estavam independentes e por isso a ligação entre os representantes de todos os departamentos que participavam do curso médico passou a ser feita através do Conselho de Curso. Na avaliação de Maia (2000), uma das poucas vezes que esse órgão teve funcionamento efetivo foi em 1972, quando, com a participação de todos esses departamentos, foram criados os blocos integrados, mais tarde aprovados no Conselho de Ensino de Graduação sob a denominação de Plano Curricular Interdepartamental¹⁵. Mas, ainda que se responsabilize a Reforma Universitária, através da criação do Instituto de Ciências Biomédicas, pelos problemas surgidos na divisão do curso médico em ciclos básico e clínico, essa divisão é bem mais antiga, conforme revela esse professor formado ainda na primeira metade do século XX.

“Em 1903, tínhamos as seguintes disciplinas do ciclo básico: Anatomia, Farmacologia, Fisiologia e Histologia. Possivelmente não existiam ainda a Bioquímica e a Biofísica. Já eu, me lembro de ter estudado Anatomia, Histologia, Farmacologia, Fisiologia, Parasitologia, Bioquímica e Biofísica. Sempre houve essa dicotomia entre o Básico e o Clínico, fato que se agravou porque hoje não há mais professores médicos nessa área, mas também por causa do enorme desenvolvimento científico. Mesmo quando era dado pela própria Faculdade de Medicina já havia pouca comunicação entre as duas áreas” (E 21, década de 30, titular).

¹⁵ Isso aconteceu em uma reunião considerada histórica, por ter sido a última realizada na sala da Congregação da Faculdade de Medicina da Praia Vermelha. Os blocos integrados foram aprovados após estudo realizado por um grupo de trabalho coordenado pelo professor Clementino Fraga Filho, com a participação dos Institutos de Ciências Biomédicas, de Biofísica, e o de Microbiologia da Faculdade de Medicina, de acordo com MAIA, G. D. Capítulo 4: Ciências básicas e currículos. In: GOMES, M. da M.; VARGAS, S. da S. M.; e VALLADARES, A. F. *A Faculdade de Medicina primaz do Rio de Janeiro: em dois dos cinco séculos de história do Brasil*. RJ: Atheneu, 2000.

Sobre a necessidade de integração entre os ciclos, o depoimento desse professor, que estudou num período próximo à mudança da escola da Praia Vermelha para a Ilha do Fundão, revela como essa divisão já era questionada: “O Lauro Solero dizia que devia haver uma integração maior da Faculdade com a clínica. Eles já achavam que havia uma separação” (E1, década de 70, assistente). E se a Reforma não é a causa do problema ela o agravou, já que o ciclo básico passou a ser ministrado por professores não médicos que têm nessas disciplinas sua atividade fim, ou seja, a pesquisa básica:

“Por exemplo, algumas matérias hoje em dia são dadas por ‘não médicos’ no ciclo básico. Acho isso horrível, embora elas sejam bem dadas, mas eu acho que por não serem dadas por médicos, os alunos têm um desinteresse muito grande porque eles não sabem o que fazer com aquilo” (E11, década de 60, adjunto).

Um professor do ciclo básico rebate essas críticas e procura destacar a importância dessas disciplinas na formação do médico:

“ ‘Para que eu preciso disso para tratar da dor de cabeça do seu João ou da dor de barriga da dona Maria?’ Essencialmente acaba sendo isso. Os nossos alunos entram para a faculdade loucos para pendurarem um estetoscópio no pescoço, palpar um fígado e dar uma de doutores. Todos os alunos! Ah! Mas como é que depois ele vai querer entender que a cardiopatia do Seu João decorre de uma deficiência de metabolização de catecolamina, ou o que seja, se ele não conhece as bases! E a grande vantagem dos alunos da nossa Faculdade Nacional de Medicina sempre foi o curso básico” (E 13, década de 50, adjunto).

Ele não admite que haja professores no ciclo básico que não consigam estabelecer nexos entre seus conteúdos e a prática clínica, ficando assim mais evidente a luta concorrencial no campo da educação médica entre os professores “não médicos” responsáveis pelo ciclo básico e os professores médicos do ciclo profissional, ou, dito de outra forma, entre teoria e prática. Para o mesmo professor, aqueles que criticam essa fase do ciclo básico são profissionais com uma formação de baixa qualidade do ponto de vista científico. Ele atribui isso também a um certo grau de arrogância, próprio da corporação médica, em relação a outras áreas de conhecimento.

“Existe um pouquinho de presunção entre os médicos, de que nós somos os maiores. Eu sou médico, eu conheço. E entre os alunos se constata a mesma coisa, os melhores, os que se dão melhor na área clínica foram os que tiveram melhor básico, tá? O resto, aquela turminha que no segundo ano vai fazer plantão de obstetrícia isso eu não sei se ainda existe, mas eu ficava tão zangado!” (E 13, década de 50, adjunto).

Como contraponto, apresentamos uma análise desse problema do ponto de vista de um professor do ciclo profissional.

“As queixas dos alunos em relação aos professores do básico continuam enormes! Não que sejam pessoas incapazes, ou que não saibam. São até ‘p-h-deuses’, sabem tudo, mas não são práticos porque, primeiro, grande parte deles não são médicos. Não que não sendo médicos não saibam. Sabem até mais profundamente, mas não sabem aplicar. Eles estão muito voltados para a pesquisa deles, e eles dão um jeito de puxar aquele negócio para o que eles estão fazendo, mas fica muito abstrato” (E 19, década de 60, adjunto).

Outro professor do ciclo básico procura me explicar como foram estabelecidas historicamente as disciplinas das ciências básicas da saúde. De acordo com seu depoimento, a divisão da área básica das escolas de medicina, e depois dos Institutos de Ciências Biomédicas, foi formatada no século XIX por Claude Bernard, que propunha que a ciência biológica ou biomédica era dividida em quatro pólos: morfológico; fisiológico; fármaco-terapêutico; e patológico. Com a Reforma Universitária de 68, isso se cristalizou, mas a ciência avançou, tomou outro rumo. Então, os muros das divisões das disciplinas das universidades foram subvertidos pela realidade científica, que nós não acompanhamos, e agora começamos a tomar consciência, sem que até hoje tenhamos também conseguido superar essa questão.

“As tentativas que se fazem esbarram sempre em problemas políticos, burocráticos. Então, o que acontece é que a Anatomia era a Anatomia de Claude Bernard; ela era pior porque nem admitia nada de Histologia, a Histologia era de outro departamento. Então, só se fazia dissecação, só se encarava a forma do ser vivo do ponto de vista macroscópico e eu achava aquilo morto. Ainda no que concerne à Anatomia é assim, porque não há muita coisa a revelar mais a respeito do corpo humano no nível macroscópico, no corpo humano inanimado. A não ser pequenas variantes, exceções e tal. Eu detestava porque Anatomia era aquele negócio de você dissecar. Só viam à frente essa possibilidade. Ocorre que a Morfologia estava borbulhando de novas técnicas, foi para a dimensão micro através da microscopia eletrônica, através da microscopia em geral, das técnicas de Biologia Celular. É importante para o médico?”

Claro. É importante para o cirurgião? Claro, mas ela não incorpora conhecimento mais. Nos países desenvolvidos, a anatomia básica é dada no segundo grau” (E 18, década de 70, titular).

Ainda que revelando as lutas concorrenciais no interior do próprio campo científico da área da saúde, por uma configuração disciplinar congelada, que já se encontra subvertida pelo desenvolvimento científico, esse depoimento não avança numa explicação ou justificativa para a histórica desconexão entre os ciclos básico e o clínico.

“Os dois primeiros anos eu quase larguei o Curso. Foi a primeira vez que as minhas notas baixaram. Eu não via nenhuma aplicação daquilo na medicina. Ficava estudando aqueles mecanismos, mas eu não percebia qual era a aplicação daquilo na clínica. Eu achei muito chato! Eu comecei a gostar do Curso quando eu comecei Semiologia. Aí eu decidi não abandonar o Curso. A fase da Clínica para mim foi a descoberta, o máximo!” (E7, década de 60, adjunto).

Como já explicitado, em função desses problemas foi criado o Programa Curricular Interdepartamental (PCI), com práticas pedagógicas que procuram promover a integração desses ciclos. Um professor do ciclo básico conta como começou esse processo de integração dos conteúdos, destacando a participação do NUTES no projeto, aproximando assim a área de educação com o ensino das profissões da área da saúde, no contexto da UFRJ.

“Nós estávamos montando o bloco de nefro e nós chegamos à conclusão que tínhamos que chamar o nefrologista para ver o que ele precisava que nós ensinássemos para que o aluno pudesse entender o que ele ia ensinar na clínica. Foi muito interessante porque no fim nós chegamos à conclusão que 90% das coisas que nós ensinávamos eram dispensáveis para ele” (E2, década de 40, adjunto).

O objetivo desse PCI é explicitar melhor para o aluno a aplicabilidade dos conceitos aprendidos durante o ciclo básico, na prática clínica. É sobre isso que nos fala de forma crítica um professor do ciclo profissional:

“Sabe, tubo gástrico, aparelho cardiovascular, aquela coisa de PCI que eles falam. Os alunos ficam meio perdidos. Deveria ter uma integração, mas não tem. Não há uma coisa anterior. Eu chegava lá, eu dava uma aula, mas eu não estava integrado, não. Ela dava aula de Embriologia, aí o embrião cresceu e o embrião vai nascer. Aí eu começava a falar do recém-nascido, da criança começando a crescer. (Era sobre) o

crescimento e o desenvolvimento até uma abordagem em que entrava um pouco ainda da criança bem nutrida, que se alimenta bem, que mamava no peito, a que se desnobre, mas a aula não permitia que o aluno fizesse uma conexão entre a ciência básica e a clínica. Os alunos adoravam, mas era uma coisa isolada. Não, porque às vezes vai alguém lá, chama um professor completamente sem saco, vai lá falar da patologia da célula tal, e ele está louco para ir embora, ele vai ali porque foi obrigado, continua do mesmo jeito” (E11, década de 60, adjunto).

Vemos, portanto, que não basta um ato de vontade para promover essa integração, pois é difícil operar com conceitos tão distantes um do outro, podendo resultar em tentativas de aproximação que soam artificiais, assim como também é difícil integrar setores do magistério que têm objetivos ou encaram a missão da universidade de forma tão diversa. Faltam ainda elementos ao nível da pesquisa educacional e da política universitária que permitam essa maior aproximação dos conteúdos disciplinares do ciclo básico com os do ciclo clínico. Mas, voltando à Praia Vermelha, como acontecia essa passagem do ciclo básico para o ciclo clínico? No depoimento do professor a seguir, vemos que a partir do terceiro ano quase não se ia mais à Escola da Praia Vermelha, ficando direto nos Hospitais, reforçando a idéia de que essa dicotomia é de fato anterior à Reforma.

“Quando você saía das cadeiras básicas eu me lembro que você ia pro hospital... Já existia essa divisão de disciplinas básicas separadas das disciplinas clínicas. Tinha, porque você fazia o curso ali todo na Praia Vermelha: Histologia, Biofísica, Bioquímica. Já era assim. E depois você chegava no terceiro ano e fazia só Farmacologia na Faculdade. Depois você ia para a Clínica: Santa Casa, o Moncorvo e o São Francisco. Mas também era já como foi no Fundão, ou seja, você já não ia mais na Faculdade de Medicina” (E1, década de 70, assistente).

Com exceção dos poucos que ingressaram no curso médico já com a intenção de se tornarem pesquisadores da área básica, os depoimentos recolhidos são unânimes em afirmar como era aguardado o início do ciclo clínico: “Isso, era uma coisa ansiosamente esperada. Você botava o estetoscópio no pescoço...” (E1, década de 70, assistente). Aqui, nesse depoimento, o ciclo básico é encarado apenas como uma etapa a ser cumprida, para se chegar ao real objetivo, o ciclo clínico, para finalmente, então, iniciar a prática da medicina:

“No terceiro ano médico, ficou clara a minha escolha pela medicina. A entrada na Santa Casa é um marco: a entrada no ciclo clínico. Enfim! A Medicina! Ver doente, enfim, a Medicina. Eu ia com o maior interesse; é

aquele momento em que você sente 'Que bom! Eu quero ser médica, mesmo. Eu escolhi certo, isso tem a ver comigo'. Eu nunca tive no básico, felizmente, maiores crises, não, mas evidentemente que eu percebia que eu tinha que gramar todo esse caminho para poder chegar na medicina" (E 17, década de 70, adjunto).

Outro PCI que procura romper com essa separação tão rígida entre os ciclos, inserindo o aluno na prática médica já no 3º. semestre, na rede básica de saúde do município do Rio de Janeiro, sob a orientação dos docentes da Faculdade¹⁶, é a disciplina de Atenção Integral à Saúde (AIS). Implantada em 1990, de caráter optativo, tornou-se obrigatória a partir do 2º. semestre de 1994. É diretamente subordinada à direção da Faculdade de Medicina, e dela fazem parte os principais departamentos envolvidos no ensino de graduação com conteúdos introdutórios de Psicologia Médica, Medicina Preventiva, Medicina Legal, Pediatria e Clínica Médica. Daí que, a inclusão da disciplina AIS no currículo do Curso de Medicina da UFRJ, a partir de 1992, representa, sobretudo, a intenção de formar profissionais, a partir dos novos parâmetros que pedem uma formação médica de base mais ampla e de caráter geral.

Como estratégias metodológicas, são adotadas aulas expositivas, seminários, estudos dirigidos, grupos de reflexão, enquanto as atividades práticas constam do acompanhamento pelos alunos das etapas de atendimento dos pacientes que freqüentam os Centros Municipais de Saúde. Siqueira (1998) comenta que inicialmente oferecida como disciplina eletiva, foi desenvolvida com sucesso: os alunos gostavam, se interessavam, participavam e eram bastante motivados. Porém, à medida que a disciplina se torna obrigatória surgem problemas de aceitação por parte dos alunos, dos docentes dos diversos departamentos envolvidos no processo, e dos profissionais da rede básica de saúde onde acontece a disciplina. Foram identificados problemas no que diz respeito à integração da teoria com a prática; aos conteúdos programáticos; à articulação com os profissionais dos Centros Municipais de Saúde; à forma de estruturação da disciplina que não tem, na prática, a abrangência que se propõe, embora seja

¹⁶ Além dos docentes, também estão envolvidos nessas atividades docentes e assistenciais os profissionais desses postos de Saúde que, no caso específico do Posto de Saúde Marcolino Candau, parte deles, são também profissionais do quadro técnico de saúde da própria UFRJ, para lá transferidos por ocasião da extinção da Unidade de Cuidados Básicos Ernani Braga, da Vila do João, no complexo da Maré.

reconhecida a importância dessa proposta de ensino nas avaliações discentes desenvolvidas por seus coordenadores.

Ainda são muito precárias as condições oferecidas pela Faculdade de Medicina, seja do ponto de vista dos recursos materiais disponíveis ou do efetivo engajamento da equipe docente no projeto pedagógico durante as etapas de planejamento e avaliação, tornando essa proposta educacional frágil e com numerosos aspectos contraditórios quanto aos seus reais objetivos pretendidos. O espaço disponível para a disciplina dentro do currículo médico permanece secundário e o aluno percebe isso: ele não se identifica profissionalmente atuando nesse modelo de atendimento e com essa precariedade de recursos que a disciplina parece fazer mais evidente, conforme explica Siqueira (1998). Precariedade de recursos da disciplina no caso significa, além da própria falta de recursos de natureza educativa, a precariedade de condições de trabalho na rede pública de saúde, da qual o aluno não deseja participar por considerar que ela não contém os elementos necessários de aprendizado para seu futuro desempenho profissional no mercado de trabalho. Diante desse impasse o professor analisa:

“A gente vê isso quando você coloca o médico na Atenção Primária e ele acha um horror. A gente não consegue, apesar de já ter uma passagem pelos postos de saúde, de ter uma disciplina de atendimento primário à saúde no início do Curso e os alunos amam e tal, mas ao longo do Curso os alunos vão se comprometendo muito mais com a medicina terciária do que com a primária. Acho que é por causa do currículo, mesmo. É de responsabilidade da Escola. Porque avançou, mas ainda falta muito” (E 7, década de 70, adjunto).

4.2.2.

A relação entre o médico e o paciente na formação médica

Conversando com os professores sobre sua formação médica e a atual foi possível constatar, pela recorrência com que o problema foi citado espontaneamente, ser essa uma das preocupações centrais dos que se dedicam a formar médicos. A narrativa desse professor expressa como pode ser dramática e solitária a experiência do aluno em lidar com as questões de doença e morte:

“Eu acho que o estudante sai das cadeiras básicas e quando ele entra para formação em contato com a clínica médica aquilo é uma coisa que ...

Aquela ansiedade de já ser médico e não tem um preparo para lidar com a doença, para lidar com a morte. Ele é jogado, ele vai ter contato com a morte, como eu tive, também, sem que haja alguém que faça essa passagem. E eu acho que isso é uma coisa séria, pois leva a muita insegurança. O estudante de medicina quando entra é o contato com o cadáver, com a morte, é a transição: você deixa de ser o estudante do científico, do colégio, da brincadeira. ” (E 1, década de 70, assistente).

Nesse outro episódio relatado, o conflito ocorrido entre docentes guarda relação com a discussão sobre o próprio conceito de morte, que, como se deduz, também é historicamente constituído:

“Eu me lembro da primeira parada cardíaco-respiratória que eu vi. E eu me lembro porque esse episódio me marcou muito, pois era uma mulher jovem de vinte e poucos anos com lúpus sistêmico e ela fez uma parada cardíaco-respiratória. Esse é um episódio, inclusive, que eu conto para os meus alunos: metade dos instrutores correu e metade não correu. E aí pela primeira vez eu vi a discussão de que, para alguns, a paciente tinha morrido e para outros ela tinha apenas parado. E então essas coisas todas me marcam muito” (E 17, década de 70, adjunto).

Somem-se a isso, as modificações ocorridas no processo de trabalho médico, a partir da mudança das antigas clínicas da Santa Casa de Misericórdia, do Moncorvo Filho e do Hospital São Francisco de Assis para o Hospital Universitário da Ilha do Fundão, que sem dúvida significou uma mudança físico-espacial tão profunda que contribuiu também para re-configurar esse relacionamento entre médico e paciente. É o que vemos no depoimento, a seguir, em que o professor credita essa mudança à diferença do *ethos* institucional representado pelas antigas clínicas e o novo projeto de instituição de ensino em saúde, traduzido no Hospital.

“Um dos dramas do Hospital Universitário é que ele não conseguiu absorver o carisma do Moncorvo, do São Francisco e da Santa Casa. E a Santa Casa não perdeu o carisma dela” (E 6, década de 60, titular).

Ou seja, numa instituição em que não há um aporte de recursos financeiros traduzidos em maior utilização de recursos tecnológicos, há uma tendência maior à valorização dos aspectos subjetivos; um relacionamento entre médico e paciente sem tanta intermediação tecnológica, havendo mais espaço para as discussões que remetem à valorização da individualidade do paciente num contexto de atendimento que tende cada vez mais a despersonalizá-lo e remetê-lo ao

anonimato. Todavia, a próxima narrativa revela que a questão da redução do paciente a um objeto de ensino, de prática ou pesquisa médica é muito antiga, não devendo ser entendida apenas como resultante da mudança das antigas Clínicas para o atual Hospital:

“Eu me lembro que nós íamos para a beira do leito e o catedrático tinha, sei lá, uns seis ou oito assistentes que também trabalhavam ali, de fato. Os alunos iam para a beira do leito e começavam a conversar com a dona Maria - uns melhores outros piores. Nós já tivemos um visitante estrangeiro que foi apresentado a um paciente - um caso interessante qualquer -, depois quando ele saiu, ele se virou para quem apresentava o doente ‘Vocês sempre tratam os pacientes como coisas?’ E nós tínhamos assim uma idéia de que nós tratávamos do paciente muito bem! ” (E 13, década de 50, adjunto).

Na realização dessa pesquisa, um dos fatos que mais me chamou a atenção foi a presença constante do professor Danilo Perestrello na narrativa dos professores que estudaram na Santa Casa de Misericórdia, principalmente quando queriam historicamente identificar na sua formação médica escolar o pioneiro na iniciativa de discussão sobre a relação constituída entre o médico e o paciente, deslocando dessa forma o eixo “médico-doença” para o do “médico e o seu doente”, melhor dizendo, a “medicina da pessoa”. E qual foi a centralidade da atuação do professor Danilo Perestrello no nascimento dessa disciplina na UFRJ?

“Ele foi pioneiro no Brasil. Em 58, ele chega à Santa Casa e nas palavras dele, ele recebe o abrigo do serviço do professor Clementino Fraga (Filho). Eu senti a presença dele mais significativa nos Clínicos da 22^a enfermaria. Pela presença, sobretudo, da professora Clotilde. Eu acho que também da professora Maria Lúcia que tinha aquele grupo mais de doenças auto-imunes. Eu me lembro muito bem das aulas no anfiteatro da 4^a. enfermaria do professor Danilo Perestrello e do professor Abram Eksterman, que era o braço direito dele. Ele voltou para a Santa Casa depois que se aposentou no Fundão. Quem não foi para o Fundão foi o Perestrello porque teve um acidente vascular cerebral” (E 17, década de 70, adjunto).

Mas havia muita desconfiança também quanto à eficácia desse tipo de enfoque no tratamento e na recuperação do paciente.

“Na enfermaria do Fraga tinha um grupo na 20^a enfermaria que tinha umas reuniões com o professor Perestrello do grupo de Psicossomática que eram ridicularizadas por todo mundo, como não tendo nada a ver, entendeu? ” (E 7, década de 70, adjunto).

Esse outro explica um pouco do pensamento do professor e confirma algumas das opiniões contrárias prevalentes na época:

“Aí remontamos ao velho Danilo Perestrello que dizia: ‘Você não está cuidando de um fígado, de um baço, coisa anacrônica! Você vai cuidar de uma pessoa!’ Ele era assim até debochado por alguns. Diziam: ‘É o terreiro, fica fazendo espiritismo lá em cima!’ Debochavam!” (E 19, década de 60, adjunto).

Em função dos depoimentos obtidos, entendo, portanto, que no final da década de 50, a Faculdade de Medicina da UFRJ esteve na vanguarda do ensino médico quando, de forma pioneira, começou a discutir a relação – ou as dificuldades de relação entre o médico e o paciente (“relação médico-paciente”, como costumamos dizer no campo médico). Década de 50 que coincide com o campo internacionalmente a partir de Michael Balint na Inglaterra. Era um médico psicanalista húngaro que publicou em 1957 o primeiro trabalho “O médico, seu paciente e a doença”, publicado em português, na década de 70. Balint começou no início da década de 50 numa clínica em Londres pela primeira vez por uma demanda dos clínicos gerais, que não sabiam o que fazer com tantos pacientes ditos “funcionais”. O interessante, no depoimento desse professor, é a ligação existente nos seus primórdios entre a criação desse campo de conhecimento com o da prática da medicina generalista, pois o trabalho de Balint foi uma resposta a uma demanda social, que veio dos clínicos gerais, porque os pacientes ditos funcionais na época eram muito numerosos no ambulatório de clínica médica, e os médicos reconheciam que a formação médica não dava recursos para que eles lidassem com esses pacientes.

“Na época, o próprio sistema inglês prestava uma espécie de suporte à ‘relação médico-paciente’, porque parece que até hoje é assim, um clínico geral que lá chama - se *General Practician*, o famoso ‘GP’; ele é central no encaminhamento do paciente para o especialista, quer dizer, é porta de entrada do sistema e permanece como tal. Esse ‘GP’ atendia não só o paciente como sua família. Porque você vê no livro do Balint que os pacientes, inclusive, não raro, duravam anos, quer dizer, não é um paciente que você vê uma vez só. Então é uma relação da qual você tem que dar conta, e da qual você tem que pensar sobre ela, e tem que de alguma maneira prestar uma assistência a esse paciente, incluindo essa dimensão de eficácia simbólica, enfim” (E 17, década de 70, adjunto).

E como a disciplina está inserida hoje no currículo médico? A Psicologia Médica é disciplina obrigatória dada sempre no terceiro ano, no início do ciclo clínico, e a preocupação com a “relação médico-paciente” vai se configurar em seu objeto central, e ela tem como tradição no Brasil e marcadamente na UFRJ a perspectiva teórica da psicanálise, com a contribuição das ciências humanas e sociais.

“Você pode até expandir em termos de ‘profissional de saúde-paciente’, mas enquanto disciplina, ela está centrada na ‘relação médico-paciente’ porque é uma disciplina oferecida ao curso médico. Seria para o aluno compreender esse processo, essa relação do médico com o paciente e para ele poder lidar, discutir, enfim, refletir sobre ela” (E 17, década de 70, adjunto).

Mas por que essa disciplina se chama então ainda hoje de Psicologia Médica?

“Ela só permanece com esse referencial teórico hegemônico, tá? Ao longo desses vinte e dois anos, sobretudo na década de 90, e isso tem a ver com a minha pesquisa de doutorado, eu tive uma compreensão maior de que o fenômeno da ‘relação médico-paciente’ sofre determinações sócio-culturais, econômicas e, portanto, esse nome inclusive não é nem mais feliz. Eu daria o nome: ‘Relação Médico - paciente’. Ponto final. Porque existe, só para você ter idéia da confusão, Psicologia Social, Psicologia Hospitalar, Antropologia Médica, Psicologia Médica, Sociologia médica. Então, para não privilegiar nenhum referencial, porque tanto a sociologia como a antropologia, a psicanálise, a psicologia, em senso mais amplo, podem contribuir para o campo da ‘relação médico-paciente’, eu nomearia a disciplina apenas pelo fenômeno” (E 17, década de 70, adjunto).

Dentre as questões que a medicina na atualidade nos impõe uma reflexão, e que são objeto de aprofundamento nessa disciplina, está a inquietação de que, cada vez mais, no contexto de um poderoso aporte de tecnologia que a medicina hoje está inserida, os vínculos do médico com o paciente tendem a se tornar cada vez mais tênues e a reduzir o paciente a um sujeito desprovido de vontade própria e sem autonomia de decisão no processo. Na narrativa seguinte, verificamos como o currículo pode estar contribuindo para o problema, uma vez que a prática hoje está sendo entendida como a oportunidade de o aluno ver no paciente apenas o “exemplo” de uma determinada patologia:

“No currículo médico, o aluno só tem a experiência de assumir o paciente, no sexto, no sétimo período, e numa boa parte do Internato. O resto ele é... Espectador, né? Ele tem contato com o paciente como sendo o exemplo de uma patologia! É o chamado ‘turismo nosológico’! Ele vê paciente, mas ele não tem a experiência de ser um dos médicos daquele paciente, mesmo que como até o elemento mais frágil hierarquicamente, mais inferior da equipe médica. Durante todo o meu treinamento em clínica médica eu tive essa experiência de assumir, e depois no Internato, também, embora fosse um internato em especialidade” (E 17, década de 70, adjunto).

O professor faz ainda um paralelo com os anos 70 e aponta a razão para as diferenças encontradas.

“Para te citar mais um exemplo que acontece hoje e que não acontecia na nossa época. Imagina você como ‘terceiro-anista’, para eu usar uma terminologia da nossa época, você ter que na sua enfermaria rodar de leito de quinze em quinze dias, para não parar muito no leito e por isso ter a experiência de ver um número maior de patologias. Isso hoje é uma prática. Não homogênea em todas as enfermarias, mas é uma prática. Então, por que isso não existia? Porque a experiência de assumir um paciente seria um valor maior. Isso é uma questão de hierarquia de valor!” (E 17, década de 70, adjunto).

A explicação mais profunda estaria na tensão existente e incontornável entre o conhecimento da doença e o conhecimento do doente.

“Então, o médico sempre teve como objeto, a doença desde o nascimento da medicina moderna, se você quiser usar o Foucault como referência. Desde o século XIX, toda a racionalidade anatomoclínica, que deu toda essa possibilidade de desenvolvimento da medicina moderna é voltada para o conhecimento da doença! E tem de ser, o médico tem que conhecer todas as doenças, evidentemente, mas sempre houve essa tensão entre o conhecimento da doença e o conhecimento do doente. Há uma tensão, isto é inerente à prática médica! Daí o difícil papel da Psicologia Médica” (E 17, década de 70, adjunto).

Nesse outro depoimento, o que se destaca é a impessoalidade e o descompromisso do médico com o paciente.

“O que era um médico? Era uma pessoa que ajudava você, aconselhava, curava, ou consolava, ou ajudava a morrer; era uma pessoa que você tinha muita confiança, que vinha para fazer alguma coisa de positivo para você, ou ajudar a suportar a morte de um parente seu, mas que participava mais! Hoje em dia o médico não participa, ele perdeu o compromisso com o ser humano! E outra coisa: eu acho que atualmente os médicos ficam acusando as doenças de serem gravíssimas para que eles

não sejam culpados da morte do doente. Entendeu? Não é assim, as coisas não são assim! E eles não saem mais um pouco de dentro de si, eles não dão... As pessoas estão ficando muito impermeáveis, então, isso é muito ruim” (E 19, década de 60, adjunto).

Mais uma vez constatamos como as práticas pedagógicas reproduzem esse modo de fazer a medicina, que por sua vez tende a se distanciar do paciente.

“Imagine se um doente do meu grupo não sabia quem era o médico dele! Ou não sabia o meu nome, isso nem se cogitava. Não passava pela cabeça de ninguém que o médico não fosse conhecido do seu doente, coisa que eu vejo hoje. Porque a vida é outra, eu compreendo as razões todas, muito embora preferisse ser tratada por aquele médico mais antigo lá de trás. Eu acho que todo o mundo preferia que o seu pai, sua mãe, ou seu filho fossem tratados por um médico que pelo menos procura conhecer o doente, não é? ” (E 19, década de 60, adjunto).

No entanto, o professor observa que só a experiência clínica dá ao médico uma compreensão mais profunda da centralidade que o tema tem, ou seja, algum tempo depois dele concluir a graduação, razão pela qual é difícil o papel da disciplina de Clínica Médica no contexto de outros aspectos muito mais sedutores que a formação médica oferece ao aluno.

“Desde a nossa época a Psicologia Médica era uma área de menor valor e continua sendo, não mudou. E eu vou lhe dizer que eu acho que só a experiência clínica é que mostra a importância da ‘relação médico-paciente’. É *a posteriori*. Agora, desde a década de 70 a Psicologia Médica sempre foi menos valorizada no conjunto de disciplinas e, portanto, no conjunto da formação médica. Pelos professores, pelos alunos, pelos colegas, por todos. Por quem dá Psicologia Médica, por quem não dá, pela Direção, por todo mundo! Isso é um consenso! ” (E 17, década de 70, adjunto).

Para Elias (2001), hoje a medicina contraditoriamente faz pelo doente como nunca pôde fazer em outras épocas, nunca esteve tão próxima da vida das pessoas e, no entanto, nunca foi tão solitário envelhecer e morrer. Essa é, portanto, uma discussão que é de uma abrangência muito maior, e que exige um campo de estudo multidisciplinar de grande amplitude, que vai muito além do curso médico, devendo os professores exercer maior vigilância pra que as práticas pedagógicas não reproduzam esse modo de agir tão danoso à condição humana. Para expandir essa compreensão dos valores morais e éticos envolvidos na questão é necessário um aporte e um diálogo muito maior das ciências humanas e sociais com as

ciências biológicas, tanto para a formação do professor como para a formação médica, pois, como já se disse, esse é um assunto demasiado sério para ficar sendo discutido apenas entre médicos.

4.3.

Currículo de graduação ontem e hoje: aproximações e diferenças

“Os tradicionalistas acham que os de antes eram melhores; os modernistas acham que não, os de hoje são melhores, pois quando ele se forma ele já está muito mais capaz de resolver problemas, muito mais adestrados, que antigamente. Eu acho que não, para cada época eles são bons do mesmo jeito” (E 3, década de 60, adjunto).

No início do século XIX, a medicina ainda era agrupada em grandes blocos de conhecimento como a Medicina, a Cirurgia e a Obstetrícia¹⁷. Em 1925¹⁸, a Faculdade dispunha das seguintes cadeiras: 1ª. Cadeira de Clínica Médica; 2ª. Cadeira de Clínica Médica¹⁹; 3ª. Cadeira de Clínica Médica; 4ª. Cadeira de Clínica Médica; Higiene; Clínica Dermatológica e Siligráfica; Clínica Neurológica; Clínica Médica Propedêutica, e na recém-inaugurada Medicina Tropical. Em 1931²⁰, as matérias já estavam dispostas de forma a se diferenciar o ciclo básico do profissional, já como indício da influência exercida pelas recomendações do pedagogo Abraham Flexner (Gomes e Halfoun, 2000). Na segunda metade da década de 50²¹, embora o ensino de Clínica Médica ainda ocupasse um espaço privilegiado durante o ciclo profissional, a organização dos conteúdos era seqüencial, passando sobre as diversas especialidades médicas a cargo de professores assistentes e auxiliares de ensino, alguns já diferenciados nas diversas áreas de conhecimento. Segundo Mota e Halfoun, essa fase representa uma transição do ensino da Clínica Médica para o ensino de especialidades médicas.

¹⁷ Na fase da Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica.

¹⁸ Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro.

¹⁹ A Clínica Médica se dividia horizontalmente em Propedêutica, Clínica Médica propriamente dita e Terapêutica.

²⁰ Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro.

²¹ Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil.

Após a Reforma Universitária²², o então criado departamento de Clínica Médica passa a ser composto por 12 disciplinas: Angiologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Imunologia, Nefrologia, Neurologia, Nutrologia e Diabetologia, Pneumologia e Tisiologia, e Reumatologia. Ressalto que nesse momento é criado, também, o departamento de Medicina Preventiva e Social, cujo antecedente histórico seria a cadeira de Higiene e História da Medicina, que remonta ao século XIX (op. citadas, 2000). Então, é a partir daí, no período compreendido entre a Reforma Universitária e os dias atuais, ou dito de uma outra forma, da mudança da Praia Vermelha para a Ilha do Fundão, que procurei na narrativa dos professores verificar os efeitos da mudança na formação médica. Assim, destaquei a seguir os aspectos que foram considerados marcantes ou que fazem a diferença entre a formação daquela época e a de hoje:

1). O currículo como um todo é considerado hoje mais integrado comparativamente ao dos anos 70, já que nessa fase o curso médico teria atingido o auge da fragmentação de seus conteúdos:

“O atual currículo é melhor que o do meu tempo, porque é mais integrado, embora devesse ser e é projetado para ser muito mais. Mas já é na prática mais integrado do que era. Na minha época efetivamente as cadeiras eram totalmente autônomas e independentes nas suas programações e nas suas execuções. Não quer dizer que fossem ruins, não. Eram boas, mas eram autônomas” (E 3, década de 60, adjunto).

Na sua avaliação, a razão dessa maior integração está na implantação dos programas interdepartamentais, ainda que reconheça que seus resultados são ainda muito modestos em relação à proposta.

“No currículo atual há muito mais proposta e objetivo de integração, que é o Programa Curricular Interdepartamental, o famoso PCI, embora na prática às vezes não seja muito bem executado. Ele é bem elaborado e não muito bem executado. O próprio básico, dentro da proposta atual, deveria estar muito mais integrado com o profissional e a programação prevê isso com a participação de professores do ciclo clínico nas disciplinas básicas e até uma parte que seria um pré-clínico, seria uma transição. Há dificuldades de operacionalizar isso, mas é previsto.

²² Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Notas de 17 a 22: GOMES, M. da M.; HALFOUN, V. L. R. C. cap. 5: Ciências clínicas e populacionais. In: GOMES, M. da M.; VARGAS, S. da S. M.; VALLADARES, A. F. *A Faculdade de Medicina primaz do Rio de Janeiro: em dois dos cinco séculos de História do Brasil*. RJ: Atheneu, 2000.

Antigamente não era previsto nada disso. Bioquímica era Bioquímica, Histologia era Histologia e cada um por si. No final, dava um bom resultado porque os professores eram bons e os alunos também. O que existia era o médico que tinha que ser formado” (E 3, década de 60, adjunto).

2). Internato mais abrangente - outro aspecto destacado na formação atual refere-se à obrigatoriedade da realização do Internato que, se nos seus primórdios foi voluntário, na década de 70, já tinha se tornado obrigatório, porém realizado inteiramente em alguma especialidade escolhida pelo aluno. Como a partir da década de 80²³ o objetivo da formação médica passa a ser a formação do médico geral, muda também o internato em especialidades (dois semestres), para a passagem obrigatória de três semestres pelas quatro grandes áreas médicas (três a quatro semestres). Para os professores entrevistados, isso é considerado um marco importante para a formação geral do médico. Como vê isso um professor que se formou na década de 40?

“Há uma coisa que eu acho importante: o internato com a passagem obrigatória pelas quatro áreas referenciais, porque antigamente nós nos formávamos médicos sem ter sido nunca obrigados a uma frequência hospitalar. Você era obrigado apenas a ir às aulas. E algumas aulas de determinadas especialidades não tinham nem prova. Eram chamadas de cadeiras de frequência. Não havia obrigatoriedade de você permanecer numa enfermaria durante horas. O que havia, é que a maioria de nós procurava espontaneamente ser o interno voluntário. Hoje há a obrigatoriedade de se passar cerca de dois anos, num regime intensivo de permanência dentro do serviço, acompanhando essas áreas, o que permite realmente a formação de um generalista” (E 2, década de 40, adjunto).

Tanto o professor do depoimento anterior, que viu a mudança do internato voluntário para o internato nas grandes áreas, como o professor do próximo depoimento, que passou do internato já obrigatório, porém em especialidades para o internato nas grandes áreas consideram que isso favoreceu a formação de cunho generalista. Este professor destaca ainda a inserção da

²³ Na gestão do professor Rodolfo Paulo Rocco (1986-1989) – foi aprovado em Congregação novo calendário escolar, ampliado para 22 semanas por semestre letivo, que viabilizou a existência de dois turnos livres de 4 horas, para cada aluno, permitindo a frequência nas 24 disciplinas de escolha condicionada, também criadas nessa fase. Já o internato rotatório foi implantado nas quatro grandes áreas: Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Gineco-obstetria, com duração de 18 meses. VARGAS, S. da S. M; VALLADARES, A. F.; e GOMES, M. da M. Capítulo 1: Direções e aspectos político-administrativos. In: *A Faculdade de Medicina primaz do Rio de Janeiro: em dois dos cinco séculos de história do Brasil*. RJ: Atheneu, 2000.

disciplina Atenção Integral em Saúde como importante para essa concepção de formação médica:

“A gente viveu essa mudança do internato em especialidades para o internato em grandes áreas. Vivi também como professor a adição ao currículo da Atenção Primária que foi um ganho importante em termos de mudança da formação médica. Eu acho que um médico hoje se forma mais generalista do que se formava na nossa época” (E 17, década de 70, Adjunto).

3). Aumento quantitativo e qualitativo das atividades de prática médica - além do internato, correspondente aos 18 a 24 meses finais do curso médico que são passados integralmente em atividades de prática médica, é destacado que houve grande reforço do ensino prático das clínicas nos ambulatórios desde o 7º período, além da implantação da disciplina Atenção Integral à Saúde em centros de saúde, que introduz precocemente o aluno nos cuidados primários de saúde, conforme comenta esse professor:

“Eu não tive nem uma vez ambulatório, eu nunca tive durante o Curso. Era só enfermaria. Hoje, não, os alunos entram desde o segundo período na atenção primária, no ambulatório. No sétimo período eles já têm ambulatório também e no internato rotatório de clínica médica, eles têm seis turnos de ambulatório, enquanto no internato eletivo de clínica eles têm quatro turnos de ambulatório” (E 7, década de 70, adjunto).

Hoje, há também uma necessidade menor de buscar treinamento fora da Instituição para uma melhor formação profissional. Por exemplo, o Hospital Universitário hoje tem Centro de Tratamento Intensivo, o que significa mais oportunidade de uma prática diversificada e dessa vez de alta complexidade, como nos diz esse professor:

“Hoje o currículo deles é melhor que o nosso, é mais integrado. Integra mais a área básica com a área de medicina, com a área do paciente. Hoje, eu sairia mais bem preparado do que eu saí. Em quantidade e em qualidade. Como a Faculdade era muito salpicada, a gente fazia treinamento fora para compensar o que não tinha aqui. Exemplo: eu dei dois anos de CTI no Hospital Miguel Couto porque não tinha CTI no hospital da Faculdade. Hoje tem” (E 15, década de 70, adjunto).

Ele narra a sua experiência difícil de ter aprendido sem o acompanhamento de professores em hospitais da rede pública, pois não havia, em sua época, pronto-

socorro no hospital da Faculdade:

“Eu peguei dois anos no Miguel Couto porque não tinha emergência na Faculdade, então era muito melhor se pudesse fazer tudo com professor, pois muita coisa que eu aprendi no Miguel Couto foi por ‘osmose’ porque não tinha ninguém para me ensinar. A gente ficava perdida e se a universidade pode me dar isso, por que eu vou procurar fora se eu vou poder ter com professor aqui?” (E 15, década de 70, adjunto).

Hoje, o aluno precisa, muito menos que em outras épocas, buscar outras instituições do Mundo do Trabalho para adquirir experiência clínica, assim como as experiências práticas de atenção primária nos postos de saúde e o internato rotatório obrigatório, no conjunto, possibilitam uma formação mais generalista que na sua época de formação.

“Hoje se ele ficar só na universidade, talvez não precise tanto. Talvez a emergência precise. Mas ele tem a chance do CTI, que é ótimo; da Unidade Coronariana, que é ótima; o berçário da Maternidade Escola, que é ótimo. Sem dúvida melhorou muito! Eu não posso dizer porque eu não estou mais na área básica, mas eu me lembro que demorou três anos para eu ver um doente. Antes era tudo salpicado. Histologia só; Anatomia só; Biofísica só; Bioquímica só. Agora não, ele tem aquelas coisas mais integradas, eu vejo a anatomia de um doente, depois vem a Histologia, depois vem a Biofísica. Hoje é muito mais avançado e até tirar o aluno e colocar, p. ex., em postos de saúde, a gente não tinha isso. Esse internato rotatório, o médico sai mais generalista do que saía na minha época” (E 15, década de 70, adjunto).

Esse professor que se formou na década de 50 comenta que nessa época havia muita prática, mas nas chamadas grandes disciplinas, como as de clínica médica e a de doenças infecciosas, ao passo que as especialidades tinham uma importância menor e sequer havia prática ao passar por essas cadeiras. Com o Hospital Universitário teria ocorrido uma inversão quanto ao prestígio das especialidades em relação à Clínica Médica.

“Era muito ensino em sala de aula que hoje é tão criticado. A gente tinha muita prática, mas tinha muito ensino em sala de aula. Em Clínica Médica tínhamos que passar nas enfermarias, mas nas outras disciplinas, não. Na verdade, essas disciplinas as menores (as especialidades) - menores entre aspas, né? - elas eram muito pouco importantes, nem a gente dava muita importância, nem os professores, a gente passava porque tinha que passar. Então, eu acho que essas podem ter melhorado com a passagem para o HU, mas as grandes disciplinas - de clínica (médica) e de doenças

infecciosas -, essas não melhoraram nada na formação do jovem médico” (E 14, década de 50, titular).

Outro professor formado na década de 30 confirma o desenvolvimento das especialidades e o aumento das atividades práticas em serviços médicos, nos dias atuais. “Hoje na fase clínica há muito mais prática que antigamente. Certas especialidades na minha época estavam muito mal desenvolvidas, coisa que com o tempo melhorou bastante” (E 21, década de 30, titular).

4). Um compromisso social maior com a saúde da população - uma grande mudança havida da década de 70 para cá, na avaliação dos professores, refere-se ao perfil dos pacientes internados, porque anteriormente predominavam aqueles que possuíam patologias raras de interesse científico, em detrimento das que predominam no cotidiano da prática médica.

“Só fui seduzido pela clínica quando eu entrei para o Pronto-socorro. Na Faculdade, aquela coisa da Santa Casa, eu detestava. Porque aqueles carcinomas, aquelas coisas chatas de Hospital Universitário, eu acho horrível até hoje. Aí eu entrei no Pronto-socorro, no (Hospital Municipal) Rocha Maia e tudo que eu detestava na Faculdade eu comecei a adorar porque eu então aprendi medicina de verdade! Suturar, edema agudo de pulmão, enfartado, e ao invés daquelas teorias da Faculdade eu comecei a praticar” (E 11, década de 60, adjunto).

Os depoimentos seguintes confirmam que até a década de 70 havia o predomínio dessas doenças raras, já que ainda predominava a visão de que em um hospital de ensino deveria se receber preferencialmente os pacientes portadores de patologias que os professores tinham interesse em aprofundar seus conhecimentos.

“A última matéria que eu fiz no curso foi pediatria e quando eu vi: ‘Poxa, pediatria é uma clínica e é só da criança! E as crianças tomam medicação para pneumonia e melhoram e vão embora de alta!’ E eu passava lá no Hospital Universitário de adulto e aquelas pessoas não tinham alta. Lúpus, ficavam um ano e meio, dois anos internados... Só tinha doenças raras, só treco! A maioria dos professores adorava e eu detestava, então eu ficava quieto. Na prática, a gente ficava de braços cruzados com aqueles doentes graves. Eu tinha um doente que era um senhor com melanoma que já estava internado há dois anos e era uma coisa superchata. Porque todo o dia era a mesma coisa: ‘Como vai o senhor, vai bem?’ Sabe, é uma coisa que eu não aprendia nada! Eu sabia que eu ia para Minas e via lá o meu pai que tinha doente com pneumonia e outras coisas, que tomava

antibióticos, então era outro tipo de medicina. Eu sabia que não era aquilo” (E 11, década de 60, adjunto).

De forma que anteriormente já havia muita prática, sim, principalmente na Clínica Médica, porém havia também esse predomínio de doenças raras, como confirma esse professor:

“E foi muito marcante para mim, pois eu tive um paciente raro, que era um rapaz adolescente que veio do Espírito Santo que tinha porfiria, aí lembrei claro do professor Lacaz. Eu tinha um colega de turma que dizia que nós estávamos sendo formados para encontrar o segundo caso raro e não para tratar diarreias. Porque realmente o que nós vimos de lúpus eritematoso sistêmico, porfiria, casos muito complexos, né, raros!” (E 17, década de 70, adjunto).

Essa diferença hoje é marcante e sabemos que isso aconteceu não por acaso, mas por conta dos convênios estabelecidos entre os Ministérios da Educação e o da Previdência Social, que previam que os Hospitais Universitários deveriam se dedicar a atender mais às doenças prevalentes na nossa população.

“Hoje o ensino de graduação já não pode mais ser tão dissociado da realidade como a gente via tempos atrás. Não que ele fosse dissociado da realidade, mas que não se voltava para a questão prática, ou para essa questão social, porque eram doenças raras e as próprias pessoas da Faculdade eram de elite. Tanto os professores como os alunos” (E 12, década de 70, adjunto).

5). A introdução de práticas pedagógicas “inovadoras”. No relato desse professor temos uma análise de como o ensino se modificou e incorporou as práticas pedagógicas que se consideram inovadoras nos dias atuais.

“Nos anos 70 era um ensino ainda muito tradicional. O ensino de clínica médica era um ensino de beira de leito muito bom. Tinha-se aula ali com bons instrutores que era um grupo mais jovem, mas ainda era um estudo da medicina muito tradicional, com aulas magistrais, com algumas sessões clínicas ainda naquele estilo mais pomposo, mais clássico, aquele esquema antigo da escola francesa, pois aqueles professores todos foram formados por ela” (E 12, década de 70, adjunto).

De acordo com essa mesma narrativa as transformações verificadas no ensino clínico guardam estreita relação com a implantação do Hospital Universitário e nesse sentido denotam que houve também uma luta concorrencial

no campo da prática médica entre a antiga escola francesa e a emergente escola americana:

“Acho que a transição mesmo só foi ocorrer já quase nos anos 80, mas ficaram ainda no meio do caminho. O ensino da Clínica Médica quando começou no HU veio com muita modernidade, mas que não se concretizou muito. Ainda havia muita questão política forte, de alguns professores conseguirem as coisas à base do empenho político” (E 12, década de 70, adjunto).

Ele nos revela que já vinha dessa década a proposta do Ensino-por-problemas, vinculada a uma mudança no campo da prática médica que o projeto do Hospital Universitário propiciou a partir de sua diferente forma de organização do trabalho médico em relação ao das antigas Clínicas.

“Na fase de implantação do HU a gente notava que o projeto era mais americano, na verdade. A grande inovação que ocorreu nesse momento é que começou a se falar na questão do ‘Ensino-por-Problemas’. Todos os prontuários do Hospital Universitário já eram estruturados por problemas. Isso aí, eu acho que foi um avanço muito grande. Foi a primeira vez que eu tomei contato com o prontuário já mais técnico, com o ensino um pouco mais técnico da clínica médica. Era um avanço porque até então não se tinha isso. Se a pessoa soubesse fazer a anamnese boa fazia, mas também se não soubesse não fazia. Mas por ali, não, porque a gente já começava a direcionar. Havia até uma folha simples, era um resumo de problemas - que até se levava algum tempo para entender o que era aquilo, não estava acostumado. Nós ficamos durante alguns meses tendo aulas para saber como começar a trabalhar no Hospital Universitário” (E 12, década de 70, adjunto).

Ele estabelece, então, uma relação entre o novo modo de trabalho do Hospital Universitário, que possibilita o início do processo de consolidação das especialidades, e do uso intensivo da tecnologia, com a necessidade de adoção dos métodos de problematização no ensino de medicina.

“Nisso aí eu percebi já uma preocupação mais tecnológica vamos dizer assim do ensino de medicina com essa problematização e naturalmente que também com a tecnologia muito maior que se teve aí do acesso da maioria dos hospitais universitários daquela época. A própria Santa Casa não tinha grandes recursos, um hospital de indigentes. Aqui já tivemos serviços diferenciados com melhor tecnologia. A especialização aflora muito nessa época, basicamente em todos os campos. Eu acho a preocupação em modernizar o ensino da medicina foi a grande virada no fim da década de 70” (E 12, década de 70, adjunto).

Num patamar mais elevado de complexidade obtido com a consolidação da informática no meio médico e de outras ferramentas, como a Internet, possibilitando o acesso a um enorme banco de dados; da incorporação da metodologia científica quantitativa, quer pela bioestatística, quer pelo estudo e análise das epidemias no plano coletivo e de sua aplicação nas decisões clínicas, temos agora, então, a “Medicina Baseada em Evidências”:

“Hoje já se começa a voltar a falar da ‘Medicina Baseada em Evidências’. Quer dizer, num país desenvolvido já é uma coisa mais natural e para nós ainda é uma coisa relativamente recente porque as pessoas não conhecem bem isso, podem até praticar, mas não sabem bem o que estão fazendo” (E 12, década de 70, adjunto).

Nesse contexto, temos condições de supor que a pesquisa médica, por influir decisivamente na condução de decisões clínicas, tende a acirrar as contradições já existentes entre a formação geral e a especializada, além de promover a polarização entre o saber científico e o saber empírico na prática médica.

“Hoje as pessoas estão mais voltadas para essa preocupação com a pesquisa, com o conhecimento, que eu ainda acho pequena. Agora que se está começando a falar nisso na década de 90 e eu acho que os próximos professores da Faculdade de Medicina já terão que ingressar com essa formação que hoje ainda não se tem. Hoje, os concursos já exigem. É uma situação ainda meio complicada porque o ensino da medicina ele não pode também ser calcado só nisso, porque eu acho que é complicado você definir o que é o Curso porque ele precisa ter um pouco dessa arte médica que é o empirismo” (E 12, década de 70, adjunto).

6). O declínio da Propedêutica Médica. Considero que esse declínio guarda relação com a busca maior por evidências que se localizam fora do indivíduo, e que tem hoje sua base no uso intensivo de informações obtidas através das ferramentas de comunicação, como a informática e a Internet, bem como na incorporação dos conceitos da metodologia científica quantitativa à prática médica cotidiana. Também deve ser levado em consideração o fato de que, já na segunda metade do século XX, o uso de evidências a partir de sinais e sintomas clínicos começou a decair, em razão das novas aquisições tecnológicas, apesar de ter havido um certo ressurgimento dessa área na Faculdade de Medicina da UFRJ, na década de 90, segundo Mota e Halfoun (2000), por conta do aumento dos custos

da atenção médica, causado em parte pelo exagero de solicitação de exames complementares.

“Quando eu me formei o médico era um profissional mais artesanal do que sustentado pelo avanço tecnológico. Hoje ele sai também bom médico, com bons conhecimentos, com boas habilidades artesanais para fazer um bom exame físico, embora ele atualmente até não utilize essas habilidades, esse conhecimento, porque ele precisa estar protegido por alguma metodologia que confirme aquilo e que garanta mais adiante pela indústria do erro médico que ele não foi negligente, nem omissivo em não utilizar aquele recurso que ele tinha disponível. E a arte do exercício da beira do leito, do contato com a pessoa que procura com algum problema é artesanal. A relação humana do médico com o paciente, o exame, a obtenção das informações pelo seu adestramento, pela sua habilidade psicomotora de examinar e de interpretar bem aquilo que você está encontrando ou deixando de encontrar, é artesanal. Continua a ser uma habilidade de cada um” (E 3, década de 60, adjunto).

O apelo das especialidades, com maior prestígio e remuneração, principalmente no setor privado; a necessidade de dedicação à pesquisa como pré-requisito para titulação e o avanço do conhecimento médico são os fatores apontados para a dificuldade progressiva na obtenção de docentes para o ensino da Propedêutica. Por esse motivo foram contratados pela Faculdade de Medicina da UFRJ um grande número de docentes especificamente para suprir essa deficiência, mas os novos acabaram também se ressentindo da carga das atividades semiotécnicas, preterindo-as por outras de clínicas especializadas (op. citadas, 2000). Enfim, essa medicina indiciária, cujo conteúdo encontra-se organizado na disciplina de Propedêutica Médica, sem dúvida vem progressivamente perdendo o seu vigor e destaque, ainda que o espaço na grade curricular esteja preservado e os educadores médicos procurem encontrar soluções ao nível do planejamento curricular e na política de expansão quanti-qualitativa de seu quadro docente. Conforme um professor em seu depoimento me explicou, para os atuais professores dar essa disciplina hoje é considerado um “castigo”, mas verifiquei também que há um certo tabu em falar do assunto. No entanto, me recordo que no passado a Faculdade teve professores que tinham enorme orgulho de se destacarem nesse campo de conhecimento, hoje nitidamente em declínio.

“Você sabia auscultar muito bem, a gente tinha excelentes professores de Semiologia, então, a gente sabia muito bem. Isso hoje, eu sei que é uma coisa polêmica porque ninguém quer dar aula de Semiologia. Não, os

professores não gostam e parece que há um revezamento entre eles. Não sei por quê” (E 11, década de 60, adjunto).

Na formação de agora, podemos verificar o enorme peso da tecnologia e das habilidades que ela requer hoje do médico para que ele tenha seu lugar no mundo de hoje, conforme a análise desse professor.

“A diferença entre a geração dos anos 70, princípio dos anos 80, e a atual, é que os atuais são extremamente mais bem preparados. Hoje, os meus alunos que fazem isto, são incomparavelmente melhores que os da minha geração. Têm mais intimidade com a tecnologia. O material é melhor, mas na realidade têm muito mais treinamento, certo? Então, eles são absolutamente estrelas. São muito bons em medicina intensiva; em métodos diagnósticos, mas realmente muito melhores do que as suas contrapartidas de anos atrás, mesmo que você faça um ajuste com a diferença do conhecimento da outra época. Só que eles não sabem examinar o doente!” (E 9, década de 50, titular).

Podemos ver que a medicina indiciária, cujas origens nos é descrita em detalhes, historicamente, por Ginsburg (1989), vai progressivamente perdendo seu lugar no mundo de hoje, pois há falta de tempo ou quase “um mal-estar físico” do médico em estabelecer um contato mais íntimo com o paciente, apesar de que, mesmo com todo o aporte tecnológico, o raciocínio médico dela permanece dependente, e a compreensão dos sinais que o paciente emite e dos sintomas que ele apresenta é o que nos vai permitir realizar a diferença entre a “medicina da doença” e a “medicina do doente”, conforme podemos ver na análise crítica desse professor.

“Os indivíduos são formidáveis, mas quando vêm o doente em consulta é um desastre, porque eles não têm a menor habilidade em buscar a compreensão no doente, buscar uma observação bem-feita. Não encontram nunca com o seu doente. O que em parte é uma imposição do seu tempo. Você tem que viver, e isso hoje é muito mais difícil. Na geração dos anos 70, você trabalhava um período na Santa Casa e no resto do dia você ganhava o suficiente para viver uma vida bastante decente” (E 9, década de 50, titular).

7). A avaliação do curso médico - nos anos 90²⁴ vamos ter a atual Lei de Diretrizes e Bases²⁵ que estabelece a avaliação dos cursos de graduação - o “provão”. Um professor, analisando a sua época de formação, comenta: “Nunca houve avaliação da formação médica ao final da graduação e certamente na época da cátedra qualquer tentativa de avaliação como é feita hoje seria repelida violentamente” (E 2, década de 40, adjunto).

Apesar da inserção da Faculdade na Universidade, desde 1920, sua grande prioridade era o ensino de medicina, ficando a pesquisa em plano secundário, o que, na avaliação de Mota e Halfoun (2000), de certa forma, estimulou a criação dos institutos básicos. A área básica se separou de suas origens, contribuindo, por outro lado, para que a pesquisa na área médica tivesse seu desenvolvimento mais tardio no Rio de Janeiro do que em outras universidades, como as de São Paulo, onde houve uma integração pioneira entre o ensino e a pesquisa. No relato dos professores da Faculdade de Medicina da UFRJ, colhemos os indícios de que hoje a influência da pesquisa pela via da pós-graduação, na formação médica em nível de graduação, é crescente e configura uma tendência, que se pode dizer, irreversível. Entretanto (ou por isso, mesmo), a Faculdade de Medicina sempre perseguiu o objetivo de sobressair no campo da medicina brasileira, por promover uma formação médica considerada de alto nível para cada época.

“A avaliação hoje que se tem através do ‘provão’, que com todas as críticas que se possa ter, mas é um instrumento de avaliação -, coloca a Faculdade de Medicina em uma situação muito boa. Em três avaliações sucessivas, ela é considerada a primeira colocada na graduação, no Brasil. Se a gente até comparar com outras faculdades do país, São Paulo, p. ex., a gente vê que o nosso curso de graduação é de boa qualidade, com todas as lacunas, críticas que a gente possa ter” (E 12, década de 70, adjunto).

O relato desse professor confirma a tendência e a contradição da relação entre o desenvolvimento da pós-graduação com o declínio da qualidade do ensino

²⁴ Houve a criação de 4 programas interdepartamentais - Programa de Iniciação Científica (PINC); Educação continuada; Epidemiologia clínica e Atenção primária, enquanto o Laboratório de Informática para Graduação (LIG) está funcionando no HU, plenamente. A partir de 1999, há a implantação de novas disciplinas de escolha condicionada, como Antropologia biológica; Violência contra a criança e o adolescente; Bioestatística; Física das radiações; Experiências bem-sucedidas de Ensino-por-problemas. VARGAS, S. da S. M; VALLADARES, A. F.; e GOMES, M. da M. Capítulo 1: Direções e aspectos político-administrativos. In: *A Faculdade de Medicina primaz do Rio de Janeiro: em dois dos cinco séculos de história do Brasil*. RJ: Atheneu, 2000.

²⁵ Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

de graduação, devido ao desinteresse e ao desprestígio que os docentes passam a experimentar em relação às atividades do ensino profissional.

“O saldo é positivo porque esse é o nosso forte: a questão de formar um profissional. Quer dizer, o ensino na Faculdade é muito em cima do aluno, do professor. O aluno é até meio paparicado em termos de ensino. Você tem geralmente uma relação próxima e quantitativamente boa entre o professor e o aluno. Em outras faculdades você não vê isso. A própria USP, o ensino de graduação lá que tem muitas falhas, porque lá o ensino da pós-graduação é muito desenvolvido e então ninguém quer dar aula para a graduação. Aqui começa a acontecer isso. Está começando a acontecer por força dessa exigência toda que a gente tem de ...” (E 12, década de 70, adjunto).

A análise desse professor está centrada nos fatores que possibilitaram uma boa avaliação do curso da UFRJ pelo “provão”. Dentre elas, o esforço desde a década de 70 das sucessivas coordenações de graduação para que o currículo não tendesse demasiadamente para a especialização.

“O estudante de medicina aqui, ele é realmente muito bem acompanhado pelos professores quando ele aprende fundamentos da prática clínica. Quer dizer, quais são os fundamentos? É você abordar um paciente, conversar com ele, ouvir a história, fazer as perguntas, examinar, interpretar, analisar o quadro clínico, discutir, tomar as decisões, quer dizer, organizar o método clínico. Essa parte, que é tão fundamental para a medicina, eu acho que ocorre na Faculdade de Medicina. Isso se deve em parte à reforma curricular que foi feita nos anos 70, que acabou com aquela fragmentação excessiva das especialidades” (E 20, década de 80, assistente).

O Hospital Universitário também vem contribuindo para garantir essa formação geral, mas na minha avaliação isso só faz sentido se comparado ao que aconteceu em São Paulo. Os elementos negativos dessa formação, hoje, seriam para o mesmo professor, um enfoque ainda excessivamente “Hospitalocêntrico” e, contraditoriamente com o seu depoimento anterior, uma abordagem que tende a privilegiar o atendimento especializado de doenças que exigem um uso intensivo de tecnologia, fugindo das recomendações de centrar mais a prática nos aspectos preventivos das doenças.

“O que tem de ruim é que a formação deles continua sendo inteiramente hospitalocêntrica e ainda muito influenciada por uma visão - que não é errada por si - mas que obviamente não dá conta da realidade no seu conjunto, muito voltada para a intervenção técnica, para utilização de

métodos adicionais de diagnóstico e terapêuticos, uma visão muito dirigida a paciente grave, àquela pessoa que já tem uma doença mais complexa, que exige um cuidado mais elaborado e tal” (E 20, década de 80, assistente).

Enfim, ainda que tenha havido esse esforço em promover nas últimas décadas uma formação progressivamente mais voltada para a medicina generalista, o professor constata que essas iniciativas são insuficientes para alterar o marco conceitual do ensino médico que ainda permanece de cunho hospitalar e curativo.

“Embora eles tenham a informação quanto à importância da visão preventiva, ao papel que o médico deve ter como orientador de práticas adequadas de saúde etc., eu acho que eles têm essa visão, eles ouvem falar disso, é discutido com eles, mas eles não têm essa vivência. Então, eles não têm a vivência do Programa de Saúde da Família; do Posto de Saúde; do ambulatório de atendimento primário e secundário. É muito pequeno o espaço concedido a isso no currículo. Então eu acho que isso precisa mudar” (E 20, década de 80, assistente).

4.4.

Profissão médica: da medicina liberal ao assalariamento

Com base em dados historiográficos, Schraiber (1997) considera que a transição histórica da medicina liberal para a medicina tecnológica está situada ao redor dos anos 60. O aumento da divisão técnica do trabalho, evidente na diferenciação das especialidades e o assalariamento como modalidade predominante de integração do médico ao mercado de trabalho explicitam o sentido mais geral das mudanças no setor, qual seja, a passagem do padrão “artesanal” para novas modalidades de organização da produção (Donnangelo, 1973). Nos anos 70, Gentile de Mello (1977) iria explicar que o declínio da medicina liberal era devido ao custo crescente da produção dos serviços médico-hospitalares, decorrente da introdução de tecnologia moderna, altamente diferenciada, nos métodos de diagnóstico e tratamento; e à redução do contingente demográfico capacitado para pagar, diretamente, os elevados preços dos serviços médico-assistenciais de que necessita, por consequência da desigualdade de

distribuição de renda ²⁶. Donnangelo (1973), a propósito, em um trabalho pioneiro e hoje clássico, assinalando que trata-se de uma ocorrência mundial, capta essa primeira tendência²⁷ à estatização dos serviços de saúde, particularmente a partir da década de 60, assim como o aumento do número de médicos no Brasil e sua concentração no setor urbano industrial da sociedade brasileira. Antes disso, a formação desses profissionais obedecia a um ritmo regular, lento, devido ao caráter seletivo desse tipo de ensino. Ocorre que independentemente da capacidade de absorção da força de trabalho pelo mercado e da definição pelos técnicos entre número de profissionais e população total, o rápido crescimento da quantidade de médicos acarretou processos de reajustamento dos produtores, pois essa ampliação, embora tenha sido acompanhada do aumento de consumidores, implicou a redistribuição desses últimos e apareceu, ao menos potencialmente, como um novo fator na competição pela clientela (op. cit., 1973). O INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), além de grande produtor de serviços médico-hospitalares, tornou - se o maior responsável pelo financiamento desse tipo de serviço, passando a representar “o mais amplo mercado de trabalho médico”, seja diretamente, seja através de seus contratos e convênios com instituições de saúde privadas ou filantrópicas (Gentile de Mello, 1977).

Até 1950, as 13 escolas médicas existentes no país eram públicas. Na década de 60, 36 escolas médicas são criadas, sendo a maioria de natureza privada. Essa enorme expansão, mais acentuada a partir de 1965, refletiu tanto a

²⁶ A medicina liberal, para assim ser considerada, deve prever: a) livre escolha do médico pelo paciente; b) livre fixação de honorários pelo médico; c) liberdade de escolha da terapêutica; d) ausência de intermediário entre o médico e o seu paciente. A presença de intermediário, fixando o nível de remuneração do trabalho médico e respondendo pelo pagamento dos seus honorários, desfigura o exercício da medicina privada (Gentile de Mello, 1977).

Souza Campos (1988) utiliza as seguintes categorias: o *trabalho liberal* que compreende “a existência de clientela própria, canalizada através de processos informais, com a qual estabelece condições de remuneração e a posse, pelo médico, dos instrumentos de trabalho, aí incluídos o aluguel de equipamentos”. O *assalariamento*, “categoria que engloba os médicos que vendem sua força de trabalho, por tempo determinado, em troca de salário”. A terceira categoria é a dos *proprietários* que “detêm o controle de condições materiais de trabalho ampliado em relação aos instrumentos que podem ser operados por um único ou por poucos profissionais. A quarta forma de inserção possível no mercado de trabalho é a de *autonomia*, que poderia ser considerada intermediária entre o liberal e o assalariado, na medida em que envolve um controle parcial dos meios de trabalho ou da clientela. A categoria de autônomos envolve médicos cujas formas de relacionamento com a clientela e com as instituições médicas não são idênticas. Essa diferenciação interna à categoria acarreta, naturalmente, uma certa imprecisão, aproximando-a alternativamente do trabalho liberal e do trabalho assalariado e colocando-a na condição de categoria residual por referência às demais.

²⁷ Estudo empreendido, a partir de dados cadastrais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com médicos diplomados até 1986, na região da Grande São Paulo.

pressão das camadas médias urbanas por aumento das vagas no sistema universitário, como também satisfizes as expectativas dos planejadores, que buscavam atender às novas necessidades de desenvolvimento da assistência médica no País. Fruto imediato dessa nova política foi a explosão de novos profissionais e novos empregos médicos, ou seja, entre 1977 e 1987, p. ex., para os 80 mil novos médicos foram criados cerca de 100 mil empregos (Machado, 1997).

Para Luz (1979), no caso da sociedade brasileira, as instituições ligadas à saúde tornaram-se, com o II Plano Nacional de Desenvolvimento, preocupação prioritária da política social do Estado, sugerindo mudanças na estrutura econômica, como na própria maneira de o Estado encarar o problema da relação Saúde/Sistema Político. A culminância desse processo, de conseqüências notáveis para a profissão médica, foi a Lei 6.229 de 1975²⁸ que dispôs sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, determinando, expressamente, que ao Ministério da Saúde competiria “promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo”; e ao Ministério da Previdência e Assistência Social “atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado”.

²⁸ A Lei 6.229, de julho de 1975, delimitou as áreas de atuação de cada órgão e cada entidade componente da estrutura sanitária. Ela determinava que o complexo de serviços voltados para as ações de interesse da saúde passasse a constituir o Sistema, abrangendo as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, nos seguintes campos da ação e com as seguintes atribuições: 1. Ministério da Saúde: formular a política nacional de saúde; elaborar planos de proteção da saúde; contribuir para a fixação da política de alimentação e nutrição; coordenar a vigilância epidemiológica; efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos; estabelecer normas para prédios destinados a serviços de saúde. 2. Ministério da Previdência e Assistência Social: prestar serviços de saúde a pessoas; elaborar planos, fixar normas e padrões de serviço de saúde a pessoas; coordenar o subsistema de prestação de serviços de saúde a pessoas. 3. Ministério da Educação e Cultura: formar e habilitar os recursos humanos necessários ao setor saúde. 4. Ministério do Interior: realizar obras de saneamento ambiental e orientar a política habitacional. 5. Ministério do Trabalho: desenvolver atividades de higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes e doenças profissionais. 6. Unidades Federadas: instituir planejamento integrado de saúde, a nível regional; criar e operar serviços básicos de saúde; assistir, técnica e financeiramente, os municípios. 7. Municípios: manter os serviços de saúde de interesse da população local, principalmente os de pronto – socorro; manter a vigilância epidemiológica (Gentile de Mello, 1977).

4.4.1.

O mercado de trabalho médico, nos anos 70

A partir de um estudo empreendido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), concluído em 1984, com o objetivo de criar um banco de dados sobre recursos humanos em saúde no Brasil²⁹, foi possível obter uma análise abrangente a respeito dos efeitos dessas políticas de saúde ao longo dos anos 70 (Médici, 1986).

De acordo com Médici, a ampliação do ensino superior na rede privada resolveu as pressões por mais vagas nas universidades que se multiplicavam a cada ano em fins da década de 60. Concomitantemente, facilitou o ingresso de pessoas de menor renda no sistema universitário, com mecanismos como o crédito educativo. Esta estrutura criou um aumento de empregos em educação e em saúde, na década de 70, sem paralelo na história do Brasil e a tendência de crescimento acelerado do mercado de trabalho em saúde ao longo dos anos 70 foi detectada pela pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, e está ligada ao fenômeno da terceirização da atividade econômica que vinha ocorrendo desde longa data na formação social brasileira.

Entre 1970 e 1980, a população economicamente ativa expandiu-se 51,74%, enquanto que as pessoas ocupadas no setor terciário aumentaram seu contingente em 79,09%. Nesse contexto, os trabalhadores ligados ao setor saúde sofreram um incremento bruto de 109,11%, enquanto os profissionais de saúde apresentaram crescimento de 125,31% ao longo da década. Dessa forma, as atividades de saúde passaram a absorver, em 1980, 2,7% da população economicamente ativa e 5,9% das pessoas ocupadas no setor terciário.

²⁹ As profissões de nível superior em saúde analisadas no trabalho citado foram as seguintes: enfermagem, farmácia, medicina e odontologia (Médici, 1986).

TABELA III
Profissionais em Saúde no Brasil/ 1970 – 1980

Categorias profissionais	Absoluto	(%)	Absoluto	(%)	Incremento bruto (%)
Nível superior*	84.824	27,65	174.853	29,42	106,14
Médicos	45.113	14,71	101.793	17,13	125,64
Odontólogos	30.376	9,90	55.116	9,27	81,44
Farmacêuticos	4.361	1,42	5.860	0,99	34,37
Enfermeiros	4.974	1,62	12.084	2,03	142,94
Nível médio e elementar	221.906	72,35	419.553	70,58	89,07
Parteiras	4.190	1,37	3.446	0,58	-17,76
Pessoal de enfermagem	134.099	43,72	300.388	50,54	124,00
Fisioterapeutas e massagistas	3.478	1,13	13.991	2,35	302,27
Operadores de RX	8.003	2,61	6.738	1,13	-15,18
Protéticos	3.993	1,30	13.031	2,19	226,35
Prático de farmácia	8.856	2,89	12.724	2,14	43,68
Laboratoristas	42.390	13,82	48.979	8,24	15,54
Guarda Sanitário	16.897	5,51	20.556	3,41	19,88
Total	306.730	100,00	549.406	100,00	93,79

Fonte: IBGE/ ENSP-FIOCRUZ. Pesquisa sobre Recursos Humanos para a Saúde no Brasil. Estão excluídos psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais (Médici, 1986).

Dentre os profissionais de nível superior, os enfermeiros e médicos foram os que mais cresceram, na medida em que apresentaram incrementos brutos da ordem de 142,9% e 125,6%, entre 1970 e 1980, respectivamente. Entretanto, a desaceleração da economia brasileira, a partir de 1974, com o esgotamento do ciclo expansivo do “milagre econômico”, moldou uma nova realidade nos padrões de desenvolvimento, pois, apesar da grandiosidade das metas do II Plano Nacional de Desenvolvimento, as autoridades governamentais começaram a repensar a política econômica e social, quando a conjuntura recessiva impôs-se mais claramente, na década de 80. Assim, no contexto recessivo pós-74, as políticas de emprego e recursos humanos em saúde passam a privilegiar, a partir de 1976, a

formação e capacitação de pessoal de nível técnico e auxiliar sem qualificação superior, voltado para atender às necessidades da rede ambulatorial, e não mais dos aparelhos hospitalares públicos e privados que haviam absorvido o maior quinhão dos recursos humanos nos anos interiores. É nessa fase que aumenta o número de trabalhos interministeriais sobre a relação entre a capacitação de recursos humanos em saúde e as reais necessidades da população brasileira, no campo médico-assistencial. Com relação aos profissionais de nível superior, tais documentos frisavam a necessidade de formar mais “generalistas”, dado que a formação de especialistas, tal como vinha ocorrendo desde os finais dos anos 60, não era adequada ao perfil epidemiológico da população brasileira (op. cit., 1986).

A partir dessa crise, também, ocorre um acirramento político e ideológico a respeito do privilegiamento do setor privado sobre o público, no âmbito da destinação dos recursos financeiros da previdência social para a área da saúde, bem como sobre o modelo de assistência médica a ser prestado à população (Cordeiro, 1990).

É preciso, ainda, levar em conta na análise dessa conjuntura recessiva que no plano internacional havia também uma crise sem precedente no plano das políticas de saúde – da qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) é a instância máxima -, como reflexo da crise financeira provocada pela crise do petróleo, dentre outras causas. Essa crise mundial do modelo de saúde pública iria desaguar numa nova proposta de orientação da utilização dos serviços públicos em saúde conhecida como Atenção Primária em Saúde (APS)³⁰, caudatária de numerosas experiências alternativas de saúde que já vinham ocorrendo ao longo da década de 70, no sentido de se sobrepor aos fracassos e impasses vividos pelos sistemas de saúde de variadas nações, quanto ao objetivo de prestar assistência aos setores mais marginalizados da população. A APS - que teria inclusive como *locus* de aprofundamento teórico no Brasil os departamentos de Medicina Social e Preventiva das escolas médicas - introduziu um novo modelo de planejamento dos serviços de saúde. De acordo com os novos parâmetros estabelecidos em Alma-Ata, os serviços de saúde deveriam ser hierarquizados em função dos níveis de complexidade crescente da assistência em saúde a ser prestada à população, levando, por conseqüência, a uma reordenação do sistema nacional de saúde de

³⁰ Referendada pela OMS na Conferência de Alma-Ata, ocorrida no Cazaquistão, ex-União Soviética, em 1978 (Rocha, 1992).

cada nação, e gerando uma situação que tenderia a privilegiar a alocação dos recursos no setor público. Do ponto de vista do ensino médico de graduação, mais uma vez a orientação era no sentido de se reforçar a necessidade de uma formação médica generalista (Rocha, 1992).

4.4.2

O panorama atual da saúde e os dilemas da profissão médica

Para Berlinguer (1999), no momento atual, a Organização Mundial de Saúde (OMS) perdeu a função de guia das políticas mundiais de saúde. O poder e as influências, neste campo, passaram ao Banco Mundial e ao Fundo Monetário Internacional (FMI), que hoje são líderes essenciais em questões de saúde, sobretudo para os países menos desenvolvidos. Hoje, a idéia de saúde como fundamento e, sobretudo, como finalidade primordial do crescimento econômico foi substituída pela idéia oposta de que os serviços públicos de saúde e a generalização dos tratamentos são muitas vezes o principal obstáculo, para as finanças públicas e para o desenvolvimento da riqueza.

Para Carvalheiro (1999), a crise da saúde pública tem-se constituído no debate principal atualmente em todo o mundo. Com relação à implementação das macropolíticas de saúde, na atualidade, identificam-se duas correntes, com paradigmas conceituais distintos: o da “saúde pública” e o da “economia da saúde”. O primeiro adota o princípio da “equidade” e o marco conceitual da “epidemiologia”. Já o paradigma da economia da saúde, os princípios da “competitividade”, da “focalização” e “seletividade” da ação pública e o método das ciências econômicas e administrativas. Identificam-se como principais agências de formulação desses paradigmas, respectivamente, a OMS com suas regionais e o Banco Mundial. No momento atual, a comunidade da saúde pública tenta “salvar Alma-Ata e a proposta de Atenção Primária de Saúde e sua meta de ‘Saúde para Todos até o Ano 2000 (SPT/ 2000)’. Por sua vez, a comunidade da economia da saúde gravita ao redor de uma importante publicação do Banco Mundial, “Investindo em Saúde”, introduzindo o conceito de “carga da doença” em contraponto aos usuais “indicadores de saúde” dos sanitaristas; propondo uma cesta básica de ações do Estado como a vacinação e o saneamento do ambiente e a

“focalização” de ações concentradas em grupos mais vulneráveis. Todavia, diz ele, em nossa área da saúde temos um diferencial, pois a Constituição de 1988 estabeleceu um Sistema Único de Saúde (SUS), universal, com integralidade das ações, descentralizado e participativo, mediante controle regulamentado pela sociedade. Passados apenas dez anos da aprovação da Lei do SUS³¹, a situação atual impõe a necessidade imediata de um novo pacto que dê conta das mudanças decorrentes dos esforços de implantação do SUS e da emergência dos novos atores econômicos na área da saúde: os seguros privados, os planos de saúde e sua regulamentação.

Quatorze anos após a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, - que marcou o início do processo de construção do Sistema Único de Saúde -, as conclusões contidas no relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde (2000) destacam o desemprego, a péssima distribuição de renda, a fome e desnutrição e outros muitos agravos que interferem nas condições de vida e de saúde; com o ressurgimento de antigas e o surgimento de novas formas de adoecer e morrer, caracterizando um quadro epidemiológico da maior perversidade, condições estas que são agravadas pelas condições de pobreza, gênero, raça e idade. Some-se a isso, a estreita identificação entre os médicos e o sistema de saúde – responsabilizando estes profissionais pela qualidade da assistência prestada – que não é casual nem fruto do imaginário popular, mas resultado de uma complexa construção social, que delega à profissão médica o papel definidor das políticas de saúde. Os avanços tecnológicos, ao mesmo tempo que abriram novos mercados - inclusive novas especialidades e novas profissões -, produziram também um acúmulo de poder de decisão nas mãos dos médicos, no que se refere à formulação de políticas de saúde. Essas questões, para Machado (1997), são de grande importância para a compreensão da forma como os médicos brasileiros experimentam hoje a crise do Sistema de Saúde no seu cotidiano. Para a autora, a especialização da profissão médica, por um lado, e a institucionalização e a burocratização da profissão, por outro, são alguns dos mais sérios dilemas que o médico vive nos dias atuais. O processo de divisão social do trabalho médico, com o advento da revolução científica, é fato reconhecido, visto que o

³¹ Lei nº. 8.080, de 1990.

conhecimento e a prática da medicina tornaram-se tão complexos que a divisão do trabalho médico se impôs. Machado (1997), utilizando o modelo de Díaz Jouanen, propõe a redefinição e reclassificação das especialidades médicas, adotando uma abordagem que considera a natureza e o processo de trabalho médico:

✓ Especialidades “cognitivas” – o médico lida diretamente com o cliente, e sua relação profissional se baseia fundamentalmente no conhecimento cognitivo adquirido nas escolas médicas. O raciocínio clínico é acentuadamente valorizado e a relação subjetiva tende a ser mais enfatizada. A tradição do médico-físico dos primórdios da medicina é aqui assegurada por meio de uma medicina exercida de modo artesanal. Exemplos dessa tipologia são os clínicos gerais (medicina interna), os pediatras, os psiquiatras, os cardiologistas, os geriatras, os homeopatas, que hoje assumem cada vez mais o papel de “aconselhador” do modo de vida do paciente, indo muito além de seu papel estritamente técnico;

✓ Especialidades “técnico-cirúrgicas” e de “habilidades” – os médicos também lidam diretamente com o paciente, mas não de forma tão direta e cotidiana, como ocorre com os “médicos cognitivos”. Neste caso, a relação médico-paciente é tendencialmente burocratizada, padronizada e, quase sempre, programada. O que predomina no processo de trabalho é a habilidade técnica inerente ao ato em si, quase sempre de forma pontual e precisa. Frequentemente, estas intervenções - em sua maioria, cirúrgicas - exigem apoio de diagnósticos – clínicos, radiológicos ou laboratoriais. Nesse caso, a relação entre o médico e o paciente é mediada por equipes de apoio e de equipamentos sofisticados, que auxiliam na conduta e nos procedimentos. A tradição do boticário dos primórdios da medicina é depositada nas diversas especialidades cirúrgicas que conformam esta tipologia: cirurgões gerais, cardiovasculares, plásticos etc.;

✓ Especialidades “intermediárias” – são as especialidades ou áreas da prática médica que associam mais estreitamente a habilidade técnica (cirurgia) à base cognitiva (clínica), intermediando essas duas áreas distintas. Nesses casos, não há predominância da técnica ou da validação da base cognitiva. Elas formam verdadeiras “clínicas autônomas”, porque suas atividades condensam os dois ramos básicos da medicina, dispensando quase sempre interferências de colegas especialistas para a finalização do diagnóstico e intervenção. São exemplos: oftalmologistas, ortopedistas e traumatologistas, gineco-obstetras; otorrinolaringologistas;

✓ Especialidades “tecnológicas” e/ ou “burocráticas” – adotam regularmente a padronização no processo de trabalho, com alto controle burocrático. A relação médico-paciente, de natureza individual e intransferível, dá lugar à relação coletiva, na qual o objeto é quase sempre impessoal, referindo-se a populações, a coletividades ou até a um paciente de um colega que necessite de algum exame específico. São especialidades tipicamente urbanas, fruto de processos sociais mais avançados e voltados à pesquisa, diagnósticos laboratoriais, gerência, administração, e planejamento em saúde, desenvolvidos em organizações complexas. Enquadram-se nessa modalidade, dentre outros, administradores hospitalares, epidemiologistas, sanitaristas, médicos do tráfego, patologistas e radiologistas (Machado, 1997).

Para Machado, nesse processo de especialização crescente e dependente de inovações tecnológicas, as especialidades que adotam o modelo cognitivo tendem a reduzir sua importância na configuração da estrutura de prestação de serviços médicos, passando a assumir papel de destaque aquelas especialidades com forte apelo técnico-cirúrgico. O processo de especialização que vem ocorrendo na medicina tem levado, inclusive, os recém-formados a fazerem escolhas mais racionais e menos vocacionais, baseados na idéia de realizar uma medicina mais tecnológica, com menos envolvimento pessoal e que lhe dê maiores rendimentos. Já é possível verificar-se algumas “superespecialidades”, tais como neonatologia (como uma subdivisão da pediatria); ou medicina fetal (subdivisão da obstetrícia); enquanto outros se especializam em diagnósticos raros, como, p. ex., cefaléia, distúrbio do sono etc., enfim, uma infinidade de nichos que estão dirigidos para uma seleta clientela, criando mercados de serviços com forte monopólio. Merece destaque também o fato de que as especialidades nas quais os médicos mais se identificam com a condição de profissional liberal são caracterizadas pela forte autonomia técnica. Sejam especialidades “cognitivas”, em que a estreita relação médico-paciente é característica; sejam as “tecnocirúrgicas”, em que a autonomia técnica está associada a rendimentos mais elevados que em outras áreas. Da mesma forma, analisando as especialidades em que os médicos, ao contrário, não se sentem profissionais liberais, em boa parte, são oriundos de áreas de atuação em que há uma forte e constante interferência no processo de trabalho médico, pois se referem a especialidades que predominam, quase sempre, em organizações de saúde, atendendo à população usuária de forma mais “coletiva” (op. cit., 1997).

Como segundo dilema, Machado coloca a institucionalização da prática da medicina nos dias atuais, uma vez que ela passou a ser desenvolvida predominantemente em estruturas organizacionais, sejam elas de caráter privado ou público, particular ou coletivo. O resultado imediato dessa nova ordem administrativa é que a autonomia passa a ser vista mais como uma questão simbólica do que real, já que o médico perde controle sobre a produção, distribuição e preço final do serviço³² (Machado, 1997).

Em síntese, nas últimas décadas, a prática médica muda rapidamente de uma modalidade autônoma e liberal para uma prática coletiva e institucionalmente intermediada. O acelerado desenvolvimento científico e tecnológico promove a sucessiva e incessante divisão técnica e social do trabalho médico e o cuidado atomizado entre vários trabalhadores, sendo que freqüentemente nenhum deles tem a visão do paciente como ser integral e social. Nestas circunstâncias, o contato singular entre o médico e o paciente passa a ter um papel secundário nas decisões sobre os processos diagnósticos e terapêuticos. As influências de terceiros, como os prestadores de serviços de saúde de toda natureza, seguros sociais e/ou privados, convênios, e organizações e advocacias - intermediários das partes interessadas -, passam a jogar o papel essencial nesta decisão (FEPAFEM e OPAS, 1994).

Essa velocidade da produção de novos conhecimentos nas ciências médicas tem impedido tecnicamente que o “fazer cotidiano” assuma lugar preponderante, exigindo, assim, que o “saber renovado” faça parte também do seu dia-a-dia. A mentalidade dos usuários também mudou e tem exigido do médico um rigoroso e atualizado conhecimento de novas técnicas, novos medicamentos, novas habilidades, ou seja, desafios constantes lhes são apresentados diariamente (Machado, 1997).

Em termos da divisão social do trabalho, a medicina, considerada o protótipo de uma profissão, passa a segmentar-se para atender diferentes estratos da sociedade que apresentam possibilidades diferenciadas de consumir serviços de saúde, de modo que a tendência para a formação de profissionais diferenciados, a fim de atender esses extratos sociais, poderá levar, em certo tempo, a uma

³² A pesquisa Perfil dos médicos no Brasil, Fundação Oswaldo Cruz/Conselho Federal de Medicina (FIOCRUZ/CFM), citada por Machado (1997), mostra que atualmente cerca de 70% dos médicos tem vínculo de trabalho no setor público, da mesma forma que a maioria depende de emprego nas instituições privadas.

segmentação da profissão entre especialistas e os profissionais gerais, estes últimos encarregados de atender os estratos mais deprimidos da sociedade. O efeito disto poderia levar, em curto prazo, a um rompimento da unicidade profissional (FEPAFEM e OPAS, 1994).

4.5.

O médico geral: a contradição na formação médica da UFRJ

O que é um bom ensino médico de graduação? “É o que dá uma formação geral que permita ao aluno no final do sexto ano ter uma noção pelo menos das coisas mais comuns e de como ele vai atuar frente essas situações e que tenha, evidentemente, alguma parte prática porque não pode ser só um ensino teórico” (E 12, década de 70, adjunto). Sobre a influência que o mercado de trabalho exerce no tipo de formação que a escola promove, esse professor analisa qual deve ser a posição da escola médica.

“Que médico a Faculdade deseja formar? Não é o especialista em arritmia, não é o especialista em endoscopia, o especialista em ultrassom. Evidentemente que o aluno tem que ter noção das coisas que estão ocorrendo aqui e no mundo. Antes, como as coisas não eram tão subdivididas, não havia tanta tecnologia” (E 19, década de 60, adjunto).

Esse outro professor segue a mesma linha de análise, reforçando a idéia de autonomia que a Faculdade deve guardar com relação a essas pressões externas.

“A gente não tem que atender o mercado, o que o convênio quer. A gente tem que estabelecer um padrão de formação médica e os outros que façam sua adequação. Porque eu acho que eles não têm nenhum tipo de interesse nesse tipo de médico que a gente está falando, que impõe uma atuação médica adequada” (E 1, década de 70, assistente).

Ele explica como deve ser essa formação, mas constata os limites que ela pode ter no mundo de hoje.

“A preocupação é formar um médico generalista, o clínico. Com uma base boa: ginecologia, obstetrícia, pediatria, clínica geral e até de cirurgia. É lógico que não vai poder ser uma formação aprofundada, mas que ele

pudesse resolver pequenas coisas de modo eficiente, que fosse aquele médico que vai pro interior. Ele ali é capaz de fazer os procedimentos, até um certo ponto, para dar possibilidade da pessoa ir para um lugar onde tivesse recursos melhores. Eu gostaria de ser capaz de fazer uma apendicectomia, mas evidentemente isso fica difícil porque você vai se distanciando dos procedimentos e é preciso que você continue praticando” (E 1, década de 70, assistente).

Mas como se pode querer prevalecer essa formação, se os próprios gestores públicos sucumbem diante das pressões das corporações de especialidades médicas, como nos exemplifica esse professor sobre a intensa luta concorrencial travada, também, no campo de trabalho médico, entre clínicos e especialistas?

“O último concurso médico para o INPS foi em 1983. Eles lançaram o concurso prioritariamente para as áreas básicas com “X” vagas de clínica médica e um número diminuto de vagas nas especialidades. A Sociedade Brasileira de Cardiologia colocou tamanha pressão que no fim foi obrigado a reduzir o número de vagas em clínica médica para aumentar o de cardiologia e, como isso, outros” (E 5, década de 50, adjunto).

Comparando com o seu tempo, um professor formado na década de 50 analisa o papel que a tecnologia exerce hoje na formação médica especializada, e justifica a formação médica geral por ser econômica para o nosso sistema de saúde.

“A gente tinha uma formação melhor, apesar de hoje as facilidades de tecnologia serem muito grandes. A medicina cresceu muito, mas o médico também ficou muito especializado. Isso é muito ruim para a medicina no Brasil e no mundo inteiro. O País precisa de médicos gerais, sejam cirurgiões gerais, clínicos gerais etc., porque o especialista é muito caro para o país” (E 5, década de 50, adjunto).

Mas, para esse professor, a Faculdade de Medicina da UFRJ continua a formar uma elite de médicos brasileiros.

“Bom, eu acho que a gente continua formando médicos muito elitistas do ponto de vista do compromisso muito maior com a medicina terciária, da medicina sofisticada, da medicina armada, pois é o que dá prazer ao médico fazer. Fazer os grandes diagnósticos, fazer a grande terapêutica é o que gratifica hoje ainda o médico. E isso há duzentos anos a gente não consegue mexer” (E 7, década de 70, adjunto).

Enquanto os professores discutem entre promover a formação geral ou especializada, no campo das especialidades, essa nem é mais a questão central. A preocupação agora aí se refere à subdivisão de cada campo de especialidade, em “sub-campos” ainda menores. Agora são as grandes especialidades - que eu denominaria aqui de “especialidades clássicas” – que criticam, do mesmo modo como os clínicos já vinham fazendo, há algum tempo, os especialistas:

“Vejo com profunda preocupação. Não só a divisão em especialidade, como a de sub-especialidade na mesma especialidade. Hoje você tem na cardiologia um pequeníssimo número de cardiologistas gerais e milhares de indivíduos que são muito bem treinados em ecocardiografia, ergometria, fisiologia e arritmia. Só fazem isso” (E 9, década de 50, titular).

Esse grau de subdivisão chegou a tal ponto que hoje se pode ser médico especialista em exame complementar, desvinculado de qualquer relação com o paciente, algo impensável há cerca de trinta anos, nos diz esse professor:

“Ser médico não combinava com ser especialista num método complementar porque ser médico implicava necessariamente a ‘assumição’ do doente! É claro que existiam especialidades que você tinha menor contato com o doente como a radiologia, mas não eram tantas!” (E 17, década de 70, adjunto).

Como consequência, quem é hoje, nesse sem fim de especialistas, o responsável pelo paciente?

“Quando a pessoa vai para esses campos ela tem ainda um treinamento em cardiologia geral e então ela tem uma visão mais ampla, mas quando se passam alguns anos, a tendência dela é só estudar aquela área, até por conveniência, pois você ganha proeminência muito mais cedo e ganha mais dinheiro, sem dúvida. Só que não sobra ninguém para cuidar do doente, não é?” (E 9, década de 50, titular).

Outro professor reconhece também que os avanços tecnológicos modificaram de forma irreversível as relações do médico com o paciente e por isso propõe um novo modo de agir sem que isso signifique um retorno nostálgico ao passado, pois não se pode deixar de levar em consideração que os avanços tecnológicos propiciaram um outro tipo de *approach* na formação médica. E nessa necessidade de humanização é preciso conciliar a prática médica atual com a

tecnologia, mas sem que essa reunião substitua a relação humana na medicina. Ele exemplifica de que modo isso pode acontecer:

“Veja, mesmo que eu tenha um computador, eu acho importante que o doente leve a minha letra para casa. A minha prescrição. Quando você assina o cartão afetuosamente para alguém, o escrever com sua caligrafia dá um cunho pessoal, um cunho afetivo. Então, eu acho que a receita médica jamais poderia ser feita no computador. Eu acho que ela deve ser escrita porque é uma coisa pessoal, para o seu paciente e a assinatura é quase que uma dedicatória. Para você. Eu estou fazendo isso para você” (E 1, década de 70, adjunto).

Como vemos, por um lado, o processo de autonomização da medicina moderna, se descolando assim das pessoas por conta do enorme desenvolvimento científico e da transformação da saúde em mercadoria. Por outro, a situação sanitária do País é precária, com muito poucos indivíduos com acesso aos bens de consumo em saúde, e no meio de tudo isso a Faculdade, que tenta garantir ainda que o aluno tenha uma formação básica e visão social.

“Hoje em dia a tecnologia toma conta de tudo, você compra um aparelho de ultra-som; é dono de um laboratório de não sei o quê; você é detentora deste saber e fica só fazendo isso, mas aí, a meu ver, ele fica técnico demais. Embora, a Faculdade não forma pessoas para isso, não. A Faculdade forma o médico geral (sublinha). O médico que é capaz de diagnosticar as doenças prevalentes; que é capaz de referenciar os doentes; que tem sensibilidade social das coisas que estão acontecendo. A Faculdade procura formar este médico, mas acontece que ...” (E 19, década de 60, adjunto).

É evidente que não basta à Faculdade estabelecer o modelo de médico que ela quer formar e imaginar, que a passagem pelo internato rotatório nas quatro grandes áreas básicas vai garantir essa formação, pois na própria Faculdade ele só convive com especialistas. É evidente que o aluno constitui sua identidade profissional também no contato com esses professores, apreendendo muito mais do que o conteúdo do conhecimento médico. Além do mais, esse professor acrescenta a seguinte constatação: “Você não pode imaginar como viável uma faculdade de medicina que tenha como corpo de professores, predominantemente, médicos generalistas” (E 17, década de 70, adjunto). Outro ponto importante para a sua análise leva em conta o mercado de trabalho:

“O médico atualmente formado na UFRJ não carece de um lugar no mercado de trabalho, quer dizer, ele não vai ficar desempregado. Isso é garantido. Agora, também, em grande parte ele sai inicialmente ganhando um ‘X’ e ele vai poder aumentar um pouco ao longo de alguns anos, mas depois também ele não sai daquela faixa. A não ser que ele se torne uma exceção ao nível de mercado liberal; ou em nível de administração médica; ou ao nível de uma especialidade especialmente rendosa” (E 17, década de 70, adjunto).

De maneira que, como pressão do mercado, você tem que se especializar muito para ter um lugar no mundo ou pelo menos para obter um lugar de destaque, portanto, como é que o aluno de medicina da UFRJ pode desejar ser médico do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, se ele tem toda uma formação onde predominantemente tem modelos identificatórios que são professores especialistas? Essa é na minha avaliação a questão crucial entendendo a priori que analisar formação profissional exige pensar em situação, pois estamos diante de um processo que é histórico, em contínuo movimento. Isabel Cunha revela que os achados investigativos reforçam a idéia de que é preciso muita intencionalidade para provocar rupturas na tarefa de ensinar e aprender na universidade e assim construir processos inovadores que, mesmo sem neutralizar tensões, possam fazer avançar a qualidade e o compromisso do ensino superior (1997: 82). Por outro lado, estou convencida de que as tensões e os dilemas evidenciados nas lutas que se travam no campo da formação médica promovida pela UFRJ são portadores dos elementos também que informam os possíveis encaminhamentos para essas questões, indicando as chaves para pensar nas possíveis competências que a Faculdade de Medicina precisa desenvolver para engendrar uma proposta de formação médica na graduação, que seja suficientemente ampla para envolver e negociar com as diversas instâncias envolvidas no processo.

QUADRO SINÓPTICO III
Campo de poder universitário e lutas concorrenciais na UFRJ
 Forças atuantes no processo de formação médica

ANTES DA MUDANÇA

Faculdade de Medicina versus URJ/UB/UFRJ

Pelo prestígio na sociedade

Catedrático versus Livre-docente

Docência e assistência médica

Catedrático versus Assistente

Docência e especialização

Ciclo básico versus Ciclo clínico

Com conseqüências na formação profissional médica

APÓS A MUDANÇA

Os que foram versus os que não foram para o Fundão

Nos institutos ou isoladamente

Instituto de Ciências Biomédicas versus Faculdade de Medicina

Deslocamento do campo da educação médica para o novo espaço social

Faculdade de Medicina versus Hospital Universitário

Idem

Entre professores do próprio ciclo básico

Sobre a concepção disciplinar do campo científico da área básica da
saúde

Professores da FM versus Médicos do HU

Conseqüências sobre a formação profissional e assistência médica

Titulares versus Adjuntos e/ou Assistentes

Chefia dos serviços médicos e pós-graduação

Clínicos versus especialistas

Conseqüências sobre a formação profissional médica

Professor “cientista” versus Professor “profissional”

Diferença de prioridade quanto à pesquisa e o ensino

QUADRO SINÓPTICO IV
Formação médica na UFRJ
 Lógicas ordenadoras nos diferentes períodos

ANOS 60/70	ANOS 90/00
Ciclo básico com professores “não médicos” e departamento de clínica médica composto por doze disciplinas de especialidades	Permanecem. Há implantação dos PCI (Blocos integrados do ciclo básico; disciplina de Atenção Integral à Saúde; Programa de Iniciação Científica; Informática e Epidemiologia Clínica)
Criação do departamento de Medicina Preventiva e Social	Permanece, mas a concepção de saúde preventiva não é hegemônica
Criação da Disciplina de Psicologia Médica	Permanece, mas não é relevante
Quadro docente relevante em Propedêutica Médica	Necessidade de contratação de professores de Propedêutica Médica
-----	Oferta de elenco variado de disciplinas eletivas
Internato em Especialidades (anteriormente apenas o internato voluntário)	Internato Rotatório nas áreas básicas: clínica médica; Gineco-obstetrícia; Pediatria e Clínica Cirúrgica
Predomínio das atividades práticas em clínica médica e especialidades apenas como “cadeiras de frequência”	Permanecem as atividades de Clínica Médica Aumento expressivo das atividades em especialidades e oferta de atividades práticas em Unidade Coronariana e UTI
Predomínio de atividades práticas em enfermagem	Introdução do ambulatório de APS na rede pública do SUS e de Clínica Médica durante o Internato Rotatório

QUADRO SINÓPTICO V
Especialização *versus* formação geral na UFRJ
 Contradições do processo de formação

ANOS 60/70	ANOS 90/00
Predomínio de patologias raras de interesse científico	Aumento das patologias prevalentes na população
Prestígio da Propedêutica Médica	Declínio da Propedêutica Médica
Predomínio do ensino tradicional francês	Emergência de práticas pedagógicas inovadoras anglófilas como o Ensino-por-problemas e a Medicina Baseada em Evidências
A responsabilidade de acompanhar e assumir o paciente é um valor maior e o paciente sabe quem é o seu médico	Alta rotatividade nas enfermarias para conhecer o maior número possível de patologias: o paciente é visto como exemplo de patologia e não sabe quem é o seu médico
Internato em especialidades (2 semestres)	Internato nas áreas básicas (3 a 4 semestres)
Hegemonia do professor clínico	Hegemonia do professor especialista
Medicina mais artesanal	Medicina mais tecnológica
Objetivo da formação: “O que havia era o médico que tinha que ser formado” (E 3)	Objetivo da formação: médico geral