

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

UNIRIO

SERGIO CORRÊA

**DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS: O DESAFIO DA ARTICULAÇÃO NO
ENSINO MÉDICO**

Rio de Janeiro

2006

SÉRGIO CORRÊA

**DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS: O DESAFIO DA ARTICULAÇÃO NO
ENSINO MÉDICO**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Educação do
Centro de Ciências Humanas e Sociais da
Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro para a obtenção do grau de Mestre
em Educação.**

Orientadora: Profa. Dra. Dayse Martins Hora

**Rio de Janeiro
2006**

C824 d

Corrêa, Sérgio. **Diretrizes curriculares nacionais: o desafio da articulação no ensino médico /Sérgio Corrêa. 2006**

127 f.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro, RJ, 2006.

Bibliografia: f. 123-127

1. Currículo Médico: Disciplinaridade – 2. Currículo Médico: Interdisciplinaridade – 3. Currículo Médico: Flexibilização Curricular – 4. Currículo de Graduação em Medicina – Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. I. Título.

CDU 378.046.2;61

SÉRGIO CORRÊA

**DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS: O DESAFIO DA ARTICULAÇÃO NO
ENSINO MÉDICO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Educação.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antônio Flavio Barbosa Moreira
Pontifícia Universidade Católica de Petrópolis

Profa. Dra. Angela Maria Souza Martins
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Profa. Dra. Dayse Martins Hora
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Dedico este trabalho à direção acadêmica e aos professores da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO pela acolhida e pela maestria como foram conduzidas as atividades referentes ao Curso de Pós-graduação em nível de mestrado.

AGRADECIMENTOS

- Aos professores da Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado Rio do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO pela deferência como me receberam e me atenderam, facilitando a elaboração deste trabalho.
- À Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro pela maneira cordial como me recebeu em seu Programa de Pós-graduação.
- À orientação segura da professora Dayse Martins Hora.
- A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para que este trabalho fosse levado a efeito.

Os paradigmas sócio-culturais nascem, desenvolvem-se e morrem. Ao contrário do que se passa com a morte dos indivíduos, a morte de um dado paradigma traz dentro de si o paradigma que lhe há de suceder. Esta passagem da morte para a vida não dispõe de pilares firmes para ser percorrida em segurança.

Boaventura de Sousa Santos

RESUMO

Este trabalho pretende apresentar e problematizar a adequação do currículo da graduação em Medicina face a uma realidade de um ambiente social em permanente mudança, característica do mundo atual, estudando algumas variantes intervenientes que compõem um projeto pedagógico que observe o prescrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina. Utilizando o curso de graduação da Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO como instrumento, a pesquisa discute a partir do campo das políticas públicas para este nível, por meio da análise das Diretrizes Curriculares Nacionais e do currículo decorrente, nas vertentes ideologia, cultura e poder, o projeto pedagógico em uma perspectiva interdisciplinar como recurso para melhor adequar o recém-formado ao cotidiano de uma sociedade plural que está a exigir um profissional com uma bagagem teórica densa e com conhecimentos diversificados que favoreçam uma compreensão além das especificidades das áreas de atuação médica. Na conclusão do trabalho, pretende-se, ampliando a compreensão acerca do problema e identificando alguns aspectos envolvidos ao longo da trajetória do estudo do ensino superior médico, verificar as possibilidades de adequação do currículo em vigor às apostilas legais na otimização do diálogo entre o discurso acadêmico e as demandas sociais cada vez mais urgentes e emergentes, sem pretender esgotar o assunto.

Palavras-chave: Currículo Médico – Currículo da Graduação em Medicina – Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ABSTRAT

This study aims at showing and questioning the Medical Degree Curriculum's appropriateness taking into account today's constant changing social environment. It does this through the study of some intervening factors that integrate a pedagogical project that is based on the National Curriculum Directives for a degree in medicine. Researching the College of Surgery and Medicine degree program of the federal University of Rio de Janeiro - UNIRIO, this study questions the pedagogical project through the interdisciplinary perspective as means to better adapt new graduates to the present plural society, wich demands a highly qualified professional with deep theoretical knowledge that endows the doctor with competencies that surpass the specificities of the medical action's fields. This discussion originates with public policies for this level through the study of the National Curriculum Directives and of the resulting curriculum, in the area of ideology, culture and power. As a conclusion, by stretching the understanding of the issue and identifying some related aspects throughout the history of medical superior education, this study intends to check the possibilities of adapting the present curriculum in accordance with legal guidelines to optimize the dialogue between academic discourse and increasingly urgent and emerging social demands, without attempting to exhaust the subject.

Key words: 1. Medical Degree Curriculum – 2. Pedagogical project through the interdisciplinary perspective – 3. Medical education.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	DELINEAMENTO DA PESQUISA	14
2.1	Considerações Iniciais	14
2.2	Problema e Escopo	15
2.3	Abordagem Metodológica	15
2.4	<i>Locus</i> do Trabalho	17
3	ESTADO, SOCIEDADE E ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA	19
3.1	Trajetória da Escola de Medicina e Cirurgia	23
3.2	Estado, Sociedade e Escola de Medicina e Cirurgia	25
4	ESTADO, SOCIEDADE E CURRÍCULO DO ENSINO MÉDICO	28
4.1	Teorias do Campo do Currículo	29
4.1.1	Teorias Tradicionais	32
4.1.2	Teorias Críticas	34
4.2	Trajetória do Currículo no Brasil	37
4.3	Estado, Sociedade e Currículo do Ensino Médico	44
5	ESTADO, SOCIEDADE E DIRETRIZES CURRICULARES	47
5.1	Diretrizes Curriculares	48
5.2	Trajetória do Ensino Superior em Medicina	50
5.3	Diretrizes Curriculares em Medicina	56
5.4	Estado, Sociedade e Diretrizes Curriculares em Medicina	62
6	ENSINO MÉDICO NA ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA	65
6.1	Desafios para um Currículo de Medicina	65
6.1.1	Em Relação ao Ideal Concebido	68
6.1.2	Em Relação ao Currículo Estabelecido	72
6.1.3	Em Relação à Articulação das Disciplinas	80
6.1.4	Em Relação à Estrutura Existente	92
6.1.5	Em Relação à Cultura Existente	96
6.2	Estado, Currículo e Escola de Medicina e Cirurgia	104
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
	ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
	ANEXO II – Roteiro da Entrevista	

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O trabalho de dissertação de mestrado carrega em sua matriz-primeira a essência do espírito messiânico intrínseco ao brasileiro, evidenciado em seus primeiros momentos no período do Modernismo, pois nele se desvela tanto a pureza da força de uma contribuição intelectual, na tentativa de promover uma mudança social, como a ingenuidade domquixotiana de que isso se dará no mais curto espaço de tempo possível. Este sentimento permeia a mente de todo intelectual que se envolve pelo campo apaixonante da educação em seus múltiplos vieses, facetas, recortes e nichos.

O campo escolhido neste trabalho foi o currículo e a idéia de formular esta pesquisa se deu a partir dos estudos preliminares requeridos na elaboração do currículo e de sua implementação decorrente de cursos solicitados pelo Centro de Estudos de Pessoal¹, escola de especialização de militares brasileiros e de nações amigas.

Na ocasião, nas discussões dos grupos multidisciplinares, vivenciou-se a riqueza das várias contribuições das diversas vertentes pedagógicas envolvidas na sistemática de criação de um curso para suprir as carências daquela instituição, em decorrência das mudanças e das exigências das demandas do mundo atual.

Como orientação para o desenvolvimento do projeto, o Exército, vivendo outro momento da realidade nacional e buscando integrar-se à comunidade acadêmica, sugeriu que os trabalhos observassem as leis que orientavam e normatizavam o ensino superior do país sem, entretanto, se descurar da ideologia positivista, característica que marcou a instituição militar brasileira desde a Proclamação da República.

¹ O Centro de Estudos de Pessoal é uma escola do Exército Brasileiro que promove, em convênio com a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (Port. nº 4056/03) e com a Universidade Federal Fluminense (Port. nº 2562/04), cursos credenciados pelo MEC de especialização *lato sensu* nas áreas de Pedagogia, de Psicologia, de Comunicação Social e Informática.

Estas preocupações assinaladas dentro de uma formalidade institucional nos instigaram, pois vimos naquela postura um terreno fértil para se discutir a ideologia, o poder e a cultura subjacente a um currículo e o problema que as instituições de ensino superior estavam enfrentando no embate entre a burocracia decorrente da normatização e um mundo cada vez mais mutante.

Assim, surgiu o interesse pelo campo do currículo na educação superior e a escolha recaiu sobre o curso de Medicina porque este campo abrange uma maior gama de possibilidades de discussões acerca tanto do conteúdo das disciplinas (porque a área transita desde a especificidade das especializações, em uma visão mais disciplinar e positivista, até uma visão mais integrada e interdisciplinar do paciente em um diagnóstico) como nas competências delas decorrentes, além da área médica ter, a partir da atuação de seus profissionais, uma repercussão significativa e palpável na comunidade onde estes profissionais estiverem inseridos.

Diante da magnitude do trabalho a ser realizado, frente às dificuldades inerentes à elaboração da pesquisa nos limites de tempo e recursos peculiares à realização do Mestrado, restringiu-se a pesquisa ao estudo do planejamento do ensino e à atuação do professor neste processo no curso de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), refletindo acerca da adequação do currículo atualmente praticado face a uma sociedade plural, na tentativa de reduzir a distância entre o profissional da graduação médica e a população que ele vai assistir.

A pesquisa se dá em torno da análise e da reflexão acerca do projeto pedagógico que orienta o currículo a ser praticado pelo estabelecimento de ensino superior, e o currículo estabelecido pelas apostilas legais – Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995; Lei nº 9.394 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), de 20 de dezembro de 1996; Parecer nº: CNE/CES 1.133/2001, aprovado em 07 de agosto de 2001 –, que abordam as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação.

A partir do estudo da Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, reflete-se sobre as relações que devem existir entre o ensino acadêmico crítico e a sociedade contemporânea, questionando as possibilidades das propostas que incluam e propiciem a interdisciplinaridade, a transversalidade e a flexibilização, previstas na

orientação geral do Estado, observadas na realidade da universidade, com vistas à adequação do formando a um cotidiano social cada vez mais complexo, destacando-se, como já foi referido anteriormente, que a análise se circunscreve às práticas do curso de graduação em Medicina da UNIRIO.

Ao final, infere-se os possíveis caminhos que poderão conduzir a um espectro de uma solução mais adequada dentro das incertezas constituintes do problema de um currículo que atenda uma sociedade em constante movimento de mudança, sem se pretender esgotar ou mesmo encerrar as percepções e outras conclusões que possam advir de outros estudos acerca desta temática.

CAPÍTULO II

DELINEAMENTO DA PESQUISA

2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O mundo vem passando por profundas modificações e transformações no início deste século. Vive-se hoje um momento de mudanças acentuadas. Um momento de transição caracterizado em parte pela falência da ordem científica estabelecida que, não atendendo demandas sociais essenciais da humanidade no seu universo, vem transformando o ser humano em uma mercadoria de troca em balcões de laboratórios do mundo todo.

Santos (2002) anuncia a ruptura que está se instalando.

É simultaneamente um processo de superação e um processo de obsolescência. É superação na medida em que a modernidade cumpriu algumas das suas promessas, em alguns casos até em excesso. É obsolescência na medida em que a modernidade já não consegue cumprir outras de suas promessas. Tanto o excesso como o déficit de cumprimento das promessas históricas explicam nossa situação presente, que aparece, à superfície, como um período de crise, mas que, em nível mais profundo, é um período de transição paradigmática (p. 49).

Para sobreviver neste cenário, há necessidade, de pessoas competentes e adaptadas a esta realidade, quer para fazer face à dinâmica dessa emergência, quer para atuar nesse todo complexo, que se constrói e se reconstrói indefinidamente, buscando eternizar a ideologia do poder dominante.

Assim, neste ambiente de transformações do mundo contemporâneo, grande importância deve ser atribuída tanto à formação de um profissional crítico, adaptado a um conhecimento que se transforma e se reorienta em ciclos cada vez menores, como à formação de um profissional mais perspicaz e mais sintonizado com esse contexto, pois, dessa forma, ele poderá cumprir um papel relevante na tomada de decisões, respeitando as múltiplas identidades culturais existentes no país e atuando na condição de agente operativo das políticas pretendidas pelo Estado e desejadas pela população.

2.2 PROBLEMA E ESCOPO

Na sociedade, são constantes as críticas ao tipo de ensino que é praticado nas universidades e a qualidade do profissional por ela formado.

Normalmente, estas afirmações referem-se às exigências do mercado de trabalho que, com o advento da tecnologia crescente, tornou a convivência com esse quadro mais difícil. O problema não é novo, nem a universidade esteve imobilizada em relação a ele.

Fávero (1980) assinala esta questão.

A universidade não está fora da história do país, porque cada evento, cada fato social só pode ser compreendido e conhecido no conjunto de suas relações com o todo, isto é, pela ação que opera sobre esse todo e pela influência que dele recebe.

Nos debates acadêmicos sobre a universidade são freqüentes as colocações ou afirmações como: a universidade não leva em consideração o contexto histórico, ou há uma defasagem entre o ensino universitário e a realidade. Longas discussões são travadas a respeito da postura dos professores e dos alunos frente aos problemas da realidade (p. 17).

Diante dos reclamos da sociedade e vivendo o advento anunciado do momento de transição decorrente do estado contemporâneo, trazendo em seu bojo um mundo de transformações cada vez mais imediatas, pretende-se neste estudo, a partir da compreensão dos processos históricos que balizaram o ensino superior no Brasil, refletir sobre o projeto pedagógico e refletir sobre o papel do professor do ensino médico inserido neste contexto, como meios de aproximar o conteúdo que está sendo transmitido à realidade cotidiana do profissional formado pela universidade, e verificar em que condições estão sendo processadas a adequação do currículo vigente da UNIRIO às orientações propostas pelo Estado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina, respeitada a vocação peculiar da universidade.

2.3 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

A interpretação das mudanças da sociedade orienta a pesquisa em toda a sua proposição, partindo-se do conhecimento geral da situação complexa,

estudando-se as suas partes constitutivas e, posteriormente, reorganizando o todo e fazendo as considerações e as correções de rumo adequadas ao que for levantado no processo.

Para este fim e no intuito de se compreender as múltiplas dimensões de significado envolvidas no tema, será realizada uma entrevista com a direção do estabelecimento de ensino superior para se entender as possibilidades, as limitações e as estratégias concebidas no projeto do curso e entrevistas com os professores que compõem o corpo docente, problematizando as questões referentes ao papel do professor universitário médico na observância do conteúdo do currículo praticado e a sua adequação à realidade social, refletindo acerca do uso da interdisciplinaridade no ensino superior médico como uma prática docente, na tentativa de facilitar ou contribuir de alguma forma para a sintonia fina dos conteúdos curriculares com a práxis cotidiana, dentro da orientação do Estado.

Nesse contexto, não serão adotadas posições extremas, quer ortodoxas, quer utópicas, face a qualquer das questões discutidas. Ao contrário, procurar-se-á retirar das partes constituintes as experiências – erros e acertos – na tentativa de oferecer proposições exequíveis na orientação do planejamento pedagógico e o currículo decorrente do curso de Medicina, dentro da realidade vivenciada pela universidade.

Com esse entendimento, os fenômenos sociais aqui são compreendidos em sua totalidade, em suas múltiplas facetas, e as relações e os fatos em ebulição existentes nesses fenômenos, bem como, a dinâmica de funcionamento do todo, são olhados simultaneamente, considerando que nada é isolado.

O olhar hermenêutico das apostilas legais e da sociedade nesta pesquisa buscará tanto captar o movimento que engendra os contraditórios, que se opõem e se complementam, como fará com que esses se choquem e se quebrem ou se superem, na busca do entendimento da ligação que os une.

Ciente de que a unidade social não existe e que isolar um fato ou um fenômeno (e conservá-lo neste isolamento) é privá-lo de sentido, de explicação, de conteúdo, tentar-se-á interpretar o ideal determinado pelo Estado e propor o que é possível e exequível para a universidade em estudo, buscando atender as demandas da sociedade. Adota-se este procedimento por se entender que ele revela-se abrangente, por se ligar a princípios mais universais, e fecundo, por ser

capaz de detectar alguns aspectos da sociedade mais significativos (LEFEBVRE, 1983).

Esta visão ainda possibilita compreender o conjunto das conexões internas subjacentes à sociedade, seus aspectos e o seu desenvolvimento, além de facultar a compreensão dos momentos contraditórios vividos no desenvolvimento social, analisando as lutas, as empreitadas, as resistências e as contradições das apostilas legais, bem como, o movimento, as possibilidades, as limitações e as tendências na interação dos elementos em presença.

Partindo do pressuposto de que a produção do conhecimento é social, procura-se, no envolvimento da pesquisa com o momento presente, estabelecer, através da ideologia, da cultura e das relações de poder incorporadas ao currículo, uma relação com a vida cotidiana profissional do médico por meio de uma pesquisa qualitativa.

Pretende-se, assim, refletir acerca do melhor caminho a ser seguido na atualização e na sistematização do projeto pedagógico a ser proposto, na tentativa de aproximá-lo da realidade e da subjetividade de um meio social cada vez mais complexo por meio de reflexões acerca da interdisciplinaridade e da flexibilização propostas nas diretrizes governamentais, promovendo o diálogo entre a sociedade, a comunidade acadêmica médica e o Estado.

2.4 LOCUS DO TRABALHO

A Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) foi escolhida como *locus* desta pesquisa por ter procedido uma revisão curricular em 1999, de acordo com o ordenamento legal da época (Lei 5.540/68), quando vigia uma orientação médica espelhada na vertente positivista americana centrada na doença, momentos antes de terem sido propostas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina pelo Estado.

O currículo adotado em 1999, ainda em vigor com algumas poucas modificações, centrado no professor, compõe-se de disciplinas, distribuídas por semestre, com um enfoque multidisciplinar, em uma formatação mais ou menos seriada, que é minimizada pela introdução dos créditos.

Com a adoção das Diretrizes Curriculares, a Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO sentiu a necessidade de um replanejar, de um reorientar o que foi proposto em 1999, a fim de adequar as suas ações à realidade determinada pelo Ministério da Educação por meio das apostilas legais, respeitadas a vocação da universidade.

Nesse sentido, a pesquisa buscará com este estudo realizar um diagnóstico da situação atual que poderá servir como uma das reflexões para uma futura proposta de reforma curricular, sugerindo caminhos para a sintonia pretendida pela direção da Escola às Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina.

CAPÍTULO III

ESTADO, SOCIEDADE E ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA

O ensino superior brasileiro, eivado de avanços e de retrocessos decorrentes do amadurecimento lento do processo de consolidação do estado capitalista brasileiro nesses mais de 100 anos de República, esteve exposto às nuances dos momentos políticos vividos pelo país que em certos aspectos e de certa forma balizaram a sua trajetória.

Em um primeiro momento (1889/1964), a República foi impactada por ideologias na década de 1920/1930 que, até em certa medida, concorreram para a adoção pelo país da Ditadura Vargas (cristalização de um estado nacional a partir da negação ao comunismo, entre outros aspectos) e, mais tarde, em 1964, nessa mesma linha, o Estado brasileiro foi instado a optar, novamente, como consequência da divisão do mundo, grosso modo, pelas duas superpotências (Estados Unidos e União Soviética). A receita que já tinha dado "certo" no passado contra o comunismo no governo Vargas foi reeditada e o país viveu um regime militar, pela segunda vez.

Em um segundo momento (1964/1985), o regime militar, com um governo mais alinhado com os Estados Unidos desde a II Guerra Mundial, ratificou essa condição, consolidando uma linha capitalista para o Brasil mais próxima dos interesses daquele país que passou a "orientar" os currículos brasileiros, observando o pensamento americano.

Ainda que a Assembléia Nacional Constituinte e, mais tarde, a Constituição de 1988 tenham tentado minimizar este aspecto em certo nível, o ensino superior neste período reeditou em seus currículos a corrente americana tecnicista. O reflexo dessa postura na graduação em Medicina foi a adoção de um currículo com um grande número de disciplinas, centradas no professor e fortemente voltadas para a especialização das áreas de estudo.

Em um terceiro momento (1985/2005), a partir da entrada no país das teorias críticas que vinham se processando desde a década de 1970 e a partir de autores como Santos (2002), que fez a crítica à racionalidade, e Lukacs (2002), que

assinalou a adoção pelo capitalismo de parte do ideário socialista para tentar minimizar os dois problemas que o capitalismo não tinha conseguido resolver – a pobreza e a educação –, o ensino superior iniciou uma reflexão acerca do que vinha sendo propugnado pelo *Paradigma Positivista do Ensino Médico*², sugerindo uma abordagem mais crítico-social de seus currículos a partir do *Paradigma da Integralidade da Formação Médica*³.

Assim, percorrendo-se o período republicano, balizado por esta periodização⁴, marcada por esses três momentos, escolhidos apenas como referência, no intuito de assinalar os encontros e desencontros da educação brasileira na área médica em seus principais eixos teóricos, ter-se-á uma visão global das principais correntes que tiveram repercussão no ensino superior, compreendendo-se o que ocorreu e inferindo-se acerca do que está por vir.

Constata-se que o ensino de Medicina não está fora da História do Brasil, porque ele está imbricado com tudo o que acontece na sociedade.

Fávero (1980) assinala que

cada evento, cada fato social só pode ser compreendido e conhecido no conjunto de suas relações com o todo, isto é, pela ação que opera sobre esse todo e pela influência que dele recebe. Partindo desta colocação, podemos dizer ainda que o fato ou fenômeno social é também um fato histórico na medida em que é examinado como momento de um determinado todo, desempenhando dupla função, a única capaz de fazer dele efetivamente um fato histórico: de um lado definindo a si mesmo, e de outro definindo o todo (p. 17).

Dessa forma, para se conhecer as instituições universitárias de um determinado período, é preciso compreender-se a proposta daqueles que a fundaram, a dirigiram e conduziram as reformas nesses estabelecimentos de ensino "mas, mais do que isto, é fundamental compreender o porquê desses fatos, a estrutura da realidade em que eles se manifestam e o que procuram ocultar" (FÁVERO, 1980, p. 18).

² Relatório Flexner, produto da reavaliação do ensino médico nos Estados Unidos em 1910.

³ Esta vertente do ensino médico surgiu na década de 1980 em oposição à orientação tradicional positivista americana, centrada na doença, que vinha sendo praticada (e em muitos casos ainda continua sendo).

⁴ A pesquisa propõe esta periodização – A Disputa (1889/1964); A Opção (1964/1985); A Transição (1985/2005) – por entender que estas quadras de tempo marcam de forma mais significativa as rupturas e as opções político-econômicas brasileiras que tiveram repercussão no campo do currículo.

Nesse sentido, observa-se que em maior ou menor grau, dependendo do contexto histórico que o Brasil viveu, o Estado, por meio da classe política diretiva, percebeu o significado da educação como mecanismo de controle social das grandes massas e, conseqüentemente, utilizou o ensino superior como um instrumento de manutenção do *status* de poder por ele conquistado.

Saviani (1976, p. 196) assinala que, à guisa de "uma modernização tecnoburocrática, pela submissão aos ditames do poder central, que serve para reforçar uma estrutura de poder mais conservadora e com maiores condições de reproduzir suas próprias estruturas autoritárias", o ensino superior foi um instrumento na mão da elite intelectual que controlava o Estado para cooptar ou conformar as classes subalternas, procurando fazer com que estas reproduzissem uma ideologia pré-determinada.

Fávero (1980) define a relação entre a universidade e o poder instituído de forma precisa quando diz que

a educação, como prática social, está profundamente comprometida com a realidade do país onde se desenvolve: realiza-se através de instituições subordinadas ao sistema ideológico que legitima e justifica a sociedade como um todo.

Partindo do aspecto histórico-social, da formação de nossas primeiras escolas e de **nossas primeiras universidades, observamos nessas instituições – desde as primeiras até as atuais – uma dependência estrutural que delimita uma rígida estrutura de classes e dá lugar a uma política cultural, onde o papel que exercem tem sido, em geral, o de reforçar os laços de dependência, através da manutenção das classes dominantes** (p. 22, grifo do autor).

Na condição histórico-social específica, em decorrência de episódios que marcaram o período republicano, verifica-se que as instituições universitárias não possuíam um relacionamento muito harmonioso com as estruturas de poder.

A todo momento, elas buscavam a autonomia do pensar e do agir (que sempre lhe foram restritas), assumindo uma postura mais crítica em relação às políticas de governo, na tentativa de atingir e de atender da melhor forma a sociedade.

Por seu turno, e em um movimento de oposição, o Estado contra-atacava, por meio de um sistema de ensino regido por normas e diretrizes que formatavam as políticas públicas que, ora restringiam, ora conformavam o fazer da universidade.

Essa dicotomia entre Estado e educação superior só prejudicou o ensino nesse nível pois, normalmente, as políticas eram fundamentadas em pesquisas macrossociais e fortemente orientadas pelos interesses daqueles que controlavam a economia nacional e a economia internacional, reproduzindo os interesses do capitalismo, que nem sempre atendiam os anseios da sociedade, em geral, e da classe trabalhadora em particular.

Assumindo que a universidade sintetiza o histórico, o cultural, o político, o econômico, ou seja, sintetiza a realidade humana de uma nação em seu conjunto, pode-se dizer que a universidade brasileira surgiu em meio aos pensamentos educacionais reformadores, temperados pelas ideologias que aportaram no país no início do século XX, tudo unguado por um modelo de ideário nacionalista-desenvolvimentista que foi implementado pela elite dominante à revelia da população⁵.

Ao longo dessa trajetória, na tentativa de se acabar com as disputas internas, vários foram os decretos, as leis, as normas e os pareceres que regulamentaram a educação superior, pois não havia de uma maneira geral um discurso conciliatório consistente que pudesse ser implementado em nível de país, ainda que várias idéias de modelo tenham sido tentadas.

Nesse contexto, a educação superior permaneceu (e ainda continua sendo) submetida às indefinições ideológicas; aos interesses da elite; às correntes de pensamento pedagógico; à ganância do setor privado; entre outras, enfim o ensino superior foi e vem sendo um verdadeiro palco de disputas e de contradições de todas as ordens.

Estes erros, omissões e indefinições concorreram, junto a outros fatores econômicos e sociais, para que o país chegasse nos dias de hoje com um ensino superior médico necessitando de ajustes para se adequar tanto à realidade contemporânea como às orientações estabelecidas pelas normas reguladoras do Estado.

⁵ No período compreendido entre 1930 a 1980, o Brasil teve um crescimento médio de 6% ao ano às custas de uma concentração de renda na mão de poucos e do empobrecimento das classes menos favorecidas, decorrentes de políticas públicas discutíveis.

3.1 TRAJETÓRIA DA ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA

As origens da Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO remontam o início do século XX, quando, em 02 de dezembro de 1912, foi fundada pelo Doutor Licínio Athanásio Cardoso, presidente do Instituto Hahnemanniano do Brasil (IHB), a Faculdade Hahnemanniana do Rio de Janeiro que era orientada para a formação de médicos e farmacêuticos que desejassem professar a Homeopatia. Nessa ocasião, a faculdade era constituída pelos cursos de Medicina (6 anos) e de Farmácia (2 anos) e, no desenvolvimento dos currículos praticados, o ensino de Medicina homeopática era ministrado em conjunto e comparativamente à Medicina alopática.

A equiparação da Faculdade Hahnemanniana às faculdades de Medicina congêneres federais se deu em 05 de dezembro de 1921⁶, após o governo ter reconhecido oficialmente Homeopatia como prática clínica de todos os formandos em escolas oficiais por meio do Decreto nº 3.540, de 25 de setembro de 1918.

Em 1922, a faculdade ministrava quatro cursos regulares (Medicina, Farmácia, Obstetrícia e Odontologia) e, em 1924, o Conselho de Ensino Superior propôs a mudança do nome para Escola de Medicina e Cirurgia do Instituto Hahnemanniano.

Finalmente, em 07 de dezembro de 1948, o Instituto Hahnemanniano desvinculou-se da Escola, conferindo-lhe autonomia, quando ela então passou a denominar-se Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

A recém-criada Escola foi organizada nessa ocasião como sociedade civil, cujos sócios eram os seus próprios docentes, tendo o seu estatuto sido homologado pelo Ministério da Educação e Saúde, em 28 de abril de 1950.

Pela Lei 3.271, de 30 de setembro de 1957, foi incorporada ao Sistema Federal de Ensino, tendo-lhe sido imputada a obrigação de manter o ensino da Homeopatia em seu currículo por meio das disciplinas Clínica Médica Homeopática, Matéria Médica Homeopática e Terapêutica Clínica Homeopática.

Em 1965, a Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro passou à condição de fundação, o que possibilitou a incorporação ao seu patrimônio, em

⁶ De acordo com Parecer do Conselho Superior de Ensino e com o Art. 12, do Decreto nº 11.530, de 18 de março de 1915, combinado com o disposto no Art. 8º, Letra "c", da Lei nº 3.454, de 06 de janeiro de 1918 (D.O.U. de 08 de dezembro de 1921).

1966, do Hospital Gaffrée Guinle, desapropriado pelo Decreto nº 53.335, de 23 de dezembro de 1963.

No regime militar, no bojo da Reforma do Ensino Superior (1968), consignada na Lei nº 5.540/68, foi criada pelo Decreto nº 773, de 20 de agosto de 1969, a Federação das Escolas Federais Isoladas da Guanabara (FEFIEG) que congregava 07 (sete) estabelecimentos de ensino:

- Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro;
- Escola de Enfermagem Alfredo Pinto;
- Escola Central de Nutrição;
- Curso Superior de Teatro (Serviço Nacional de Teatro);
- Instituto Villa-Lobos;
- Curso de Biblioteconomia (Biblioteca Nacional);
- Instituto Nacional do Câncer.

Em função da unificação dos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara (1975), a FEFIEG trocou a denominação para FEFIERJ e, em 05 de junho de 1979, ela passou a integrar a recém criada Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Com o novo contexto universitário, o curso de Medicina passou a denominar-se Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIRIO⁷.

Em 1980, o Conselho Federal de Medicina incluiu a Homeopatia entre as especialidades médicas e com a paulatina consolidação do campo na área médica e através de encontros nacionais realizados pelos estudantes interessados nesse setor, retornou-se às origens em 1996, retomando o nome tradicional da escola – Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO.

No que se refere ao currículo do curso implementado na década de 1970, o Departamento de Estudos Homeopáticos oferecia três disciplinas optativas – Matéria Médica Homeopática; Terapêutica Homeopática e Clínica Homeopática.

Na reforma curricular, levada a efeito no curso de graduação da Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO, em 1999, foi aprovada a obrigatoriedade da disciplina Matéria Médica Homeopática, como pré-requisito da disciplina de Semiologia, sendo ainda oferecidas as disciplinas optativas Terapêutica Homeopática e Clínica Homeopática.

⁷ A escolha do novo nome para o curso de Medicina era coerente com o pensamento curricular que vigia no país na época.

Pode-se verificar as marcas da ideologia, do poder e da cultura que permearam a trajetória curricular da graduação da Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO, praticadas nas diferentes épocas de seu percurso, através da dualidade assinalada entre a Homeopatia e a Alopacia.

Vale ressaltar que dessa disputa e dessas lutas internas travadas entre estes dois campos científicos, aflorou a consciência da oposição das duas linhas médicas e, mais do que isso, a tentativa de uma convivência nos embates, respeitadas as filosofias particulares.

Atualmente, a Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro possui um curso de graduação em Medicina com 12 (doze) períodos, oferece 36 (trinta e seis) cursos de Pós-graduação *lato sensu* nas diversas especialidades médicas e ainda possui 1 (uma) curso de Pós-graduação *stricto sensu* na área de Neurologia.

Vários programas de residência médica, desvinculados da Escola de Medicina e Cirurgia, são oferecidos pelo Hospital Gafrée Guinle.

3.2 ESTADO, SOCIEDADE E ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA

Após se percorrer o processo sócio-histórico brasileiro, pode-se compreender a trajetória das políticas de educação superior para a área médica, suas mudanças de direção, bem como, as reformas que vêm sendo implementadas, principalmente a partir da década de 1970, onde as opções foram demarcadas por interesses político-econômicos articulados às mudanças no cenário capitalista que vinham sendo edificadas no país ao longo do período.

Nesse sentido, pode-se dizer que as recentes reformas no ensino superior, no geral, e na área médica, em particular, não se deram com a LBD/96, considerada por alguns educadores como uma lei complementar, pois a LDB foi precedida pela Lei nº 9.192/95, que mudou os procedimentos na escolha dos dirigentes das universidades federais, alterando a composição do colégio eleitoral; pela Lei nº 9.131/95, que regulamentou o Conselho Nacional de Educação e instituiu as avaliações periódicas nas instituições e nos cursos superiores; pelo Decreto nº 2.026/96, que definiu procedimentos para a avaliação das instituições e dos cursos

superiores e pela Portaria nº 249/96, do MEC, decorrente da Lei nº 9.131/95, que resultou no Exame Nacional de Cursos. Estas apostilas legais (leis, decretos e portarias) já sinalizavam a direção que seria observada pelo Estado brasileiro no encaminhamento do ensino superior.

Além disso, o Estado foi fazendo a adequação das políticas públicas, especialmente das políticas sociais, a partir de propostas e de projetos que se configuravam tanto pela minimização do papel dele Estado como pela interpenetração das esferas pública e privada, pois o capitalismo internacional, sob a égide da globalização dos mercados, orientava a política interna do país nessa direção.

Este *modus* proceder da política brasileira, neste momento de mudanças em todas as esferas do conhecimento, vem trazendo reflexos profundos na educação superior e, conseqüentemente, no ensino da graduação em Medicina, bem como na prática profissional do médico recém-formado pela universidade.

Nesse sentido, a pesquisa na tentativa de estudar a adequação do currículo da Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO às propostas que estão sendo sugeridas pelo Estado no que se refere às Diretrizes Curriculares Nacionais e, ao mesmo tempo, de buscar atender as demandas de uma sociedade cada vez mais carente na área médica, em função das singularidades dos atendimentos, se propôs a refletir sobre o projeto pedagógico proposto e as conseqüências curriculares decorrentes, tudo na visão dos professores.

O estudo da adequação curricular parte do pressuposto que a qualidade no ensino médico deva ir ao encontro do princípio que identifica o desenvolvimento cognitivo centrado no aluno como o grande objetivo explícito de sua orientação educacional e pelo princípio da ênfase na educação como a maior responsável pelo desenvolvimento de valores e de atitudes do cidadão.

Assim, a reflexão curricular pretendida respeitará tanto as características dos alunos do curso de Medicina como o contexto onde eles serão inseridos, além de considerar as avaliações diagnósticas, centradas no processo de ensino-aprendizagem; no material de ensino; na infra-estrutura física e nas instalações; nos recursos humanos; na administração da escola; entre outras, como instrumentos de retroalimentação, de ratificação ou de retificação de rumos a serem edificados pelo planejamento.

Age-se dessa forma, por entender-se que nos cenários de mudança vividos, que impõem desafios às sociedades e aos estados nacionais, é imperativo fazer, de um lado, uma reflexão realista acerca dos riscos e das oportunidades do processo econômico em curso, na tentativa de se transformar e de se adaptar às novas demandas do mundo contemporâneo e, de outro, adotar uma postura crítico-criativa, com vistas a melhorar as condições de relacionamento profissional no atendimento médico de grande parte da população desprotegida por essa dinâmica.

Moreira (1993), quando discutiu a construção do conhecimento, em certo aspecto, percebeu esta necessidade quando assinalou que o currículo baseado em disciplinas tradicionais não garantia a formação de cidadãos ativos.

Tal procedimento não torna o currículo crítico. **O essencial é que as disciplinas tradicionais sejam criteriosamente examinadas e aí, então, quando necessário, eliminadas ou substituídas por outras. Trata-se de se verificar crítica e cuidadosamente se há espaço para elas no currículo e, se concluirmos que há, trata-se, então, de analisá-las, de desmistificar sua neutralidade, de entender suas origens, seus elementos ideológicos e de reorientá-las** (p. 83, grifo do autor).

Dessa Forma, a pesquisa infere que uma proposta curricular geral de ensino médico para um dado curso deve incorporar uma *Tendência Curricular Crítica Ampliada*, onde se utilize de forma simultânea e complementar parte dos conceitos abrangidos pela *disciplinaridade* dos conteúdos a serem ministrados (que tantos desenvolvimentos trouxeram à ciência médica), interconectando estas disciplinas de múltiplas formas pelo uso tanto da interdisciplinaridade como da transversalidade, além de facultar aos alunos o construir e o percorrer de outros caminhos através da flexibilização curricular.

Tal proposta curricular se situaria na perspectiva do *Paradigma da Integralidade da Formação Médica*, pois este paradigma incorpora a um currículo as práticas na área de saúde pública pretendidas (prevenção) mais voltadas da realidade local, na tentativa de oferecer ao aluno instrumentos para os diálogos e para as negociações com os diversos sujeitos que serão atendidos por eles na complexidade da vida cotidiana.

CAPÍTULO IV

ESTADO, SOCIEDADE E CURRÍCULO DO ENSINO MÉDICO

O trabalho se orienta pela tentativa de minimizar o *gap* decorrente da velocidade das mudanças do mundo atual e da obsolescência do modelo cientificista de progresso por meio de um planejamento adequado que favoreça um estudo do campo do currículo, tangenciando ora a trajetória circunscrita por MOREIRA (2004), ora a narrativa de SILVA (2005), ora os ensinamentos de JAPIASSU (1976).

A pesquisa procura observar a ideologia subjacente ao currículo em cada momento histórico, partindo do pressuposto que todo conhecimento é interessado, desenvolvido por HABERMAS (1990), na tentativa de responder se um projeto pedagógico orientado para uma teoria curricular crítica seria capaz de promover uma educação do estudante de Medicina mais próxima da realidade do mundo que o cerca e o limita, entendendo-se que a convivência social pretendida, alicerçada por pilares culturais, históricos, geográficos, políticos, econômicos, se processa a partir de um todo complexo, orientando a vida cotidiana.

Nessa perspectiva, a partir de uma proposta curricular mais adequada, procurar-se-á refletir sobre o papel do médico e de sua formação nesse contexto.

A sociedade dinâmica tomada em seu todo ou a partir de um de seus extratos, em um movimento de organização, desorganização e reorganização, baliza a formação do cidadão que precisa aprender a viver no espaço comum, respeitando a coisa pública, convivendo de forma solidária, sendo generoso com o próximo e exteriorizando um comportamento social desejável.

Com essa compreensão, julga-se que a semelhança entre homens ou grupos não pode ser considerada um atributo único da natureza, consubstanciado por uma cultura comum, a partir da reprodução dos valores determinados pelo grupo dominante, mas sim a partir de lutas e conflitos permanentes.

Assim, a preocupação com a "interação dinâmica entre cultura, ideologia, estado e economia; o poder das resistências à opressão e a influência de ações

discriminatórias na organização e desenvolvimento de práticas discriminatórias" devem sempre ser fruto de permanente discussão (MOREIRA, 2004, p. 74).

Há que se planejar a prática em toda a sua complexidade, complexidade esta que transcende o simples atender de objetivos e de conteúdos previstos no currículo oficial (currículo escrito), porque, além disso, pressupõe-se a existência da intervenção operativa do diplomado médico na sociedade, tanto na crítica à reprodução da ideologia vigente como na implementação de novas ideologias, as quais ele será o pólo irradiador, a partir de suas leituras pessoais e particulares (SACRISTÁN, 2000).

Com esse entendimento, a pesquisa infere que por meio de um projeto pedagógico adequado pode-se promover a aproximação do currículo praticado às perspectivas sugeridas pelo *Paradigma da Integralidade da Formação Médica*, transmitindo os conteúdos inerentes à prática profissional médica no cotidiano em sintonia com o que prescreve as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Medicina.

4.1 TEORIAS DO CAMPO DO CURRÍCULO

Centrado na vontade dirigida conscientemente à obtenção de um resultado por ocasião da seleção, da organização do conhecimento e da prática, a pesquisa, com os olhos voltados para seu objeto, assume a perspectiva do *Paradigma da Integralidade da Formação Médica* como a orientação que deve nortear o currículo do médico em uma linha mais filosófica e sociológica.

Na perspectiva filosófica, a seleção, a escolha, a adoção e o encadeamento dos conhecimentos e das competências envolvidas na construção do currículo voltam-se para o desenvolvimento de um sujeito o mais pleno possível a partir dos referenciais passados, da realidade do presente e das perspectivas de futuro.

Assume-se aqui essa postura por se entender que não se pode, em uma área tão sensível como o é a área médica, deixar de se levar em consideração o saber, a experiência e a tradição acumuladas por grupos e grupos de especialistas que construíram e edificaram, com erros e acertos, a ciência médica e suas especificidades ao longo de sua trajetória histórica.

Na outra via, da mesma forma, julga-se que não se pode deixar de lado a perspectiva sociológica que evidencia, na seleção do conhecimento, um instrumento de poder, interessado na organização articulada dos saberes médicos, com vistas a adequar esse sujeito às características preconizadas pelo grupo que detém esse *status*.

Dessa forma, a expressão *o que ensinar* das teorias de currículo não deve estar dissociada da presunção que se tem *da transformação que se deseja operar nos graduados*.

No dizer de Silva (2005),

No fundo das teorias do currículo está, pois, uma questão de "identidade" ou de "subjetividade". Se quisermos recorrer à etimologia da palavra "currículo", que vem do Latim *curriculum*, "pista de corrida, podemos dizer que no curso dessa "corrida" que é o currículo acabamos por tornar o que somos. **Nas discussões cotidianas, quando pensamos em currículo pensamos apenas em conhecimento, esquecendo-nos de que o conhecimento que constitui o currículo está inexplicavelmente, centralmente, vitalmente, envolvido naquilo que somos, naquilo que nos tornamos: na nossa identidade, na nossa subjetividade** (p. 15, grifo do autor).

Por se perceber o médico como um agente social por meio de sua prática, adota-se uma postura mais próxima do perfil concebido pelo *Paradigma da Integralidade da Formação Médica* e entende-se o currículo não como algo fixo, posto, mas como uma entidade fluida que, dentro de sua historicidade, perpassa o todo social em seus diversos níveis, interagindo com as mudanças e com as flutuações cotidianas.

Dessa forma, o campo curricular em constante movimento, traduzido através das continuidades e das rupturas sociais, é estudado dentro da janela histórica de tempo considerada.

Na compreensão do significado do campo, a pesquisa se impõe olhar para o currículo não como resultado de um processo social necessário de transmissão de valores, conhecimentos e habilidades, em torno dos quais haja um acordo geral, mas como um processo constituído de conflitos e de lutas entre as diferentes vertentes e as diferentes concepções sociais, e se alinha à Silva (2003) quando este diz que o processo de

fabricação do currículo não é um processo lógico, mas um processo social, no qual convivem lado a lado com fatores lógicos,

epistemológicos, intelectuais, determinantes sociais menos "nobres" e menos "formais", tais como interesses, rituais, conflitos simbólicos e culturais, necessidades de legitimação e de controle, propósitos de dominação dirigidos por fatores ligados à classe, à raça, ao gênero (p. 8, grifo do autor).

Nesse contexto, ao longo da história, o modelo de currículo para a educação superior e os critérios que condicionavam a validade dos conhecimentos, foram paulatinamente ganhando terreno e ocupando espaços na educação⁸.

No final do século XIX, estabeleceu-se um padrão e vinculou-se essa epistemologia à distribuição de recursos e à atribuição de *status*, ocupando algumas profissões o centro da consolidação desse *modus operandi*.

Como todo fato político-social está eivado de articulações, não se considera aqui que o conhecimento selecionado e organizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação tenha sido fruto de um inocente processo epistemológico ou tenha sido decorrente de uma reunião ingênua e desinteressada de educadores, sindicalistas, lobistas, etc.

Assim, os processos de formulação das políticas estatais brasileiras na área da educação, via de regra, assumiram uma postura macrossocial (com todos os problemas decorrentes dessa visão), apresentando um viés avaliativo muito forte (planos de metas, objetivos de governo, instrumentos de medida), característica das políticas públicas brasileiras, principalmente aquelas patrocinadas pelo capital estrangeiro.

Nesse contexto, a educação institucional promovida pelo Estado "representa uma espécie de condensação social em cima da qual os diferentes grupos sociais refletem e projetam suas visões e expectativas" (SILVA, 2003, p. 9).

Centrado nesse enfoque, a tentativa é de se fazer um paralelo entre os dois grandes grupos de teorias-base – as teorias tradicionais e as teorias críticas – e as propostas para a educação médica.

O primeiro grupo (aquele que engloba as teorias tradicionais), com ênfase no ensino e na aprendizagem, apontava para uma postura empírico-positivista em uma visão tecno-pragmática do sujeito e da realidade (fundamentado na técnica, respondia a pergunta como fazer?).

⁸ No Brasil, três áreas – Medicina, Direito e Engenharia – foram privilegiadas com esse padrão estabelecido e consolidaram o seu espaço no país.

Poder-se-ia dizer que as teorias tradicionais marcaram sobremaneira (e continuam marcando em alguns casos até hoje) o jeito de pensar educação no Brasil. No ensino médico, esta orientação está representada na graduação pela corrente alinhada ao *Paradigma Positivista Americano*, centrado na doença.

Nos idos de 1970, assumiu maior densidade teórica um segundo grupo (as teorias críticas) que apontava para outra perspectiva que se fundamentava em condicionantes filosóficas, sociais, epistemológicas, econômicas e culturais e era mais voltada para a ideologia no sentido *lato* e para o poder, mostrando uma nova visão e uma nova compreensão de mundo. Na Medicina, esta perspectiva está representada pela corrente alinhada ao *Paradigma da Integralidade da Formação Médica*.

4.1.1 Teorias Tradicionais

O termo currículo, como é entendido hoje, aparece na Europa vindo da influência americana.

Silva (2005) esclarece que é a escola americana quem designa a área como um campo especializado de estudos⁹, a partir da demanda surgida nos Estados Unidos pela institucionalização da educação de massas. Entre as condicionantes que justificaram a adoção pelos americanos daquela postura, pode-se citar a formação de uma burocracia estatal encarregada da educação e as preocupações com a manutenção de uma identidade nacional, bem como o processo de industrialização crescente¹⁰.

Bobbitt seguiu a orientação filosófica pragmática dominante nos Estados Unidos de William James e, adotando um conceito de eficiência¹¹ com um viés econômico, levou a administração científica taylorista para educação.

⁹ SILVA (2005) assinala o livro *The curriculum*, escrito por Bobbit, em 1918, como o marco do estabelecimento do currículo como campo científico.

¹⁰ Observar a similaridade com os fatos históricos que ocorreriam no Brasil mais tarde.

¹¹ O conceito subjacente à eficiência educacional de Bobbitt percorreu toda a trajetória da educação brasileira e ainda encontra-se vivo na administração pública por meio dos diversos mecanismos avaliativos adotados.

A aceitação da proposta de Bobbitt tornando a educação científica foi grande em virtude da coerência lógica da proposta com o pensamento filosófico dominante¹².

Não havia por que discutir abstratamente as finalidades últimas da educação: elas estavam dadas pela própria vida educacional adulta. Tudo que era preciso fazer era pesquisar e mapear quais eram as habilidades necessárias para as diversas ocupações. Com um mapa preciso dessas habilidades, era possível, então, organizar um currículo que permitisse a aprendizagem (SILVA, 2005, p. 23).

O currículo espelhava essa orientação. Assim, era feita a análise da atividade e o correspondente levantamento das habilidades requeridas para uma determinada função para, em seguida, se elaborar instrumentos com os quais aquelas habilidades selecionadas poderiam ser edificadas. Vale dizer que, dentro da idéia de rendimento e eficácia do processo, a avaliação era considerada uma questão altamente relevante¹³.

Com o respaldo da Psicologia experimental e do pragmatismo, a influência de Bobbitt se consolidaria em Tyler nos meados do século XX. Silva (2005) assinala que o paradigma de Tyler estabelecido em torno da idéia de organização e desenvolvimento dominará as quatro décadas subseqüentes nos Estados Unidos e no Brasil.

Pode-se inferir que os cursos de graduação em Medicina receberam orientação semelhante a essa no período considerado e, de uma forma geral, pode-se depreender daí a dificuldade ainda hoje existente em muitos estabelecimentos de ensino universitários na adoção de um currículo mais flexível, com uma visão mais crítica.

A regra que ainda sobrevive em algumas universidades é o engessamento e a seqüencialidade rígida (os pré-requisitos), pois acredita-se que, agindo dessa forma, se conquistará de forma mais segura os objetivos determinados nos documentos que regulam o ensino superior.

Essa maneira de olhar o currículo atingiria o clímax com uma orientação comportamentalista radical, nos anos 60, a partir do “revigoramento de uma

¹² Nos Estados Unidos, a corrente filosófica dominante era o pragmatismo (o empirista dava ao pensamento, ao conhecimento e ao conceito um valor apenas prático, econômico, útil) de William James (1842-1910), superando a ciência idolatrada na época pelo positivismo de Augusto Comte.

¹³ Esta concepção pode ser evidenciada nos dias de hoje em todos os níveis de ensino, em particular no ensino superior por meio do SINAES.

tendência fortemente tecnicista na educação estadunidense, representada, sobretudo, por um livro de Roger Mager, *Análise de objetivos*" (SILVA, 2005, p. 26).

Muitos brasileiros foram se instruir naquele país e trouxeram essas idéias para o Brasil que viveu o apogeu do tecnicismo, alinhado que estava com os Estados Unidos, no período do regime militar¹⁴.

À vertente americana de Bobbitt e Tyler, iria se opor o ideário do também americano John Dewey¹⁵, advogando uma linha mais político-social e menos economicista. A corrente de Dewey não teve a mesma aceitação no Brasil no ensino superior porque não encontrou um ambiente político-econômico favorável, recebendo forte oposição.

As duas correntes progressistas – a tecnocrática de Bobbitt e Tyler e a político-social de Dewey e Kilpatrick¹⁶ – que marcariam a educação brasileira na trajetória republicana, fazendo parte de todas as discussões curriculares, se constituíram, em certo grau, uma reação ao currículo clássico-humanista que dominou o país até os primeiros embates dos escolanovistas iniciados em 1930.

4.1.2 Teorias Críticas

O movimento de oposição ao campo do currículo na sua vertente mais tecnicista fez produzir as teorias críticas que deram maior significado e maior abrangência ao campo.

Silva (2005) sinaliza, explicando a mudança de referencial da nova postura, que "para as teorias críticas, o importante não é desenvolver técnicas de como fazer o currículo, mas desenvolver conceitos que nos permitam compreender o que o currículo faz" (p. 30).

¹⁴ Nessa época, as palavras correntes na educação eram instrutor, instruendo, objetivos parciais, objetivo final, disciplinas, taxionomia, avaliação intermediária, avaliação final, entre outras.

¹⁵ Nos idos de 1930, em seus primeiros passos republicanos, pode-se verificar a ligação estreita e a afinidade que os educadores brasileiros possuíam com os americanos a partir do início das discussões escolanovistas.

¹⁶ William Heard Kilpatrick (1871-1965), que pertencia à corrente da pedagogia pragmática, dentro do movimento pedagógico da Escola Nova, ao lado dos norte-americanos William James, Jonh Dewey, Boyd Bode e Harold Hugg, escreveu *Educação para uma Civilização em Mudança*, publicada na década de 1930.

Os vínculos estabelecidos entre a educação e a ideologia de Althusser na vertente marxista e o conceito de capital cultural de Bourdieu e Passeron¹⁷ iriam estimular as reflexões que conduziriam às teorias críticas do currículo.

O modelo tecnicista do currículo de Bobbitt e Tyler já não dava conta nem dos questionamentos do lado americano, oriundos do movimento de reconceptualização, nem do lado europeu, vindos da Nova Sociologia da Educação, decorrentes da Fenomenologia¹⁸, da Hermenêutica¹⁹, do Marxismo²⁰, da teoria crítica da Escola de Frankfurt.

O movimento de reconceptualização nos Estados Unidos na crítica aos modelos tradicionais dividiu-se entre aqueles que advogavam as análises marxistas mais contemporâneas (Gramsci, Adorno, Horkheimer, Marcuse) com um enfoque mais voltado para a reprodução decorrente das estruturas político-econômica e aqueles mais próximos das estratégias interpretativas de investigação dos significados (Fenomenologia e Hermenêutica).

Michael Apple, a partir de Bourdieu e Althusser, elaborou uma análise crítica do currículo que iria influenciar as gerações subseqüentes. Para ele, era um reducionismo atribuir um vínculo único e unilateral entre as teorias econômico-sociais (em nível macro) e a educação, como assinala Silva (2005) quando diz que "aquilo que ocorre na educação e no currículo não pode ser simplesmente deduzido do funcionamento da economia" (p. 46).

Com essa orientação, ele acreditava que o campo social era um terreno de lutas em que a classe dominante tinha que trabalhar com esmero a ideologia para manter o seu *status* de superioridade.

Essa visão representou um primeiro salto de qualidade para o entendimento do campo no que se refere às nuances do currículo e o poder dele recorrente, refletindo sobre a questão do *por que* determinado conteúdo é ou não privilegiado?

Na análise de Apple, a preocupação não é com a validade epistemológica do conhecimento corporificado no currículo. A questão não é saber qual o conhecimento é verdadeiro, mas qual o conhecimento é considerado verdadeiro. A preocupação é com as

¹⁷ A reprodução social se dá a partir da reprodução cultural, qual seja, a partir do espargimento do ideário da classe dominante por sobre a classe dominada, determinando os *habitus* a serem internalizados por todos sócio-culturalmente.

¹⁸ Uma das correntes filosóficas do século XX, fundada por Edmund Husserl (1859-1938).

¹⁹ Interpretação do sentido das palavras.

²⁰ Interpretação do Positivismo alemão (reação contra o idealismo e o apriorismo) na leitura da esquerda hegeliana (ateísta).

formas pelas quais certos conhecimentos são considerados como legítimos, em detrimento de outros, vistos como ilegítimos (SILVA, 2005, 46).

O campo do currículo começava a sua caminhada a passos largos para uma visão mais plural. Se antes se dispunha do conhecimento do *como* fazer e organizar um currículo em uma perspectiva macrosocial e unidirecional, a partir da intervenção de Apple, iniciava-se um percorrer no campo que sinalizava para o entendimento do *por que*.

Este movimento permitiu o auto-conhecimento e a auto-reflexão, e, mais do que isso, esboçou uma idéia, ainda que bem sumária no início, de respeito para com o outro – público para o qual estava sendo disseminada a comunicação educacional pelo veículo professor no ambiente sala de aula.

Nesta época, à leitura de Apple, agregou-se o pensamento de Giroux que criticava as teorias tradicionais positivistas por não levarem em consideração o caráter histórico e social das ações humanas no campo do currículo e por contribuírem para a reprodução das desigualdades.

Giroux, que adotava uma postura tributária ao marxismo mais flexibilizada e evitava a rigidez economicista de alguns enfoques marxistas, questionou na ocasião o enfoque dado por Bourdieu e Passeron à teorização do capital cultural, privilegiando a classe dominante em detrimento dos processos de resistência das classes dominadas²¹.

Foi no conceito de resistência que ele desenvolveu as bases de sua teorização crítica acerca da Pedagogia e do currículo, pois para Giroux, "a vida social em geral e a Pedagogia e o currículo, em particular, não são feitos apenas de dominação e controle. Deve haver um lugar para a oposição e a resistência, para a rebelião e a subversão" (SILVA, 2005, p. 54).

Na Europa, o movimento de oposição às teorias tradicionais recebeu o nome de Nova Sociologia da Educação e questionou, na mesma linha que a americana, a construção social dos significados pelos sujeitos na escola.

²¹ Guardadas as devidas proporções, há certa semelhança entre as propostas de Giroux e de Paulo Freire no período considerado. Este, ainda que não tenha discutido o currículo propriamente, em certo ponto, foi um dos precursores da transformação das teorias tradicionais para as teorias críticas no Brasil.

Silva (2005) assinala que o movimento se iniciou em 1971 com a obra *Knowledge and control*, de Michael Young. A crítica, diferentemente da escola americana, se originara nos resultados desiguais produzidos pelo sistema educacional inglês que tinha o enfoque no fracasso escolar das classes operárias.

Tanto o pensamento de Young (que analisava a estratificação e a integração que governava a organização do currículo) quanto o pensamento de Esland (que se preocupava como o conhecimento era construído intersubjetivamente na interação professor-aluno, fundamentado na sociologia fenomenológica de Mead, de Schutz e de Luckmann, advogando que o currículo não podia ser separado do ensino e da avaliação) perderam espaço para "perspectivas mais ecléticas" que misturavam análises sociológicas com teorizações pedagógicas.

Com esse ecletismo, a reforma e a democratização da educação propostas pela Nova Sociologia da Educação desfigurou-se com o triunfo das políticas neoliberais²² de Ronald Reagan, nos Estados Unidos, e de Margareth Thatcher, na Inglaterra (SILVA, 2005).

As teorias críticas ajudaram a repensar o currículo da graduação de forma geral e, em especial, o currículo que era praticado no ensino de Medicina. Na graduação, as teorias críticas constituíram a base das reflexões acerca do que era postulado e adotado como conteúdo transmitido pela corrente tradicional médica positivista, centrada na doença e orientada para as especializações cada vez mais acentuadas.

4.2 TRAJETÓRIA DO CURRÍCULO NO BRASIL

Pode-se dizer, grosso modo, que duas vertentes balizaram (e em alguns casos ainda balizam) o campo curricular no Brasil no período republicano.

A primeira, que vai até o ano de 1980, decorrente da leitura brasileira que foi "importada" da prática dessa atividade nos Estados Unidos e que ganhou os contornos particulares em decorrência das características sócio-políticas e culturais

²² As perspectivas tributárias do capitalismo adaptavam os seus discursos para fazer face aos seus insucessos, às vezes até emprestando idéias nascidas em uma linha mais marxista como é o caso das políticas públicas capitalistas voltadas para as ações afirmativas.

do país, tratava a educação como um instrumento da ação econômica dentro de um parâmetro taylorista comportamental.

O sujeito (matéria-prima) entrava na escola (fábrica) passava por processamento (recebia um tratamento curricular: o *que* – conteúdos curriculares – e *como fazer* – metodologia para levar a efeito os conteúdos selecionados) e saía o profissional (produto pronto para ser consumido ou assimilado pelo mercado).

Vivia-se o tempo da visão tecno-pragmática americana em que a escola e o ambiente em sala de aula eram "caixas-preta". Esta corrente orientou e ainda continua orientando o ensino médico tradicional praticado no país.

A segunda, a partir de 1980, também por influência externa, iniciou as reflexões e os debates sobre os currículos em outras dimensões que não a tecnicista. Essa visão mais abrangente procurava entender o currículo em termos mais políticos, além de olhares históricos, culturais, antropológicos, psicológicos, econômicos, respondendo uma outra pergunta – *por que?*

Na verdade, o deslocamento do enfoque teórico tecnicista do campo do currículo para uma visão mais politicamente estruturada, absolutamente não invalida, nem anula, nem muito menos descarta o conhecimento curricular acumulado da primeira tendência mais tecnicista no parâmetro positivista americano, principalmente em se tratando de ensino médico, pois uma corrente só existe porque existe a outra.

Do estudo das duas vertentes, esta pesquisa assume que o salto de qualidade na educação médica em um mundo cada vez mais plural se dá quando a organização curricular se alinha ou se aproxima de uma perspectiva mais integral, observando uma tendência curricular mais crítica.

Nesse contexto, observa-se que esta possibilidade pode ser edificada nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino em Medicina que, ao mesmo tempo, apresentam uma concepção de competência, associada a um modelo que aponta para maior flexibilidade, atribuindo um alto grau de autonomia à instituição universitária na elaboração do seu currículo particular, sem a obstrução de qualquer corrente de pensamento.

Verifica-se que as diretrizes curriculares, como um modelo centrado na competência, vêm se consolidando com a centralização das decisões curriculares e

com a formulação tanto de diretrizes e guias curriculares quanto de padrões de desempenho para sistemas nacionais de avaliação (MACEDO, 2002).

No caso da trajetória curricular brasileira²³, muito embora não houvesse ainda uma proposta curricular estabelecida como se entende hoje, o ensino era enciclopedista com ênfase nas disciplinas literárias, com uma forte orientação positivista e religiosa.

Este caráter curricular começou a ser discutido no final da I Grande Guerra, alicerçado por duas orientações básicas. A primeira, de viés mais econômico, tratava de alfabetizar os trabalhadores, que uma vez mais especializados, pressionavam o crescimento do sistema educacional. A segunda, de cunho mais político, via na alfabetização da classe trabalhadora o caminho a ser perseverado pela burguesia industrial para chegar ao poder pelo voto.

Moreira (2004) mostra como se origina o pensamento curricular no Brasil.

A literatura pedagógica da época refletia as idéias propostas por autores americanos associados ao pragmatismo e às teorias elaboradas por diversos autores europeus. Com base em tais idéias, os pioneiros da Escola Nova buscaram superar as limitações da antiga tradição pedagógica jesuítica e da tradição enciclopedista, que teve origem com a influência francesa na educação brasileira, e esforçaram por tomar o quase inexistente sistema educacional consistente com o novo contexto (p. 81).

Assim, a primeira vertente curricular brasileira se desenvolveu, basicamente, sobre duas linhas progressistas mais expressivas. A linha mais político-social, representada por Dewey e Kilpatrick, e a linha mais tecnicista, de Bobbitt e Tyler, que teve o seu clímax no regime militar na década de 1970.

O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), que adotava a linha progressivista do pensamento de Dewey e de Kilpatrick, e o Programa de Assistência Brasileiro-Americana à Educação Elementar (PABAAE), que possuía um visão mais tecnicista da educação, foram as duas primeiras instâncias institucionais voltadas para o estudo do currículo.

²³ Enquanto nos Estados Unidos, as tendências curriculares progressistas, quer de Bobbitt e Tyler, quer de Dewey e Kilpatrick, surgiram para atender a uma emergência econômico-social localizada (a crise de 1929 americana), sem mudanças profundas na ideologia ou na filosofia praticada pelos americanos e, em muitos aspectos, elas até deram continuidade ao pragmatismo adotado naquela sociedade, no Brasil, as tendências curriculares chegaram em um momento de afirmação nacional que iria concorrer para uma série de mal-entendidos que dificultaram a adoção de uma política coerente e consistente na área da educação.

As idéias promovidas por essas instituições influenciaram a educação do Brasil durante todo o período republicano, ficando evidente que o "pensamento curricular brasileiro, em suas origens, se fundamenta nos princípios teóricos do progressivismo" (MOREIRA, 2004, p. 95).

Tais tendências de certa maneira também se manifestaram no ensino superior, orientando as propostas dos currículos mínimos dos anos de 1960.

Buscando-se uma compreensão mais abrangente acerca do porquê da descontextualização sócio-política do PABAE, pode-se inferir que, com a reorganização geopolítica do mundo²⁴, após a II Grande Guerra, e com o surgimento de duas superpotências mundiais, as grandes vencedoras do conflito – Estados Unidos (EUA) e União das Repúblicas Socialistas Soviética (URSS) –, o Brasil se aproximou ainda mais dos Estados Unidos por proximidade geográfica, aderindo ao capitalismo e adotando o "tecnicismo", na seqüência do que já vinha sendo construído pelos governos anteriores²⁵.

A ação do Estado após o golpe militar, mais do que aumentar o controle sobre o processo de elaboração e implementação dos currículos, construiu uma uniformização de procedimentos, um tipo de discurso institucional único, pois a sociedade brasileira nos idos de 60 oscilava entre um modelo nacionalista de orientação socialista e um modelo nacionalista de orientação democrático-capitalista²⁶.

Na época, vários debates questionaram o sistema educacional. A igreja católica, estudantes, universitários e intelectuais discutiram as transformações que julgavam ser pertinentes no encaminhamento dos problemas educacionais.

²⁴ O conceito geopolítico de defesa no pós-guerra era a "política das alianças" com os países próximos ou fronteiriços, como ocorreu com vários países do leste europeu que se alinharam à URSS. Essa política, mais tarde, foi absorvida e generalizada pelo mercado com a formação dos blocos econômicos mais estruturados.

²⁵ Antes do início da II Guerra Mundial, os militares brasileiros reproduziam a orientação da Missão Militar Francesa. Com a derrota deste país nos primeiros combates da II Grande Guerra para os nazistas, o Brasil passou a ser orientado pelos militares americanos, ocorrendo uma aproximação grande entre os dois países naquele período.

²⁶ No início dos anos sessenta, a sociedade vivia uma dicotomia que já se arrastava por mais de quarenta anos e que teve sua origem na década de 1920 com a entrada no Brasil das ideologias socialistas, em alguns casos, associadas ao nacionalismo exacerbado. Quando as contradições ideológicas e econômicas novamente se acirraram no governo de João Goulart, que não conseguiu harmonizar as correntes existentes na ocasião, os militares nacionalistas, tributários do Modernismo, tomaram o poder e instalaram o regime militar.

Nessa efervescência social, não se pode esquecer as críticas materializadas nas idéias de Paulo Freire, resultantes da hibridização da ideologia elaborada pelo Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB), do pensamento católico progressista e dos princípios progressistas. Na análise do que ocorria no período, Moreira (2004) afirma que no campo do currículo, "o início dos anos sessenta, baseou-se em diferentes interesses e abrigou tendências e orientações diversas".

Moreira (2004), ainda, alinha-se com Paiva (1980) e Garcia (1986) que identificam o pensamento inicial híbrido de Paulo Freire como sendo decorrente da ideologia desenvolvimentista elaborada pelos pensadores do ISEB.

Para Freire (1969), educação visa conscientizar os oprimidos, capacitando-os a refletir criticamente sobre seu destino, suas responsabilidades e seu papel no processo de vencer o atraso do país, a miséria e as injustiças sociais. **Para isso, novos currículos se fazem necessários, já que o currículo tradicional, abstrato, teórico e desligado da vida real, não pode jamais desenvolver a consciência crítica do educando.**

O conteúdo curricular, para constituir-se em instrumento de conscientização e emancipação do oprimido, precisa corresponder à representação organizada, sistematizada e desenvolvida, aos indivíduos, das coisas que eles desejam entender melhor. Como conseqüência, o ponto de partida da seleção e organização do conteúdo curricular deve ser a situação existencial presente e concreta dos alunos.

Em síntese, embora Freire valorize, como os autores progressistas, o diálogo, a aprendizagem ativa e a experiência significativa, **sua preocupação primordial é a transformação radical da realidade social na qual o aluno está inserido** (p. 128 e 129, grifo do autor).

O regime militar, ao adotar a tendência tecnicista, em sintonia com o discurso de eficiência e modernização, diluiu não só a ênfase às necessidades individuais da tendência progressista, mas também as intenções emancipatórias das orientações críticas, incompatíveis com a doutrina da segurança nacional que passou a orientar as decisões governamentais (MOREIRA, 2004).

A conseqüência desse movimento para a graduação em Medicina foi a consolidação da corrente positivista americana, centrada na doença. A tendência tecnicista consolidou-se na década de setenta, assentada em uma linha pragmática.

Nesse contexto, os objetivos eram eleitos e, a partir deles, no passo seguinte, os conteúdos referentes eram selecionados e, então, eram escolhidos os melhores métodos (que materializavam a melhor direção a ser seguida) que se aplicavam

àquelas disciplinas que compunham o conteúdo do curso e o currículo que se estava implementando²⁷.

Ao final, fazia-se uma avaliação que ratificava ou retificava os procedimentos em cada uma das fases citadas

A segunda vertente do campo do currículo, em oposição ao tecnicismo praticado no regime militar, iniciada na década de 80, deveu-se, da mesma forma que a fase anterior, a fatores sociais internos e a influência de tendências críticas ao capitalismo que eclodiram e que seriam "importadas" da Europa pelos educadores, traduzidas para a realidade do país e novamente adaptadas às necessidades brasileiras.

Deixando de lado a parte reprodutivista do capitalismo, uma das críticas à tendência tecnicista curricular na época era que essa metodologia²⁸, estava centrada na eleição imprecisa e, muitas vezes inadequada, dos objetivos. Na ocasião, além de não se dispor de meios mais precisos para essa tarefa, o problema era agravado por uma contaminação ideológica sem precedentes que praticamente inviabilizava a lisura e a perfeita adoção do modelo.

Diante desse quadro, a reação dos educadores críticos não poderia ser outra. No cenário nacional, pode-se dizer hoje com a distância que só o tempo permite, que a intelectualidade brasileira reagiu dialeticamente se posicionando no lado oposto e assim, o diálogo entre educadores e Estado que já era ruim, ficou muito mais difícil.

A academia passou de uma postura pragmática, tecnicista, racional e objetiva que veio sendo construída para uma postura subjetiva de forma abrupta. É como se de um dia para o outro, pensando historicamente, tudo o que vinha do Estado era conformador²⁹ e a influência americana já não era mais bem-vinda³⁰.

²⁷ A partir da escolha do método de ensino (palestra, discussão dirigida, Phillip 66, exposição oral, debates, seminário) pela coordenação pedagógica, que melhor atendesse a um determinado tópico do programa, o professor deveria preparar e "treinar" a exposição ou a aula antes de ministrá-la aos alunos (como faziam e fazem os padres católicos antes de rezar a missa).

²⁸ A metodologia se utiliza de níveis taxionômicos dos verbos para definir a complexidade dos objetivos pretendidos com mais clareza, adequando-os à carga horária ou a um conteúdo específico antecedente que o instruendo (nome dado aos alunos) deveria possuir.

²⁹ Pode-se inferir que a cristalização desse sentimento na sociedade brasileira se deu a partir da rejeição ao regime militar e das influências da literatura foucaultiana da década de setenta.

³⁰ Não se pode perder de vista, sem entrar em considerações maiores sobre o sistema capitalista americano, que o diálogo entre Estado e Educação e a coerência e a sintonia entre a filosofia, a ideologia, a política educacional, a corrente pedagógica e, finalmente o currículo adotados naquele país, conduziram aquela nação a um local de destaque no cenário internacional.

É importante realçarmos, por fim, no panorama educacional dos anos oitenta, a busca de uma orientação mais autônoma e a **desvalorização dos modelos educacionais associados ao governo militar**. Alves (1984), por exemplo, considera que **uma das tarefas a ser desenvolvida pelos curriculistas é superar o vocabulário curricular especializado, importado dos Estados Unidos nos anos setenta**. Saul (1988) questiona os modelos tradicionais de avaliação de currículo, **elaborados por autores americanos e difundidos no Brasil na década de setenta**, e propõe, a partir de sua prática na reformulação de um programa de pós-graduação, o que chama de avaliação emancipatória. Silva (1983), em seu estudo do currículo da escola de segundo grau, **rejeita a adoção de padrões americanos de ensino profissionalizante e relaciona o caráter desse currículo com os acordos assinados entre Brasil e Estados Unidos durante o regime militar** (MOREIRA, 1990, p. 159 e 160, grifo do autor).

O referencial adotado agora era o europeu e a mudança foi realizada de forma tão acentuada que não houve tempo para se comunicar, para se digerir e para se edificar o novo referencial.

A influência de Marx e Gramsci aumentou consideravelmente, apesar dos princípios liberais que continuaram a permear o discurso. Na prática pedagógica, **porém, os efeitos não foram tão intensos, persistindo a predominância de características tradicionais** (MOREIRA, 2004, p. 158, grifo do autor).

Ainda procurando depurar o modelo americano, verifica-se que existem algumas particularidades que merecem uma reflexão mais densa na tentativa de se entender como todo esse processo curricular repercutiu no ensino superior.

Diferentemente do Brasil (enquanto aqui, se inferiu que uma nova ideologia deveria ser implementada e, a partir dela, uma nova tendência ou orientação curricular viria à reboque ou vice-versa, promovendo a mudança de toda a ordem social estabelecida em quase cem anos de república), nos Estados Unidos, a tendência estava apoiada em uma ideologia que já estava instalada – o positivismo em sua vertente pragmática.

A idéia dessa reflexão, ao assinalar a diferença de ideologias na ocasião da entrada do pensamento curricular nos dois países, é permitir a melhor compreensão das forças a que a educação estava exposta no Brasil, favorecendo uma produção curricular mais adequada que atendia às orientações governamentais e às particularidades institucionais.

Entendendo que em todo este processo de transferência de teorias curriculares do exterior para o Brasil, ocorreu uma certa "adaptação", uma

"acomodação" instrumental, uma leitura particular em função da realidade cultural do país, Moreira (2004) assinala que

embora o campo do currículo no Brasil esteja lutando por uma identidade própria, não nos parece conveniente (nem possível) ignorarmos as experiências de outras nações. Não é essa a melhor forma de atingirmos autonomia cultural. Precisamos, sim, aprender a receber influências internacionais em termos aceitáveis. Conforme acentuou Davies (1973), contribuir para o desenvolvimento de uma cultura nacional não implica resistir à produção avançada dos países metropolitanos; implica, sim, adaptar o quadro ideológico no qual essa produção foi colocada. **Julgamos, portanto, que especialistas em currículo e em educação comparada precisam discutir as melhores formas de concretizarmos o que chamamos de adaptação crítica** (MOREIRA, 2004, p. 211, grifos nossos).

Dessa forma, a pesquisa procura, ao estudar o currículo da graduação em Medicina da UNIRIO em uma perspectiva mais próxima do *Paradigma da Integralidade da Formação Médica*, adotar uma postura curricular mais crítica que representa, em certa medida, uma forma de "tradução" do que foi praticado no exterior e adaptado para a realidade brasileira no que se refere ao ensino superior nesse campo.

4.3 ESTADO, SOCIEDADE E CURRÍCULO DO ENSINO MÉDICO

Ao se percorrer a trajetória republicana brasileira, observa-se que o campo do currículo abrigou várias tendências.

No início, percebe-se a adaptação instrumental do país ao pensamento curricular americano, com uma resistência pouco expressiva, em decorrência, principalmente, das relações político-econômicas entre os dois países.

Posteriormente, a teoria curricular crítica surgiu em um cenário nacional e internacional regido por mudanças e por incertezas, onde as tecnologias da comunicação conformavam o globo, agravando as desigualdades e a pobreza, aumentando o desemprego em todo o planeta.

Em meio a uma crise contemporânea instalada a partir da falência de um modelo de ciência fundado na causalidade e na determinação, as políticas públicas do país, voltadas para a educação, amadureceram em um ambiente de transição

entre as tendências progressistas, mais tecnicistas, e as tendências críticas, mais político-sociais.

As políticas, concebidas em nível macro com uma orientação mais tecnicista, por meio do estabelecimento de metas, com a adoção ou não de pontos de controle no itinerário, onde são previstas avaliações em momentos pré-determinados, sofreram críticas pelo seu grande enfoque comportamental.

O modelo americano decorrente, adotado no ensino médico brasileiro, ao privilegiar o comportamentalismo ou ao negar o conteúdo analítico-subjetivo dos objetivos, em uma visão parcial do homem dentro das múltiplas especialidades, incorre em uma visão pontual restritiva do paciente, que tem como consequência uma avaliação imprecisa do homem em sua totalidade e dos fenômenos sociais que o cercam em um dado momento.

A perspectiva epistemológica interdisciplinar da produção de conhecimento científico, sugerida por Japiassu (1976), se apresenta neste contexto como um farol, orientando a Pedagogia, o ensino (e a aprendizagem) e contribuindo para a superação da departamentalização das disciplinas na universidade.

O reconhecimento de que o paradigma fragmentador esgotou sua possibilidade de continuar a contribuir para o desenvolvimento da humanidade suscita a busca de uma ótica que, na dimensão epistemológica, **promova o estabelecimento de um concerto, uma interação no campo da ciência**, entre os conhecimentos produzidos (Metaciência): e, na pedagogia (pedagogia holística), **leve à associação do que é ensinado às condições concretas da vida, de maneira a atribuir-lhe maior autenticidade**, além de interação das múltiplas dimensões do ensino (LÜCK, 1999, p. 52, grifo do autor).

A interdisciplinaridade, superando a visão da produção do conhecimento especializado e articulando de forma coerente os múltiplos saberes das partes constitutivas, representa a interatividade relacional da realidade em toda a sua dimensão de complexidade.

Neste sentido, a interdisciplinaridade vai ser pensada no âmbito da Pedagogia como a possibilidade de uma nova organização curricular, que permita uma nova apreensão dos saberes, que não seja marcada pela compartimentalização absoluta e estanque das disciplinas.

Tal qual a perspectiva epistemológica, a interdisciplinaridade na Pedagogia aponta para a possibilidade de produção de saberes em grupos formados por

especialistas de diferentes áreas da Medicina, sinalizando um trabalho em equipe, no qual os docentes de diferentes áreas planejam ações conjuntas sobre um assunto específico em um enfoque diagnóstico multifocal e mais integral do sujeito a ser atendido.

O caminho da interdisciplinaridade surge nesse contexto como uma possibilidade efetiva de superação departamental a partir da interação e articulação dos saberes constituintes do currículo do estudante de Medicina, entretanto, vale dizer que esta perspectiva é de difícil implementação na medida em que enfrenta os obstáculos decorrentes de uma cultura de ensino médico instalada há longa data.

No momento em que o Estado estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais como grandes balizas, surge a possibilidade de se romper com a estrutura tecnicista que vem orientando a trajetória do ensino médico na linha tradicional e, a despeito das evidências do esgotamento do modelo disciplinar que orientou esta linha na década de 1970, as dificuldades de se migrar de um *fazer disciplinado* para um *fazer indisciplinar*³¹ são enormes, pois envolvem uma mudança de cultura, de métodos e de procedimentos cristalizados.

Nesta tarefa, Japiassu (1976) registrou o vulto dessas dificuldades, assinalando que falar da metodologia do interdisciplinar significa, antes de tudo, falar de disciplinas operantes e cooperantes. O autor ainda acrescenta que "não é uma tarefa fácil a participação numa obra comum, enquanto diferem os métodos e as modalidades de pensamento" (p. 76).

Nesse momento de transição, urge, ao serem estabelecidas essas grandes balizas para o ensino superior por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina, *correr essa pista*, rompendo com a inércia, que não atende nem os graduandos, nem as necessidades de atendimento médico dos brasileiros.

³¹ Com vistas a minimizar este problema, encontros nacionais e internacionais têm sido realizados na pesquisa da compreensão e aplicabilidade da possibilidade pedagógica interdisciplinar, onde são discutidos os caminhos na busca do entendimento do "porque", do "para que" e do "como" integrar nessa perspectiva o ensino médico.

CAPÍTULO V

ESTADO, SOCIEDADE E DIRETRIZES CURRICULARES

O desafio de se fazer uma reflexão acerca do ensino da graduação em Medicina impõe tanto uma imersão em sua realidade educacional como um mergulho em sua historicidade, envolvendo-se, inclusive, com a trajetória percorrida pelas políticas de saúde e a relação destas com as escolas médicas.

Com essa compreensão e considerando que o médico sempre faz uma intervenção, seja no sujeito, seja no meio, ou seja no laboratório de pesquisa onde esteja operando, como deveria ser construído um currículo de um curso de graduação de sorte a favorecer essas dimensões intervencionistas da profissão médica? Será que, fazendo uso de um projeto pedagógico adequado que implemente um currículo flexível em uma perspectiva interdisciplinar, orientado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina, esta tarefa poderia ser facilitada de alguma forma?

De uma maneira geral, com o progresso científico, as atuações médicas, na maioria das vezes, convergiram para o enfoque biológico, desrespeitando a singularidade e a pluralidade do sujeito que, após intervenções diretivas unidirecionais, se ressentia da falta de atenção ou até mesmo de acolhimento por parte do profissional médico.

Nesse sentido, a sociedade, no geral, e o governo e as instituições envolvidas com o ensino médico, em particular, clamavam por um profissional mais comprometido com o todo do paciente, em uma visão mais generalista, onde o fulcro da questão ou o desafio a ser perseverado consiste no incremento da qualidade das intervenções do médico, centrado no indivíduo e no ambiente cotidiano plural que o cerca e não meramente na doença como vêm ocorrendo nesta visão mais biológica.

5.1 DIRETRIZES CURRICULARES

O movimento recente de reforma do ensino superior no que se refere aos currículos da graduação começou a se delinear em 1995 com a Lei nº 9.131/95 que, ao criar o Conselho Nacional de Educação, atribuiu como uma das competências desse órgão deliberar sobre as Diretrizes Curriculares que seriam propostas pelo MEC para esse nível, conforme o previsto na alínea "c", do parágrafo 2º, do Art. 9º.

No prosseguimento da sistematização legal perseguida pelo Estado, a LDB/96, no Inciso II, do Art 53, determinou a criação das referidas diretrizes para a graduação, sinalizando para a eliminação dos *currículos mínimos* e facultando a flexibilização desses currículos.

Enquanto no mundo capitalista (o Brasil incluso), em 1997, se intensificavam as discussões sobre diplomas e sobre perfis profissionais, em função das mudanças em permanente progresso na sociedade contemporânea, o processo de implantação das diretrizes para a graduação foi desencadeado pela Secretaria de Educação Superior (SESu).

A questão curricular ainda foi alvo de discussões no Fórum de Pró-Reitores de Graduação que exarou um parecer favorável às Diretrizes Curriculares gerais e ao fortalecimento dos projetos pedagógicos institucionais, em particular da graduação, no Plano Nacional de Graduação.

A concepção do projeto curricular oferecida pelas apostilas legais, dentro da orientação sistêmica do Estado, vem sugerindo a forma idealizada para o encaminhamento das questões da educação superior de acordo com as políticas públicas em vigor.

Com todos os problemas inerentes à administração de um Estado democrático do tamanho do Brasil, é difícil contemplar todas as vertentes e todas as correntes existentes com esse modelo, entretanto, pode-se constatar claramente que o procedimento estabelecido é a forma mais democrática de se fazer, paulatinamente, os recortes e as mudanças necessárias na direção do melhor atendimento da população no que se refere ao ensino superior³².

³² A pesquisa assume que os processos de avaliação, como momentos de análise crítica e diagnóstica, são partes integrantes do desenvolvimento do raciocínio a ser adotado, como elementos essenciais e indissociáveis na retroalimentação necessária à melhoria da proposta pedagógica a ser implementada.

Entendendo-se o currículo como uma comunicação estruturada de regras específicas que promove o diálogo entre as três instâncias mais expressivas do poder na área da educação – o Estado, a comunidade acadêmica e a sociedade –, pode-se avaliar a importância de um projeto pedagógico observar as diretrizes curriculares nacionais para a graduação em um campo como o da Medicina.

De um lado, tem-se o Estado e a comunidade acadêmica, como segmentos pró-ativos no processamento do currículo, através de manifestações particulares nos campos da cultura, da ideologia e do poder, e de outro, tem-se a sociedade que, recebendo o profissional avaliado pelas outras duas instâncias, realizando de forma reativa a avaliação desse sujeito que lhe é oferecido e fazendo críticas e realimentando o sistema, em um movimento que não se acaba nunca.

Vale lembrar que a participação de todos os estratos sociais nas políticas públicas vem crescendo desde o fim do regime militar, há cerca de 20 anos, após o movimento popular pelas eleições diretas que consignou a vitória a Tancredo Neves sobre Paulo Maluf na corrida presidencial e a educação, nesse contexto, veio paulatinamente retomando o espaço que lhe era devido dentro do estado democrático que renascia.

Consolidada a democracia, percebeu-se por meio das apostilas legais que iniciava-se a instalação de um processo fundado em um modelo de orientação sistêmica para a educação superior, centrado na avaliação, cuja cabeça diretora era o Estado.

Contrariamente ao que ocorreu no passado, ele (Estado) agora deveria assumir os papéis no campo da educação que sempre lhe foram afetos, mas que nunca estiveram perfeitamente definidos, tais como: a orientação geral (visão macro), o fomento, a fiscalização, entre outras atividades.

Assim, foi aprovado o Parecer CES/CNE nº 583/2001, de 04 de abril de 2001, que orientava, em linhas gerais, a confecção e o formato das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação:

- Perfil do Formando Egresso (*características desejáveis do sujeito que irá operar dentro de um ambiente real considerado*);
- Competências e Habilidades (*conhecimentos necessários e imprescindíveis desejáveis do sujeito que irá operar dentro de um ambiente real considerado*);

- Conteúdos Curriculares (*conteúdos gerais necessários para ser edificada a transformação social que se deseja*);
- Estágios e Atividades Complementares (*relação teoria-prática e flexibilidade necessária exigida em um mundo em mudança*);
- Organização do Curso (*modelo desejável do que se julga como procedente em função de uma visão e de uma análise macro no campo das políticas públicas*);
- Acompanhamento e Avaliação (*intervenção de Estado necessária para a correção de rumos dentro de uma visão sistêmica*).

No prosseguimento, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação, entendidas como as linhas reguladoras do traçado (e não o traçado) de um caminho a ser percorrido pelos estabelecimentos de ensino superior, serão objeto de análise no campo da Medicina, buscando-se interpretar, se dentro dos objetivos pretendidos pelo Estado, na atualidade, encontram-se as diversas reivindicações dos educadores ao longo da trajetória republicana brasileira para esse campo.

5.2 TRAJETÓRIA DO ENSINO SUPERIOR EM MEDICINA

Historicamente, as escolas médicas brasileiras em seus primeiros momentos receberam a influência da orientação do ensino médico americano – Relatório Flexner³³ – no início do século XX.

Este instrumento, que balizava a passagem da Medicina empírica para a Medicina científica, fortemente influenciado pela área biológica³⁴, enfatizava as áreas básicas, em detrimento da prevenção e da promoção da saúde (MARSIGLIA, 1995).

Com o desenvolvimento da pesquisa nas áreas biológicas, foi concebido para a Medicina um *currículo mínimo* com ciclos básico e clínico, bem definidos, a partir de uma rigidez de conteúdos e de carga horária. Este ensino era centrado no professor que conduzia as aulas por meio de palestras para grandes grupos de alunos.

³³ Flexner Report in Webster Medical Dictionary.

³⁴ No campo do currículo, este momento vai coincidir com as correntes americanas de Bobbitt e Tyler.

O currículo tradicional decorrente apresentava uma forte tendência à focalização dos problemas e das intervenções, pois o estudo de algumas disciplinas se dava por sistemas, a partir da divisão do corpo humano segundo critérios anatômicos-funcionais, em uma visão tecno-funcionalista, desprezando as outras dimensões do indivíduo.

Para agravar ainda mais o problema, ocorria nesse processo, o distanciamento entre as disciplinas que tinham uma abordagem do sujeito sob o ponto de vista clínico e as disciplinas que viam esse mesmo sujeito de forma mais social, psicológica e coletiva.

Paralelamente a tudo o que ocorria no currículo (e até com reflexos nele), a trajetória do ensino médico brasileiro também assimilou as contradições das políticas dos sistemas de saúde implementados durante a República, pois o marco inicial do sistema previdenciário brasileiro data da década de 1920³⁵, quando foi instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), financiadas pelo governo, pelas empresas e pelos empregados, que excluía muitos segmentos da população e eram monitoradas de forma inadequada pelo Estado.

Nos idos de 1930, a partir da centralização do Estado promovida pelo governo Vargas, às CAPs, foram adicionados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), autarquias centralizadas no governo federal, subordinadas ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Na quadra de tempo compreendida pelas décadas de 1940 e 1950, as CAPs e os IAPs eram as instâncias responsáveis pela assistência médica de trabalhadores específicos, ficando grande parte da população – trabalhadores formais, informais, rurais – excluída do sistema por não pertencer aos ramos de atividades ou categorias profissionais cobertas.

Esta exclusão e outras deficiências assinaladas³⁶ levaram a unificação da assistência médica em 1967, fruto de uma discussão iniciada em 1950 e consumada com a Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960³⁷.

³⁵ O Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido como Lei Elói Chaves (autor do projeto), determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária. Este decreto é considerado o ponto de partida, no Brasil, da Previdência Social.

³⁶ Estabelecimentos filantrópicos cuidavam da saúde das famílias pobres e dos indigentes. O Estado possuía hospitais psiquiátricos e hospitais especializados em doenças transmissíveis.

³⁷ Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, publicada no D.O.U. em 21 de novembro de 1960.

No regime militar, instalado em 1964, com condições muito favoráveis à centralização, foi feita a Reforma Previdenciária, unificando os sistemas e criando-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Com o aumento da demanda a partir dessa unificação, ocorreu a ampliação do sistema que, em 1974, a partir da criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, foi desmembrado em um setor financeiro, um setor administrativo e um setor responsável pela assistência médica – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Todo esse processo foi consolidado em 1976 com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e do fundo respectivo.

Com a Constituição de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS)³⁸ que materializou a unificação formal dessas estruturas e de outras (hospitais universitários, redes de saúde públicas estaduais e municipais), formando um sistema de abrangência nacional.

Verifica-se por esta trajetória que foram necessários cerca de 100 anos de República para que fosse instalado no país uma orientação sistêmica na área de saúde.

Nesse contexto e com esse percurso, o ensino nas escolas médicas baseava-se no treinamento prático em hospitais universitários e em Santas Casas, com atendimento de pacientes classificados como *não previdenciários*³⁹, concorrendo para que as relações entre o sistema de saúde e as escolas médicas não fossem muito boas, na medida em que aumentavam as filas nos ambulatórios e o número de internações e as escolas médicas continuassem encasteladas em seus hospitais, em seus ambulatórios de especialidades e em seus centros de saúde-escola, distantes das necessidades da população e da rede pública de saúde do Estado.

Este isolamento foi de tal ordem que, na década de 1980, o Ministério da Saúde criou o Programa de Integração Docente-Assistencial (PIDA), articulado pela Rede IDA (Rede de Integração Docente-Assistencial) com a finalidade de aproximar

³⁸ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, publicada no D.O.U. em 20 de setembro de 1990.

³⁹ Pacientes que não contavam com qualquer tipo de assistência médica em um sistema regido pela exclusão.

os segmentos da universidade, em especial as áreas de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Pediatria, dos serviços de saúde da rede pública⁴⁰.

Mais tarde, no início dos anos 1990, mais uma vez, novo movimento foi tentado com experiências inovadoras no campo do ensino na saúde; na área de formação profissional; no terreno das práticas e organização de serviços de saúde e no âmbito da participação social (FEUERWERKER, 2002).

A maioria dos cursos de Medicina⁴¹ que integraram esse novo empreendimento e que participaram dessa iniciativa de interlocução entre os diversos segmentos do sistema de saúde – usuários, serviços e escolas da área da saúde – apresentou um salto qualitativo em suas estruturas curriculares, projetos pedagógicos e na sua integração com os serviços de saúde, entretanto, a regra geral se mantinha – o gradual distanciamento das escolas médicas e de seus hospitais-escola da realidade de assistência médica requerida pela população.

Cada setor – Academia e o Estado – crescia a sua maneira. O exame das contribuições dessas instâncias revela que nem sempre houve um efeito aditivo nas iniciativas de parte a parte pela inexistência de um comprometimento mútuo, perdendo-se importantes oportunidades de ensino, de pesquisa e, mais do que isso, de assistência da população.

No que se refere ao modelo curricular que vinha sendo adotado, este sofreu questionamentos⁴² pois, apesar dos inegáveis benefícios auferidos ao longo dos tempos, nos dias de hoje, esperava-se que a ciência médica dialogasse mais com outros saberes.

Atualmente, várias correntes se alinham no diagnóstico de crise, sinalizando para a superação dela através da construção de novos sujeitos, da revalorização da ação política e da construção de espaços comunicativos que possibilitem a produção de conhecimento e de práticas médicas mais próximas da realidade da população a ser atendida.

⁴⁰ Com a adoção do SUS, os hospitais universitários deixaram de ser contemplados com verbas do MEC, o que trouxe reflexos profundos no ensino da graduação em Medicina.

⁴¹ Londrina-PR, Botucatu-SP, Marília-SP, Brasília-DF, entre outras.

⁴² Estas reflexões e outras na esfera curricular no campo da Medicina vêm acontecendo no bojo da crise de valores e das mudanças contemporâneas em vários países. A Conferência Mundial de Educação Médica em Edimburgo (1988) e a Reforma Curricular no Ensino Médico no Reino Unido (1990) são evidências dessa preocupação.

Assim, urge que se reavalie os processos de ensino-aprendizagem no contexto desse novo cenário, especialmente para um curso de graduação em Medicina, cujo currículo remonta à década de 1970, tendo por eixo o tecnicismo e o reprodutivismo.

Na área médica, esse tipo de currículo foi balizado por uma forte influência positivista, biologicista, organicista, calcada nos *currículos mínimos* e em tentativas isoladas de adequação aos diferentes momentos históricos, como a introdução da disciplina Medicina Preventiva e Social e de outras advindas do aparecimento e fortalecimento de especialidades que tomaram corpo durante estes anos.

Observa-se na trajetória histórica que o conhecimento na área médica segmentou-se e o ensino médico foi compartimentalizado em múltiplas disciplinas estanques, deixando-se de analisar o ser humano como um todo e ignorando seus aspectos psicossociais. A cada nova descoberta da ciência médica, uma nova disciplina era necessariamente criada. Vivia-se a *especificidade das especializações*.

O ser humano no meio desse embate passou a ser visto como um estômago, um coração, um fígado e os cirurgiões passaram a referir-se não mais ao sujeito que necessitava de uma determinada intervenção cirúrgica, mas à cirurgia de um apêndice, de uma próstata, de uma hérnia.

Muitos dos equívocos no currículo médico ocorreram em função dessas premissas⁴³ que, cristalizadas, propiciaram a perda dos parâmetros conceituais fundamentais para a construção de um ensino adequado às diversas mudanças que o mundo vinha sendo alvo.

Pode-se tomar como exemplo o planejamento previsto no projeto pedagógico do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2004) que assinala em suas diretrizes o momento da mudança e as conseqüências para o campo do currículo.

Ao se colocar em prática os novos paradigmas em educação, surge a necessidade de se repensar o ensino superior, superando-se a visão tradicional da relação teoria-prática em direção a propostas que priorizem a busca de solução de problemas, que despertem o interesse, a criatividade e a curiosidade do aprendiz, **decorrendo desses aspectos a importância da flexibilização na organização de matrizes curriculares**. Os novos paradigmas evidenciam a necessidade de um processo pedagógico que, efetivamente,

⁴³ Este tipo de ensino era chamado de ensino "tradicional", "bancário" ou "convergente".

concretize a indissociabilidade entre ensino-pesquisa-extensão (p. 7, grifo do autor).

O referido projeto ainda alerta para a necessidade do

exercício da vida acadêmica com pluralismo e interdisciplinaridade de modo a **assegurar a diversidade de conhecimento por meio do debate das tendências teórico-metodológicas presentes no processo de produção de conhecimento, no direcionamento social e na formulação de respostas profissionais às complexas demandas da realidade social contemporânea** (p.17, grifo do autor).

Na contramão das mudanças, o modelo curricular tradicional forma um estudante passivo, tomador de notas, exímio memorizador e que prefere manejar conceitos abstratos a resolver de forma original e criativa, problemas concretos da realidade em que vive, pois esse tipo de ensino é baseado na transmissão do conhecimento e na experiência do professor, que centraliza todo o processo, utilizando as aulas expositivas como o único método de ensino e esquecendo-se, muitas vezes, de outros instrumentos didáticos de aprendizagem.

Este professor tradicional nesta metodologia valoriza sobremaneira o conteúdo de sua disciplina, esperando que os estudantes o absorvam sem modificações e o reproduzam fielmente nas provas. Ele objetiva fundamentalmente a produção e o aumento de conhecimento do aluno, sem se preocupar nem com a pessoa integral desse estudante, nem na relação dele como membro efetivo de uma comunidade onde vive, nem com a relação dele com os seus pacientes.

Esta proposta reafirma a educação médica positivista do passado e sua dissociação das necessidades sociais. O médico formado por essa escola é um protótipo de um especialista que obrigatoriamente necessita completar sua formação na residência médica, enquanto a necessidade social reclama por um médico com formação geral, capaz de priorizar a promoção à saúde, a prevenção das doenças e solução de problemas mais imediatos.

A nova ordem, que é sinalizada nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina em oposição a este *modus operandi* positivista, incorpora novos desenhos curriculares em direção a práticas mais dinâmicas e integradoras na formação do estudante que darão condições aos jovens médicos de trilhar caminhos e alçar vôos mais longos, facultando-lhes uma leitura crítica do universo onde serão inseridos.

5.3 DIRETRIZES CURRICULARES EM MEDICINA

A graduação médica, grosso modo, estava dividida na prática em ciclos básico, clínico e profissional dentro do modelo de disciplinas, aglutinadas em departamentos.

Muito embora esse padrão tenha concorrido para grandes avanços em pesquisas, tanto básicas quanto aplicadas, ele carregava diversos problemas, dentre os quais o aumento progressivo do número dessas disciplinas, o que acabava exigindo uma maior parcela de tempo para a sua efetivação, transformando o currículo de Medicina em um curso de difícil administração. No geral, a individualidade e a autonomia de algumas das disciplinas dificultavam sobremaneira ou eliminavam a possibilidade de interação.

Essa situação foi se agravando e, em decorrência do escasso tempo para ministrar tantas disciplinas, passou-se a ministrar aulas teóricas ou de demonstrações controladas para grande público, centradas sempre no professor.

Este modelo exigia dos estudantes uma postura passiva, a atenção total à fala do professor, o silêncio absoluto e a cópia das informações apresentadas que deveriam ser memorizadas para reprodução posterior nas provas escritas ou práticas.

Tudo isso foi cristalizado pelo MEC com a adoção do *currículo mínimo* nos anos 1960, formalizando a estrutura de departamentos e de disciplinas com *carga horária mínima* correlatas (reedição da tentativa de padronização ocorrida no passado).

No embate com as exigências do mundo moderno, as escolas que praticavam esse tipo de currículo na graduação em Medicina não conseguiam dar conta de formar o profissional crítico, pois a formação médica nesse ambiente se caracterizava pela predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas; pela centralização do processo de ensino no professor, a partir de aulas expositivas e demonstrativas; pela prática desenvolvida em hospital e dirigida para o diagnóstico de doenças e seu tratamento; pela capacitação dos professores valorizada unicamente na competência técnico-científica, relegando outros aspectos da formação didático-pedagógica e pelo estímulo à especialização.

Em oposição ao *Paradigma Positivista Americano* adotado, centrado na doença, o *Paradigma da Integralidade da Formação Médica*, decorrente de releituras em diversos campos de saberes e mais sintonizado com as mudanças que vêm ocorrendo no mundo moderno, apresenta-se como um caminho que pode representar a ruptura como o dogmatismo instalado desde a época dos *currículos mínimos*.

O *Paradigma da Integralidade da Formação Médica* pressupõe que:

- o processo saúde-doença enfatize mais a saúde do que a doença (*promoção, preservação e recuperação da saúde, considerando a doença um desvio que deve ser evitado, diagnosticado e eliminado*).

- o processo ensino-aprendizagem deva se centrar no estudante (*este passa a ter papel ativo e responsável quanto ao seu próprio aprendizado*).

- a prática se dê em todos os espaços do sistema de saúde, com grau crescente de complexidade (*o ensino se dá de forma mais integralizada*)

- a formação docente também se volte para a capacitação didático-pedagógica (*atenção para com a capacitação do professor*) .

- se faça o acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico com discussão crítica dos aspectos econômicos, humanísticos e implicações éticas da prestação de serviços de saúde (críticas ao sistema como parte integrante dele).

O paradigma da integralidade induz a construção de um novo projeto pedagógico, visando o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social (CAMPOS, 2001).

Para minimizar o *gap* apontado entre as duas abordagens e dar os contornos legais necessários, o Parecer da Câmara de Ensino Superior CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em de 07 de agosto de 2001, fornece, em linhas gerais, o que o Estado vislumbra para o profissional médico dentro da realidade brasileira.

Em seu relatório inicial, a Câmara informa que, após a análise das propostas elaboradas pelas comissões de especialistas e observada a legislação em vigor, ressalte-se a Constituição Federal/88, a Lei de Diretrizes e Bases para a Educação/96 e o Plano Nacional de Educação, as diretrizes foram apresentadas aos pró-reitores de graduação e aos conselhos, associações e presidentes das comissões de especialistas em audiência pública, buscando-se o diálogo entre o Estado, a comunidade acadêmica envolvida no processo e a sociedade.

O parecer prossegue com uma recomendação da Câmara de Ensino Superior que mostra as linhas mestras de abordagem das diretrizes.

A CNE/CES, ao orientar as novas diretrizes curriculares recomenda que devem ser contemplados elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, **visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Esta competência permite a continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, que não termina com a concessão do diploma de graduação** (CNE/CES, Parecer nº 1.133, 2001, grifo do autor).

A Câmara de Ensino Superior, falando especificamente de currículo de forma precisa e atual, ainda assinala que

As diretrizes curriculares constituem **orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior**. Dentro da perspectiva de **assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes**, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, **preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional** (CNE/CES, Parecer nº 1.133, 2001, grifo autor).

Entre os princípios observados nas diretrizes, reafirma-se a "**ampla liberdade na composição e na carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos**", assim como na especificação das unidades de estudos a serem cumpridas, esclarecendo que serão indicados nas diretrizes somente tópicos de uma formação generalista a ser observada que deve buscar a articulação entre a teoria e a prática, bem como a pesquisa individual e coletiva, tudo em um contexto de participação efetiva nas atividades de extensão, observado o Sistema Único de Saúde (SUS) (CNE/CES, Parecer nº 1.133, 2001, grifo do autor).

Não se observa aí uma manipulação do Estado, mas sim uma regulação plausível, ao tentar aproximar o profissional médico que está sendo formado do SUS, sistema de saúde oferecido por ele Estado.

Lambert (2002) considera que

As novas diretrizes curriculares trazem claramente um avanço de abrangência política e social no contexto das necessidades em saúde da população brasileira e exigem que as escolas

médicas tenham maturidade institucional para implementá-las. Conferindo flexibilidade, o conjunto das novas diretrizes respeita a singularidade de cada escola médica que ganha com isso legitimidade e espaço para executar as reformas no âmbito de sua realidade. Delineia o perfil profissional do médico ao concluir a graduação, com formação geral, humanista, crítica e reflexiva. Enfatiza a formação em atitudes voltadas para a saúde, a cidadania, a comunidade e a atuação em equipe (p. 35, grifo do autor).

Muito ao contrário, pode-se postular dessa conduta a exteriorização de uma visão de governo que tenta suprir uma carência dentro de um setor específico com vistas, de um lado, aumentar a experiência do recém-formado e, de outro, atender a uma demanda da população.

No geral, essa orientação só vai concorrer para aumentar a visão crítica do formando a partir da práxis, pois, além de contribuir para a extensão que é uma das atribuições do estabelecimento de ensino, o formando vai conhecer o sistema e criticá-lo, se for o caso.

Ao final, a Câmara de Ensino Superior observa que o currículo deve "construir um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro das **perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais**" (equilíbrio entre um conteúdo denso e uma prática decorrente ou associada), buscando a qualidade no atendimento prestado à população (CNE/CES, 2001, Parecer nº 1.133, 2001, grifo do autor).

Segue, junto ao Parecer da Câmara, um Perfil do Formando Egresso/Profissional desejável, centrado em uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, enfatizando, entre outras especificações, o respeito aos pacientes, aos familiares e à comunidade em relação à promoção da saúde no sentido geral.

Esse perfil, que absolutamente não é um documento engessado, permite, respeitando as particularidades da Medicina e a gama de especializações que o campo abarca, que seja prevista a inclusão em seu currículo de outros aspectos julgados relevantes pela comunidade acadêmica em atendimento às demandas da sociedade ou do grupo onde o profissional idealizado será inserido.

O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos,

demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará o regime: seriado anual, seriado semestral, sistema de créditos ou modular (CNE/CES, Parecer nº 1.133, grifo do autor).

O projeto pedagógico, segundo a orientação do Parecer, deve *expressar a vontade coletiva do corpo docente e deve ser centrado no aluno como sujeito da aprendizagem* (com autonomia restrita) e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo de ensino-aprendizagem (gerente responsável).

A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto. Ela deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta à resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas (CNE/CES, 2001, Parecer nº 1.133, 2001, grifo do autor)

Essas responsabilidades das partes envolvidas no processo de ensino-aprendizagem dentro do projeto pedagógico foram perfeitamente definidas no Parecer CNE/CES pelo Estado, para se evitar o *laissez-fair* pedagógico⁴⁴ que ainda é defendido em algumas disciplinas.

Sem entrar em considerações teóricas ou discussões pedagógicas acerca do tema, a visão do Estado é clara, tem lógica e força de lei, para os fins a que se destina. A regulação cabe e está claramente definida dentro, inclusive, do que assinalam Coll e Solé (1996).

A construção do conhecimento não deve ser entendida como uma empresa estritamente individual. Uma coisa é afirmar que o aluno constrói o conhecimento, e outra bem diferente é dizer que o constrói na solidão, **à margem da influência decisiva que tem o professor sobre esse processo de construção e à margem da carga social que comportam sempre os conteúdos escolares** (p. 287, grifo do autor).

Para o Estado, o processo de ensino-aprendizagem na área médica deve estar centrado no aluno e não feito pelo aluno, como pode-se verificar no texto referente aos estágios que também incorporam uma preocupação social.

⁴⁴ *Laissez-fair* Pedagógico é entendido aqui como o excesso de autonomia que é dada ao aluno para construir o seu próprio conhecimento da forma que melhor lhe aprouver. Os defensores dessa corrente de pensamento justificam essa postura dizendo que esse procedimento é aquele que menos atenta contra a liberdade e a criatividade do aluno.

A formação do médico incluirá, como **etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade**. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% do total por estágio.

O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo, 25% da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional (CNE/CES, 2001, Parecer nº 1.133, 2001, grifo do autor).

Prosseguindo, as Diretrizes Curriculares, além das atividades complementares (monitorias, estágios outros, programas de iniciação científica, programas de extensão da universidade, estudos complementares e cursos e/ou disciplinas em outras áreas afins), enfatizam a avaliação do curso no final do documento⁴⁵.

A avaliação aqui é entendida como um instrumento dentro do sistema que deve ser utilizado para prevenir distorções e corrigir rumos, bem como, eliminar as impropriedades ou as irregularidades, principalmente àquelas cometidas pelo ensino privado, de forma democrática e legal, atendendo uma antiga reivindicação dos educadores brasileiros.

⁴⁵ A carga-horária mínima das disciplinas a ser contabilizada, de acordo com o Parecer CES/CNE nº 329, de 11 de novembro de 2004, para o Curso de Medicina é de 7.200 horas. Este Parecer ainda não foi, até o momento, homologado pelo Ministro da Educação.

5.4 ESTADO, SOCIEDADE E DIRETRIZES CURRICULARES EM MEDICINA

As novas tecnologias que vêm revolucionando a educação superior, a um passo, difundem a informação e, a outro, modificam os processos de trabalho no globo em um cenário de constante mudança.

O mundo diante dessa realidade mergulha em um mar revolto de perplexidades, de incertezas e de desafios, na medida em que degrada-se o meio ambiente, acentuam-se os problemas demográficos, reacendem-se preconceitos, agravam-se as desigualdades sociais, aumenta-se o desemprego e persistem a pobreza e a miséria.

O período de transição “anunciado” vai assumindo diferentes formas, em diferentes culturas, em diferentes nações. Enquanto no Iraque, para uns, o grito se dá através de bombas, na África, para outros, a adoção do conformismo e da subserviência concorre para que sejam silenciadas gerações e gerações de pessoas.

O mundo convive diuturnamente com manifestações e já se percebem os órfãos do capitalismo surgindo na França e na Bélgica e o velho continente teme pela generalização do movimento para a Inglaterra, para a Alemanha, enfim para toda a Europa ocidental – é a transição que está em progresso e se evidencia neste momento no desrespeito ao outro.

As pessoas não agüentam mais sofrer em silêncio. É isso! A direita e a esquerda não estão nem aí para o que acontece nos subúrbios. Tem gente que vive com 500 euros por mês. Ora, estamos num país rico. Estar ou não de acordo com os métodos não é o problema. **É uma manifestação de desespero. No fundo, são pessoas que querem mostrar que não se deve passar por cima da dignidade dos outros. Há 30 anos, governos sucessivos, de esquerda e direita, dizem que vão fazer algo.** Mas não há vontade real de mudar. Agora, porque quatro ou cinco pessoas estão queimando carros vão criminalizar o problema. E é a criminalização que vai aparecer mais forte do que os problemas sociais ou políticos. Não é a polícia que vai resolver o problema (TAREK KAAWTARI *apud* BERLINCK, 2005, p. 25, grifo do autor).

Uns poucos estão perplexos; muitos se abrigam no porto seguro da ignorância de um viver imediatista conformado; outros no individualismo, no egoísmo e no consumismo capitalista; e há, também, alguns educadores idealistas, lutadores, que assumem as suas bandeiras ideológicas e lutam contra a exclusão do outro e

de todos, face à postura claudicante do estado moderno, instalada a partir da "crise de paradigmas; da crise do modelo de ciência, fundados nos conceitos de causalidade e determinação e pautado em verdade científica definitiva" (MOREIRA, 2005, p. 12).

Esta transição reflete-se na educação superior e mais particularmente no campo do currículo da graduação em Medicina, que vem se adaptando a essa realidade para atender a emergências dessa dinâmica de mudanças.

É voz corrente cada vez mais que a formação do médico não acontecerá somente pela assimilação dos discursos das disciplinas estabelecidas no currículo, mas por um processo social onde o formando seja levado a assumir posturas de liberdade, de respeito, de responsabilidade, ao mesmo tempo em que percebe essas mesmas práticas nos grupos com que se relaciona no cotidiano.

Trata-se, pois, de observar a instrumentalização (ou o que se pretende com ela), por meio da transmissão de conteúdos, em uma linha mais social, a partir de uma formação crítica, favorecendo o graduando uma melhor interpretação do meio onde ele circulará como médico.

Este desempenho e esta postura profissional pressupõe tanto o conhecimento da função, do ofício ou da ocupação que se vai exercer ou que se vai trabalhar, como o conhecimento do ambiente onde ele vai dialogar e interagir, operando as transformações sociais particulares pretendidas.

O diálogo na formatação do projeto pedagógico, fundamentado nos princípios da alteridade e da totalidade, se apresenta como a melhor opção para se harmonizar as necessidades com as possibilidades, com vistas a atender de forma mais eficiente e eficaz a população a ser contemplada com os profissionais formados na universidade.

Faz-se necessário um projeto que favoreça o rompimento da rigidez da especialidade dos campos científicos médicos (que ainda insistem em proceder como ilhas adiabáticas de excelência, na tentativa de manter seus *locus* de poder), por meio da interdisciplinaridade.

Este projeto deve harmonizar as especialidades existentes na área médica e possibilitar o desenvolvimento de um currículo crítico, observando o *Paradigma da Integralidade da Formação Médica*, que é o caminho que mais se aproxima das

demandas sociais e da orientação curricular determinada pelo Estado de forma mais ou menos centralizada.

Em todos os casos, há necessidade de ficar atento à centralização normatizadora, que em certos aspectos até é defendida pelos curriculistas, exigindo uma permanente atenção de todos para a melhor aplicação, quer dos recursos financeiros, quer do capital científico acumulado, corrigindo-se ou evitando-se as distorções decorrentes das impropriedades que porventura possam vir a ocorrer.

Os autores defensores dessa linha de pensamento, grosso modo, assinalam que

Ainda que a política curricular adotada no Brasil apresente características próprias que a distingam das que se realizam em outros países, não se pode deixar de inscrevê-la em um marco global de reformas que atribuem ao currículo um papel de relevo na transformação dos sistemas educacionais. A comparação de recentes reformas, realizadas nos Estados Unidos, na Grã-Bretanha, no Brasil e na Argentina, evidencia aspectos comuns, que podem ser vistos, portanto, como tendências internacionais em cujo âmbito elas se situam. São elas: a) **adoção de um modelo centralizado de currículo coexistente com processos de regulação de outros aspectos da educação**; b) recurso a equipes notáveis para a definição do conhecimento oficial; c) elaboração de propostas detalhadas, extensas e complexas; d) associação do currículo com um sistema nacional de avaliação (TERIGI, 1997a, *apud* MOREIRA, 2005, p. 13, grifo do autor).

Assim, pode-se depreender que a direção está posta nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina ao serem estabelecidos os parâmetros, basta correr esta pista, assinalando as peculiaridade de cada escola.

CAPÍTULO VI

ENSINO MÉDICO NA ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA

6.1 DESAFIOS PARA O ENSINO MÉDICO

O mundo vive um período de grande efervescência e exaltação⁴⁶.

Sorj (2001) assinala que “em tempos de grande instabilidade, mudança e aceleração histórica, os marcos teóricos e ideológicos através dos quais as sociedades buscam compreender-se são substituídos de modo extremamente rápido” (p. 121).

No bojo das modificações em processo, observa-se o neoliberalismo “emprestando” parte do ideário socialista na tentativa de atender as demandas sociais tanto por meio das *Políticas de Ações Afirmativas*, que buscam minimizar as carências de parte da população, como por meio de articulações do chamado *Terceiro Setor* (fundações sem fins lucrativos e organizações não-governamentais), que buscam minorar a adversidade das classes alijadas ou à margem do processo social⁴⁷.

Nesse clima das mudanças, e de falência do modernismo anunciada quando no domínio da regulação, o *mercado* sobrepujou o *estado* e a *comunidade* e ao mesmo tempo não cumpriu as promessas que advogava, cabem algumas reflexões neste mundo neoliberalizado, regulado pelo poder econômico – Qual é o “negócio” do Estado brasileiro na atualidade para a educação? Qual é o “negócio” da educação superior médica? Como cotidiano e projeto pedagógico podem respeitar a diversidade sem reproduzir as desigualdades? (SANTOS, 2002).

⁴⁶ Gilles Lipovetsky, em *Os tempos hipermodernos*, assinala o momento de incerteza e de confiança ambivalente da população (esperança e decepção) atual, já assinalando o fim do pós-modernismo e a emergência de uma era hiper – hipermercado, hipertexto, hiperconsumo.

⁴⁷ Paul Krugman e Joseph Stiglitz (Nobel de Economia) alertaram para a fadiga do modelo neoliberal na década de 1980 quando chamaram a atenção para armadilha da desigualdade da qual os países capitalistas se tornariam reféns, apesar do acelerado crescimento mundial.

A educação superior, tendo como pano de fundo a constatação da insolvência do ideário modernista, o fenômeno da mundialização⁴⁸ e a revisão porque passa o conceito de progresso⁴⁹ na pujança do mercado, agindo e reagindo neste mundo de transformações, em todos os campos da atividade humana, tem que se adaptar, constantemente, a esta mutação continuada, como condição de sua existência.

O impacto provocado pelas tecnologias nesses quarenta anos concorreu também para a aproximação de povos e o estreitamento das culturas, novos hábitos e costumes surgiram e, paulatinamente, concorreram para a releitura do ensino de Medicina como um instrumento de ideologia, de poder e de transmissão cultural.

O ensino da graduação em Medicina nesta realidade, centrado nos valores que conformam a sua identidade, deve adotar uma visão menos ortodoxa e mais adequada a este ambiente de mudança.

Para sobreviver nessas circunstâncias, há necessidade de planejamentos de ensino e de profissionais de educação⁵⁰ mais ágeis e mais flexíveis para poder fazer face a essa emergente dinâmica, atuando neste todo complexo, que se constrói e se reconstrói indefinidamente, buscando harmonia com este momento de transição.

Decorrente das críticas que vinham se processando neste período na educação médica, o *Paradigma da Integralidade da Formação Médica* surgiu como uma das formas de atender as demandas da população na área de saúde em uma linha mais generalista, sugerindo um planejamento que possibilitasse um currículo com competências definidas, associado a uma orientação pedagógica interdisciplinar e a um professor articulado, como o caminho a ser perseverado.

Nesta perspectiva, grande importância é atribuída tanto à formação do profissional crítico, adaptado a um conhecimento que se transforma e se reorienta em ciclos cada vez menores, como ao profissional mais perspicaz e mais sintonizado com o contexto social que o envolve. Portanto, grande atenção deve ser atribuída a um planejamento que favoreça na graduação médica a adaptação permanente dos conteúdos, na tentativa de se formar um profissional mais “antenado” com esse contexto de fluxo e refluxo de mudanças.

⁴⁸ Segundo Martin Carnoy (2000), a globalização é um fenômeno de natureza mais econômica e a mundialização tem uma abrangência maior envolvendo os aspectos culturais.

⁴⁹ Jonh Lukacs, em *O fim de uma era*, assinala a redefinição do conceito de progresso em processo no momento de transição por não resolver os problemas referentes à pobreza e à educação.

⁵⁰ Todas as pessoas, inclusive funcionários administrativos, envolvidas no processo de ensino-aprendizagem.

No desafio de se propor linhas-mestras de abordagem para a elaboração de um projeto pedagógico para um curso de graduação em Medicina, foi realizada uma profunda imersão em sua realidade educacional, administrativa e em sua inserção histórica e social, interpretando as forças em presença, bem como, a trajetória das políticas de saúde e a relação delas com as escolas médicas e, em particular, Escola de Medicina e Cirurgia (EMC).

Procurando-se conhecer a sistemática que envolve a graduação médica e as dobras que permeiam todo ambiente e que fazem as coisas funcionarem dentro do currículo implementado, durante o desenvolvimento dos trabalhos referentes a esta pesquisa, foram entrevistados 12 (doze) professores de especializações diversas, tanto da área administrativa como da área de ensino ou ambas.

O convívio no espaço acadêmico para a coleta de dados possibilitou também o contato com os estudantes. Dentre todos que se conheceu, 01 (um) aluno do Internato fez depoimento livre que pela pertinência e relevância foi incorporado na análise que se empreendeu⁵¹.

Após o trabalho de campo, e até por conseqüência dele, na tentativa de se abranger a maior quantidade de aspectos detectados nas entrevistas, optou-se por abordar as questões referentes ao projeto pedagógico do curso em cinco partes.

A primeira faz a reflexão acerca da proposta integral na formação do graduado em Medicina, mais próxima das Diretrizes Curriculares, criticando o ensino médico tradicional, por entender que este modelo, muito próximo das extintas cátedras brasileiras, privilegiaram o professor, em detrimento do aluno e da sociedade (que esse formando vai atender após a sua graduação).

A segunda busca interpretar o que está sendo praticado nessa área, fazendo a interface com o ideal pretendido pelos professores.

Na terceira, procura-se evidenciar como vem ocorrendo a dinâmica do currículo em ação adotado, observando o diálogo entre as disciplinas que o compõem e refletindo sobre o que está ocorrendo ou deixando de ocorrer.

A quarta, em uma perspectiva administrativa, não menos importante, pois é por meio dela que o projeto do curso fluirá, azeitando e ajustando as disciplinas em uma visão interdisciplinar, aborda as carências estruturais, materiais e de pessoal

⁵¹ Os depoimentos dos entrevistados (professores e aluno) serão identificados pela frase "informação verbal" entre parênteses.

que podem comprometer em certo aspecto a qualidade do ensino que é oferecido aos alunos da graduação na vertente integral.

Finalmente, a quinta parte fará uma leitura centrada em uma perspectiva mais cultural da EMC que, reproduzindo o modelo da antiga Santa Casa de Misericórdia, naturalizou algumas práticas que vêm favorecendo o estabelecimento de um *locus* de “poder privado” dentro de uma instituição pública e que muitas vezes dificulta a implementação de mudanças tanto na área de ensino como na própria administração do Hospital Gaffrée Guinle.

Com estas abordagens e estes enfoques, é pesquisado o ambiente de ensino⁵² da graduação médica e seus entornos na Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO, com vistas a estabelecer as relações existentes na dinâmica da Escola que favorecem ou dificultam a implementação da perspectiva integral da formação do médico assinalada nas Diretrizes Curriculares do Ensino da Graduação em Medicina.

6.1.1 Em Relação ao Ideal Concebido

De uma maneira geral, os professores apresentaram um conhecimento denso da área de ensino médico. Contrariando as expectativas iniciais da pesquisa, eles possuíam um conhecimento bem claro das exigências atuais requeridas ao graduando de Medicina e, mais do que isso, os professores conseguiam verbalizar esta concepção de recém-formado de forma bastante objetiva e clara, bem como sistematizar teoricamente o caminho para atingir este ideal, ainda que não usassem os jargões mais comuns próprios da área da educação.

Esta característica fez com que os diálogos acerca da educação e a compreensão decorrente no campo, no que se refere ao projeto pedagógico, à currículo, à material, às estratégias de ensino, aos planos de aula, entre outras coisas, fluíssem de maneira fácil e produtiva.

⁵² Neste capítulo, optou-se por reproduzir as falas dos entrevistados de forma mais completa possível com vistas a mostrar aos leitores interessados outros significados que porventura não tenham sido detectados pelo pesquisador.

Assim, inicialmente buscou-se saber qual era o ideal do médico concebido pela Escola de Medicina e Cirurgia na visão daqueles professores. Para se responder a esta e a outras questões tornou-se obrigatório voltar-se o olhar para a profissão médica, de um lado, e para as apostilas legais que orientam o processo, de outro, fazendo os ajustes necessários em função da realidade da UNIRIO. O que é concebido e orientado pelas diretrizes curriculares como instância normativa deve ser ajustado ao perfil desejável concebido de acordo com as características da universidade.

Na verdade, as universidades, as escolas de Medicina podem formar médicos nos diversos perfis. **Cabe a cada instituição se inserir dentro de um determinado perfil para ser mais forte nele.** Acho que **o perfil de um médico generalista, que possa ter um bom conhecimento de prevenção e promoção, trabalhar atendendo os agravos mais freqüentes da nossa população, seria o nosso perfil ideal.** Com certeza o currículo não atende isso (informação verbal, grifo do autor).

Observou-se que na EMC, os professores possuíam um conhecimento muito claro do que eles concebiam como sendo o ideal a ser buscado e o que desejavam do currículo para fazer face aos desafios da atualidade.

O médico ideal é aquele que tenha a formação científica biomédica, humanística e social, o que não está ocorrendo no momento. A questão bios é a questão ambiental envolvida no processo saúde/doença; as questões médicas são as doenças decorrentes do próprio viver em uma visão mais tradicional; a questão humanística é o tratar a todos de forma mais humana possível, atrelada à questão social e à questão das diferenças sociais no processo saúde doença (informação verbal, grifo do autor).

É aquele que deveria ter uma **visão geral da Medicina e ter uma formação clínica, cirúrgica da melhor qualidade possível de uma forma integral,** interdisciplinar e pluridisciplinar, não só com as disciplinas médicas, mas também com as outras áreas da saúde (informação verbal, grifo do autor).

Na realidade, você tem que ter uma formação do médico de acordo com os dados epidemiológicos e os agravos que você tenha à saúde (é um ponto) e o outro ponto é a prevenção e a promoção a saúde que possa trabalhar exatamente na prevenção e promoção dos principais agravos. **É lógico que hoje na verdade nós precisamos de um médico que tenha uma formação geral que ele possa ter uma formação humanitária e que possa trabalhar com prevenção e promoção a saúde, seria bastante importante** (informação verbal, grifo do autor).

Os primeiros momentos desta reflexão acerca do que seria um projeto pedagógico, além de observar o ideal desejado pela maioria para o curso de graduação, também entende que todo o trabalho na profissão médica sempre culmina em uma intervenção. Seja no indivíduo, na coletividade, nas pesquisas, nos resultados dos exames, nos laboratórios, enfim, ocorre sempre uma intervenção. O médico é formado e forjado para intervir.

De posse dessa compreensão, a pesquisa foi procurar verificar as condições especiais de ensino que permitissem o desenvolvimento desta dimensão intervencionista do profissional que se estava concebendo, observando uma linha respeitosa, crítica, criativa e geral.

Dentro da Medicina familiar, eu tenho uma visão diferente dos especialistas. Para mim, o aluno tem que sair daqui formado médico, médico de família que é o clínico de antigamente. Ele tem que saber o geral de todas as áreas da Medicina. Ele pode ir lá para a Amazônia e atender qualquer pessoa. **Ele tem que sair daqui médico e não especialista. Porque não adianta você sair da faculdade dermatologista e lá na Amazônia um sujeito com dor de barriga ele não sabe tratar (eu sou formado em Medicina, mas só sei tratar de pele).** Para mim, a faculdade de Medicina tem que formar médicos no amplo sentido da Medicina que cuidem de seres humanos e não de doenças. **Ele vai saber localizar aquele ser humano dentro do ambiente onde ele vive, então isso é o que é o ideal da Faculdade de Medicina** (informação verbal, grifo do autor).

Como o avanço tecnológico é muito importante, você vai chegar para o médico e vai dizer: eu estou com dor no peito. Ele não vai te examinar como um todo. Ele vai examinar o teu coração e a tua pressão, se fizer isso. Ele vai te pedir, teste hergométrico, cintilografia, eletrocardiograma, ecocardiograma, mapa, roter. Você vai sair de lá com um bolo de pedido de exames e a tecnologia vai chegar para o médico e dizer: olha isso aí pode ser uma doença coronariana ou não. O médico não vai conversar contigo e nem te examinar. **A tecnologia vai fazer isso e aí você corre o grande risco de errar por causa da interpretação dessa tecnologia. É a interpretação da tecnologia que está diretamente relacionada com o tempo que eu vou perder contigo para ver essa tua queixa. Nesse tempo que eu vou perder contigo para saber da tua queixa eu preciso de uma Medicina generalizada, uma Medicina geral. Eu preciso ser um clínico geral para saber suspeitar da causa da tua dor,** ou seja, para poder solicitar um exame e saber interpretar esse exame (informação verbal, grifo do autor).

Ainda que ocorra o consenso geral acerca do significado das proposições das diretrizes curriculares (sem o conhecimento detido do que determina a apostila legal

do Estado, conforme as entrevistas), a cultura internalizada e cristalizada a partir da Medicina clássica há cerca de 100 anos, é muito forte e torna difícil, em muitos casos, a mudança de atitude de grande parte do corpo docente da EMC.

No entendimento geral,

as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina estão boas e **representam um avanço para a Escola de Medicina e Cirurgia**, ainda que cerca de 70% do corpo docente não tenham a compreensão total, pois os professores têm uma visão hospitalocêntrica,⁵³ centrada na doença (informação verbal, grifo do autor).

Um pouco de áreas como o setor de anestesia, de pediatria, de psiquiatria e a Medicina homeopática, por exemplo, que por ofício centram seus campos no doente e não na doença, têm mais facilidade em assimilar o novo referencial proposto nas diretrizes, como pode-se notar neste depoimento: “o homeopata age assim. Então, eu me sinto muito a vontade e é muito fácil para mim ter essa visão porque a homeopatia faz isso” (informação verbal).

Com o progresso científico, principalmente o assinalado a partir da década de 1970, quando ocorre a conjunção de um desenvolvimento das ciências médicas com o auge da teoria curricular tradicional, centrada na objetividade positivista, as atuações médicas, que vinham se restringindo ao enfoque biológico, começam a ser questionadas em função da complexidade do sujeito em seu ambiente que, submetido a estas intervenções mecanicistas e unidirecionais, centradas na doença, não se sente acolhido.

Inicia-se o questionamento daquela prática que não atendia mais a sociedade em sua complexidade que começava clamar por um profissional mais comprometido com o sujeito e com uma formação generalista.

Estabeleceu-se o conflito – a Medicina centrada na doença que tantos benefícios trouxe e vem trazendo para a ciência médica e a Medicina centrada na saúde e na prevenção que apresenta um espectro mais globalizante e generalista.

⁵³ Esta visão, que está impregnada nos currículos médicos até os dias de hoje, data de 1910, decorrente do Relatório Flexner, marcado fortemente pela influência das áreas biológicas. Suas propostas se caracterizam pelo predomínio nas áreas básicas, com pouca ênfase nas práticas de prevenção e promoção da saúde, e ensino hospitalocêntrico. A consequência do Relatório Flexner e da evolução da pesquisa nas áreas biológicas para o ensino em Medicina foi a adoção do currículo mínimo, com nítida separação entre os ciclos básico e clínico; a rigidez dos conteúdos científicos e da carga horária e o ensino centrado no professor com aulas expositivas para grandes grupos de estudantes.

A despeito do conflito decorrente entre o ensino médico que vem sendo desenvolvido e a forma como a população deseja ser atendida hoje, não se pode perder de vista o desenvolvimento alcançado nos quase 100 anos de ciência médica tradicional praticada desde 1910, nem desconsiderar esta nova perspectiva que está a bater à porta de todos os consultórios, ambulatórios e enfermarias.

É por isso que em alguns momentos, fica difícil superar esse *modus proceder* cristalizado em uma cultura médica tradicional, centrada nas ciências biológicas.

O pediatra faz dois anos de pediatria e, no terceiro ano, ele vai para a hiper- especialização, ele vai fazer uma outra especialização na especialidade que ele escolheu, então já existe gastropediatra, reumatologista pediátrico, neurologista pediátrico. **Cada vez mais a Medicina está se especializando ao contrário do que é a idéia do governo de fazer generalista** (informação verbal, grifo do autor).

As idiossincrasias decorrentes dessa cultura estabelecida, muitas vezes, se não bem entendidas pelo conjunto dos sujeitos envolvidos (professores, alunos, técnicos administrativos) e disseminadas entre todos os professores, principalmente, podem comprometer a proposta do projeto e colocar a perder o grande objetivo do estabelecimento de ensino que deve ser a melhor forma de transmitir determinada competência ou habilidade ao discente, de acordo com a vocação da universidade.

6.1.2 Em Relação ao Currículo Estabelecido

O campo do currículo materializa a parte nobre do projeto pedagógico, representando o diálogo de todas as vertentes, onde, obrigatoriamente, em meio a tantos e tantos conflitos de interesse e de poder, a *disciplina* pratica a nobre arte de ceder (sem perder a identidade, a essencialidade e a característica que lhe são próprias) dando espaço a outra disciplina, em detrimento de um bem-maior que é o aluno.

Com esse olhar e de posse de um século de desenvolvimento das especializações médicas, antes das entrevistas, tinha-se a concepção que uma estrutura de ensino médico fosse eminentemente dinâmica, até mesmo em função de todo o desenvolvimento tecnológico da área. A realidade, entretanto, demonstrou ser outra. Logo após as primeiras entrevistas, constatou-se que, em cerca de 25

anos, foram processadas na EMC da UNIRIO apenas duas modificações no currículo.

Tornou-se necessário saber qual era o pensamento corrente dos professores e quais eram as idéias e as propostas deles para este momento de mudança.

O currículo não atende. Eu não sei se é o currículo, se são os alunos ou se são os professores, mas tem alguma coisa que não encaixa (informação verbal, grifo do autor).

O médico de hoje precisa ter um bom ciclo básico que seja atualizado, por exemplo, não adianta nada você começar um curso dando anatomia se você não dá biologia molecular, porque o conhecimento mudou ao longo dos anos, principalmente a partir do final do século passado. **Então se você não atualizar o currículo aos novos conhecimentos, aos novos paradigmas e às novas descobertas, o aluno já entra no curso médico ou nas especialidades médicas defasado e com o conhecimento distorcido.** Um bom curso de Medicina tem que se adaptar a essa nova realidade, do conhecimento e do mercado. **O currículo da EMC nesse sentido não atende de forma nenhuma essa realidade, ele está completamente defasado** (informação verbal, grifo do autor).

O currículo não pode começar nem pela morte, nem pela doença. Deve começar pela saúde. Uma coisa que o currículo atual não comporta é a Medicina Preventiva, que é a Medicina do futuro, que é a Medicina atual e que deveria ser a Medicina de ontem (informação verbal, grifo do autor).

Algumas observações em relação ao currículo foram mais pontuais, ainda que não divergissem da idéia geral que era a necessidade de se realizar uma mudança curricular mais abrangente que visava não só a adequação às diretrizes curriculares, mas também às características e aos anseios dos professores da Escola.

Nos últimos anos, ocorreu uma modificação que não foi muito favorável. **Ocorreu uma modificação em relação ao 5º e 6º período, principalmente, e também alguma coisa em relação ao internato, que deixou o aluno um pouco mais distante da enfermaria, deixou o aluno um pouco mais distante do contato com o doente internado,** embora isso seja preenchido no ambulatório. Tornou-se obrigatório uma série de aulas teóricas em horários não muito próprios e este problema está provocando uma saída do aluno da enfermaria. A aula prática do dia-a-dia ao lado do doente na enfermaria está sendo quebrada, está sendo diminuída exatamente por causa da exigência da presença do aluno assistindo aula teórica (informação verbal, grifo do autor).

O aluno de medicina é um aluno teórico-prático. **Ele não pode viver só de teoria. Ele tem que ter prática.** O ideal para ensinar o aluno era colocá-lo em uma enfermaria e do lado de cada paciente um quadro negro e aí você dar aula na frente do paciente. É radical, é

extremista, mas o aluno de Medicina tem que ter a aula teórica e tem que ter a prática (informação verbal, grifo do autor).

O currículo não atende o ideal do médico e as maiores reclamações dos alunos são que nem todos têm aulas das mesmas disciplinas; disciplinas importantes como gastroenterologia e hematologia não estão no currículo como matérias, disciplinas oficiais (informação verbal, grifo do autor).

A separação do curso em fases, que não se intercomunicam muitas vezes, também foi assinalada na pesquisa e aí observou-se outra significativa dissociação entre a teoria e a prática, pois o currículo em vigor traz consigo uma posição equivocada, que desconsidera a história e o *background* de cada aluno, baseando-se na concepção de que primeiro é necessário construir uma base teórica, para então, a partir daí, seguir-se na prática, como que postulando que vários elementos não co-existissem na conformação da realidade, procedendo como se o conhecimento e sua apropriação não pudessem ser realizados concomitantemente.

A primeira coisa que se tem que fazer é uma adequação geral do currículo. Está muito distante uma coisa da outra. **Você deve utilizar os conhecimentos básicos e da área profissional mais em conjunto. Aqui isso é muito distante. O aluno não valoriza a área básica. Se adequar o conhecimento básico à área profissional, acho que isso incentivaria a melhora do currículo e o próprio interesse do aluno.** Isso está começando a querer acontecer (informação verbal, grifo do autor).

Em uma primeira aproximação nesta linha, foi gravado que o primeiro contato efetivo dos alunos com pacientes ocorre no 3º ano (5º Período), não lhes sendo atribuídas responsabilidades definidas de forma sistematizada neste momento. Somente no Internato (a partir do 10º período), o aluno tem a verdadeira noção de interação médico-paciente de forma sistemática.

Alguns professores da EMC com um olhar mais pedagógico chegam até a inferir soluções ante o incômodo pessoal de ver um currículo defasado diante da realidade das mudanças que ocorrem no campo médico, sugerindo até o estudo de experiências estrangeiras.

Para melhorar o currículo, nós deveríamos aproveitar as experiências de países que deram certo. **Pesquisar as universidades médicas dos Estados Unidos, a Espanha que tem uma boa Medicina, a Inglaterra que é mais voltada para uma Medicina social. Tem que saber as experiências que deram certo, pois aqui as experiências só mostram o que deu errado, porque o médico virou um prestador de serviço** (informação verbal, grifo do autor).

Acho que algumas coisas **deveriam mudar em termos de currículo, até de apresentação de algumas disciplinas para o aluno. O aluno faz hoje a disciplina de dermatologia sem antes ter visto farmacologia.** No mesmo período que ele está vendo dermatologia, ele está vendo farmacologia. **Ele está entrando em cadeiras clínicas, ainda fazendo cadeiras básicas. Na minha concepção, isso não pode ocorrer** (informação verbal, grifo do autor).

O sistema (a graduação na EMC) todo precisa ser revisto pedagogicamente. Por exemplo existe uma carga horária no currículo excessiva de nefrologia e se deixa de dar outras informações aos alunos. Há necessidade de um equilíbrio entre o clínico e o especialista. O clínico deve saber “suspeitar” e saber o seu limite. O especialista tem que saber de tudo de uma determinada área, lembrando que as coisas hoje nas diversas áreas da Medicina mudam muito rápido. O diálogo e o equilíbrio entre o clínico e o especialista tem que ser buscado sempre (informação verbal, grifo do autor).

No currículo adotado, centrado na Medicina tradicional, há uma tendência à focalização dos problemas. O estudo de algumas disciplinas ocorre a partir de sistemas ou aparelhos, dividindo-se o ser humano segundo critérios anatômico-funcionais. Existe ainda nessa linha uma clara clivagem entre as disciplinas que abordam o indivíduo do ponto de vista clínico e as disciplinas que olham para o mesmo sujeito com um enfoque mais voltado para as dimensões sociais, psicológicas e coletivas. O resultado é que acaba-se privilegiando mais os enfoques e os aspectos biológicos em detrimento dos aspectos sócio-ambientais.

A cultura disseminada e cristalizada centrada na doença, aliada a uma estrutura não muito adequada da Escola, talvez sejam, pelo o que foi dado a depreender nas entrevistas e nas pesquisas realizadas, os óbices de maior vulto para se fazer as correções de rumo necessárias e urgentes no currículo da EMC da UNIRIO.

O atual currículo

não atende às necessidades de minha disciplina, ainda que a reforma curricular de 1999 tenha iniciado este processo. **A estrutura física, em primeiro lugar, e a conscientização dos docentes, em segundo lugar, opondo resistência, dificultam a implementação de mudanças** (informação verbal, grifo do autor).

não atende a esse ideal. A gente vem desde 1998, quando houve a reforma, que foi concretizada em 1999. A intenção já foi atender o princípio (a filosofia) dessas diretrizes, mas a gente está em processo de mudança. E nesse processo de mudança, além de uma falta estrutural da própria escola também tem uma falta de

conscientização dos próprios docentes da evolução disso, entende? **A gente tem ainda uma resistência muito grande dentro da própria escola por parte dos professores que ainda não compreenderam essa evolução e essa necessidade da Medicina e da formação do nosso aluno nesse aspecto. Então, a gente tem dificuldade por que? Fora das dificuldades estruturais, ainda tem uma resistência interna. Uma certa resistência por parte de uma boa parte do corpo docente** (informação verbal, grifo do autor).

Também foram assinaladas entre os entrevistados alguns óbices em relação à carga-horária densa e a rigidez do currículo.

Eu acho que a carga-horária é um absurdo. Ela foi fixada em 7200 horas e a EMC possui 8400 horas. A reforma curricular, você fez uma pergunta, mas eu queria falar a respeito disso. Não sei se vou te atrapalhar. **Eu vou falar porque esse nosso currículo é uma grade mesmo. É uma grade. Ele não deixa nada de flexibilização para o aluno. O aluno não pode pensar o que ele quer ser na vida ou que ele quer fazer. Ele tem aquilo, tem que botar aquilo na frente e sair cumprindo os créditos igual a um desesperado, entendeu. O nosso aluno não tem tempo de refletir a respeito da vida e a respeito do que ele quer ser quando crescer, vamos dizer assim** (informação verbal, grifo do autor).

Por exemplo, para você ter uma noção, **os créditos ditos optativos eles acabam sendo obrigatórios e você não tem horário dentro da grade curricular para você dar os créditos optativos. Essas coisas tênues, um espaço a gente não consegue.** Então é fundamental que a gente faça uma reforma curricular, discutindo as cargas-horária (informação verbal, grifo do autor).

O currículo praticado é seriado sem as janelas verdes (mobilidade curricular prevista nas Dir Cur Nac Grad Med). **Interdisciplinaridade e transversalidade não está tendo e para ampliar o problema o aluno é refratário à noite** (informação verbal, grifo do autor).

Na tentativa de se ter uma visão mais abrangente do currículo que estava sendo praticado, aleatoriamente, foi tomado o depoimento de um aluno do internato em um intervalo entre as atividades dele dentro da Escola, para estabelecer o contraponto do que estava ocorrendo.

A minha grade está toda fechada⁵⁴. Eu não tenho tempo vago para fazer esse ambulatório aqui. Então eles impedem que eu faça isso. Por exemplo, os programas de extensão são de nossa responsabilidade fazer. Eu faço parte de um programa em um bairro. Além de todas as dificuldades que você tem de começar um programa de saúde em um bairro porque algumas pessoas não

⁵⁴ O currículo disciplinar é um currículo organizado por áreas de conhecimento e sem dúvida é a forma mais tradicional e (ainda hoje) mais comum de organização curricular.

acreditam muito nesse tipo de Medicina, **eu não tenho tempo, pois os projetos de extensão não são reconhecidos como uma atividade dentro da minha grade. Eu não tenho espaço para fazer um projeto de extensão. Se eu faço o projeto de extensão e perco 35% das minhas aulas e meu professor vai me chamar e vai dizer que eu não tenho carga horária suficiente para ser aprovado naquela disciplina.** Claro que eles liberam, são legais, mas é complicado, tem que estar sempre lutando, brigando (informação verbal, grifo do autor).

Tal é a força exercida pela disciplinarização no campo do ensino de Medicina que o currículo em curso na EMC dificulta a mobilidade do aluno e em alguns casos suas escolhas, não fazendo uso da flexibilização como recurso pedagógico.

A primeira vez que se teve conhecimento de maneira formal da utilização da flexibilização curricular como recurso, tanto para ampliar genericamente o conhecimento dos estudantes do ensino superior como para aproximá-los de sua regionalidade, ou ainda, na direção do respeito ao outro diferente, foi através da Lei 5.540, de 28 de novembro de 1968⁵⁵, fundada em um alicerce capitalista e orientada dentro de uma visão tecnicista-reprodutivista.

Na letra "f", do Art.11, do Cap. 1 (Ensino Superior) da referida lei, estava prevista como característica organizacional das universidades a flexibilidade de métodos e de critérios, "com vistas às diferenças individuais dos alunos, **às peculiaridades regionais e às possibilidades de combinação dos conhecimentos para novos cursos e programas de pesquisa**" (grifo do autor).

Assim, iniciou-se um processo que vem sendo amadurecido de revisão do papel social das universidades e das instituições de ensino superior que trazia em seu bojo o atendimento à comunidade em ambulatórios do Estado, o aperfeiçoamento de professores da rede pública, entre outros.

Na flexibilização proposta nesse período, as áreas ou as disciplinas que foram oferecidas, ligadas ou não à finalidade do curso de referência, eram hierarquizadas de acordo com o seu valor em termos de competências correlatas ou associadas. O referencial curricular era nesse caso centrado na disciplina.

⁵⁵ O perfil das instituições de ensino superior até a década de 1970 era basicamente caracterizado por uma formação elitizada, pelo binômio ensino-pesquisa, pelo ensino sem compromisso com o mercado de trabalho, pela extensão limitada ao assistencialismo, entre outros. Nesse período, os americanos, através da Agency for International Development–AID (ou USAID), instituição governamental, e através de instituições privadas como a Fundação Ford e Rockefeller, influenciaram profundamente o sistema educacional brasileiro, até como consequência da opção feita pelo regime militar adotado em 1964 pelo capitalismo.

Hoje, a discussão sobre a flexibilização curricular passa pela abrangência de outras atividades acadêmicas científicas e culturais e, inserir na discussão do currículo da graduação médica a complexidade das dimensões sociais do paciente, implica em pensar alternativas como essas para se romper com a estrutura dogmática de currículo tradicional médico, centrado na doença, buscando soluções que possibilitem aos formandos ressignificar as competências adquiridas.

Hoje o pensamento na faculdade é que o clínico tem saber tudo. É um erro. O clínico tem que ter uma visão geral. O médico tem que ter uma base em todos os ramos da Medicina. Tudo sobre tudo não há necessidade. E, além disso, há uma supervalorização da cardiologia, gastroenterologia e nefrologia. O resultado é um recém-formado que sabe tudo sobre pressão alta e nada sobre lupus, por exemplo. **Há possibilidade de mudar esse quadro, mas teria que juntar muitas cadeiras em uma só e a relação entre o clínico e o especialista é difícil. O que se quer é que o clínico saiba “suspeitar” das patologias** (informação verbal, grifo do autor).

O currículo será tanto mais rico quanto maiores forem as possibilidades de oferta de disciplinas (optativas e/ou eletivas) e quanto mais forem as possibilidades de atividades complementares que permitam o intercâmbio e o fluxo e refluxo ativo de conhecimentos e de práticas de sorte a facilitar o percorrer dos alunos na direção da construção de seus horizontes, estabelecendo suas próprias interfaces e inferindo outras que seus interesses demandarem, tudo a partir de um campo de referência que é o currículo - o precursor da caminhada, o companheiro do percurso e o amigo na consecução do objetivo final.

Eu sou contra estágios complementares fora do hospital. Eu não vou sair do hospital para supervisionar aluno fora. Precisaria de projeto pedagógico implementado desde o início e que o aluno tivesse essa perspectiva que ele ia atender a população. O que acontece, normalmente, o município, ou o estado, não trocam com os pacientes. Não há ganho para lado nenhum, nem a universidade, nem os pacientes, e olha que eles tem uma farmácia maravilhosa. A farmácia tem todos os medicamentos (informação verbal, grifo do autor).

Há necessidade dos alunos cumprirem parte de sua formação nos PAM nas Unidades básicas dos municípios, acompanhado pelos professores. Com duas vantagens. A primeira é a inserção do aluno em relação ao SUS, aprendendo sobre o programa. A segunda, a unidade de saúde vai vivenciar uma constante reciclagem, ocorrendo uma troca e uma integração entre professores, que tem a responsabilidade de estudar, e entre profissionais que contribuirão com a práxis e receberão a educação continuada (informação verbal, grifo do autor).

Os professores exteriorizaram ao longo das entrevistas esse entendimento, assinalando o que eles desejavam do formando, com uma visão pedagógica bastante apurada.

O médico vai sair formado na graduação como um generalista e depois lá fora ele vai fazer a especialização dele. Eu vou te dar um exemplo. Você tem uma dor no peito. Essa dor no peito pode ser desde um problema de coluna até um problema gástrico ou de esôfago, ou até mesmo uma doença psicológica, dependendo do distúrbio mental do paciente, que somatiza no coração. Então, você tem que ter uma noção geral, para depois se especializar. A especialidade é importante por causa disso, se você tem um paciente com uma doença coronariana, não é o generalista que vai tratar, quem vai tratar é o especialista (informação verbal, grifo do autor).

Na verdade, o que o governo sugeriu não é nenhuma novidade, o que acontece é o seguinte: **deve ser dado ao aluno a oportunidade dele conhecer diversos ambientes da área que está escolhendo para atuar e principalmente que possa conhecer amplamente a profissão dele para que ele possa escolher a área onde vai atuar, mas também, que ele possa direcionar o melhor ambiente onde ele possa estagiar.** Veja bem o aluno tem que ser formado em médico generalista. **Não há como o indivíduo selecionar tão precocemente uma especialidade porque senão ele vai se tornar um técnico e não um médico** (informação verbal, grifo do autor).

Nesse ambiente cultural, político, econômico e social efervescente que é uma escola de Medicina, percebe-se que o caminho para a educação superior na graduação pode ser a ressignificação do planejamento pedagógico como prática de produção cultural, se ampliando e se flexibilizando o entendimento e a interpretação da disciplinaridade do Relatório Flexner, com vistas a atender um cotidiano plural regido por um sem-número de questões de raça, de gênero, de identidades nacionais e regionais, de etnias, entre tantas outras.

Uma mudança de direção dessa natureza, entretanto, é mais difícil do que se pensa quando se vai à prática porque o fator cultural cresce, dificultando as mudanças. **“Nós recebemos nesse modelo tradicional, centrado na doença. Não é o que a gente quer, mas agora nós estamos vivendo isso – foco na doença e não na prevenção no modelo assistencialista”** (informação verbal).

Considerando-se que o melhor rendimento a ser alcançado pressupõe um planejamento bem articulado, assimilado, digerido e com o envolvimento de todos os docentes, facilitando a implementação de um currículo crítico na graduação em Medicina, pode-se depreender o tamanho das dificuldades para se migrar de uma

cultura de ensino médico tradicional (disciplinar, centrado no professor, com aulas para grandes grupos e com alunos tomadores de notas e não questionadores) para um ensino médico crítico, orientado para uma formação médica mais generalista.

6.1.3 Em Relação à Articulação das Disciplinas

Na busca do entendimento dos significados epistemológicos (e suas conseqüências para o ensino superior), atribuídos à disciplinaridade e à interdisciplinaridade, em virtude da ausência de estudos mais abrangentes e sistemáticos enfocando o problema neste nível de ensino, a pesquisa orientou-se pelo percurso estabelecido por Japiassu (1976) como base para as discussões que aqui são procedidas, na tentativa de se aproximar e retirar da visão do autor o que melhor se adequa a um projeto pedagógico para a Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO.

De posse dessa orientação, entendendo o ensino como uma expressão do modo como o conhecimento é produzido e consciente de que o fio condutor da pesquisa é a responsabilidade social (requerida do ensino médico) que deve reger os procedimentos dos graduados concludentes no seu relacionamento com os membros da sociedade de todos os níveis, postula-se a reunião das fragmentações; o diálogo com as polarizações competitivas porventura existentes, decorrentes das territorializações das disciplinas; e a redução da distância entre o ensino e a realidade concreta, pela humanização dos conteúdos.

Nesta trajetória, defronta-se com a necessidade de promover a reorganização crítica do que é transmitido aos alunos, dando um sentido polarizado ao ensino superior, na ventura de aproximar as disciplinas do meio social e de aproximar o homem do conhecimento por ele produzido, redesenhando, reunindo e costurando as peças do mosaico de saberes que muitas vezes não dialogam nem entre si, nem com a realidade.

Com esse pensamento, foi feito o contato com os professores para se compreender como essa dinâmica se processava dentro da Escola. Constatou-se

que *lato sensu*⁵⁶ há o entendimento da necessidade de aproximação das disciplinas que são ministradas, além de ser percebida a necessidade da interdisciplinaridade, até mesmo pela prática médica por ocasião dos diagnósticos. Mas o que é interdisciplinaridade?

A interdisciplinaridade se constitui em uma oposição sistemática a um tipo tradicional de organização do saber, apresentando-se como uma possibilidade de integração e de diálogo, se definindo e se elaborando por uma crítica às fronteiras das disciplinas e a sua compartimentação.

A perspectiva epistemológica da interdisciplinaridade pode significar, quando introduzida em um currículo de ensino médico, o despertar o interesse de estudantes e de professores pela aplicação de uma disciplina a outra; o estabelecer um vínculo entre as disciplinas estudadas; o abolir o trabalho maçante e repetitivo da especialização em determinada disciplina; o reorganizar o saber, estabelecendo a comunicação entre os especialistas; o criar disciplinas e novos domínios de conhecimento mais próximos da realidade social; o aperfeiçoar e reciclar os professores formados em uma orientação positivista, orientando-os em uma outra perspectiva; o reconhecer o caráter comum de certos problemas estruturais (JAPIASSU, 1976).

No curso de graduação em Medicina, o conceito de disciplina mais comum é aquele que se define por um domínio de estudo com um ângulo de abordagem específico. A disciplina estabelece e define seu campo e sua área de atuação. Nesse sentido, pode-se entender por disciplina na área médica e, por extensão disciplinaridade, como uma progressiva exploração científica especializada em uma determinada área ou domínio consentâneo de estudo.

Este constructo disciplinar, a partir de uma definição clara no que se refere aos métodos e procedimentos a serem utilizados, em uma visão cada vez mais "reducionista" do objeto, conduziu o currículo de Medicina a uma estrutura, mais ou menos fixa (grade) com um grande número de disciplinas especializadas.

⁵⁶ Durante as entrevistas, foram utilizadas as palavras articulação, diálogo, inter-conexão e inter-relacionamento ou as expressões "diagnóstico multidisciplinar" e "ninguém vive sozinho", todas, no sentido da interdisciplinaridade assinalada por Japiassu (1976).

Cabe a pergunta: deve-se recorrer aos métodos redutores, de visão focal, inspirados nas ciências naturais em uma linha mais positivista, ou será melhor tentar-se na área médica uma visão mais compreensiva dos fenômenos humanos?

Japiassu (1976) sustenta que

o positivismo foi o grande responsável por essa situação de fragmentação das ciências do homem, na medida em que seus métodos apresentam sérias lacunas. Com efeito, dado que essa filosofia das ciências limita enormemente o campo das disciplinas e que reduz seu domínio única e exclusivamente aos fenômenos observáveis, portanto, à descrição e ao processo de relacionar fatos, torna-se patente que não consegue outra coisa senão descobrir um conjunto de leis funcionais. O resultado é que ela fragmenta o real num determinado número de territórios separados, numa série de estágios superpostos, só podendo corresponder a domínios por demais delimitados das diversas disciplinas (p. 61 e 62).

O autor ainda conclui, assinalando a mudança de rumo sem negar o conhecimento adquirido.

Não se trata de negar certas *recorrências* nas disciplinas científicas, mas de mostrar que não é mais possível conceber a ciência como um monumento que se construiria estágio por estágio, cumulativa e continuamente, sobre fundamentos definitivamente sólidos e garantidos. O que importa reconhecer e enfatizar é que, ao lado das *recorrências*, torna-se cada vez mais urgente uma análise das *concorrências* disciplinares, vale dizer, das colaborações e intercâmbios recíprocos, numa palavra, *concursos interdisciplinares* (JAPIASSU, 1976, p. 63).

A Medicina acompanhando a postura disciplinar, desdobrou-se em um grande número de especializações e o ensino médico, por extensão, reproduziu esse *modus* proceder em suas salas de aula por meio de uma variada quantidade de disciplinas que, na maioria das vezes, não dialogavam entre si. Uma conseqüência dessa atitude intelectual é que ficou excluída, de antemão, toda e qualquer metodologia interdisciplinar, cujo princípio se contrapunha àquele das fronteiras consideradas como definitivas.

Assim, só se justifica um projeto de ensino em Medicina em uma perspectiva interdisciplinar que ultrapasse as molduras rígidas das diferentes disciplinas, procurando na complexidade dos problemas que envolvem um atendimento mais humanizado nos dias de hoje, se não em sua totalidade, pelo menos em uma visão de convergência dos conhecimentos parcelares.

Há necessidade pois de se migrar da perspectiva positivista do ensino médico de linguagem operatória correspondendo a métodos e a procedimentos determinados e rotinas médicas pré-estabelecidas, cristalizada com o tempo e que ainda faz parte do dia-a-dia da EMC, para uma perspectiva intercambiante das disciplinas reorientando o curso de graduação.

Esta necessidade decorre da demanda surgida da postura de alguns profissionais da área que não estão mais se instalando em suas especialidades. Eles estão ensinando que o progresso das especialidades médicas abre-se e espraia-se cada vez mais, incorporando exigências novas a partir de progressos rápidos concorrentes das diferentes disciplinas, sensibilizados ao mesmo tempo pelas necessidades teóricas próprias a cada especialidade médica e pelas influências mais ou menos sutis que estão a exigir uma resposta médica social mais utilitária.

Sem negar as contribuições das especificidades das disciplinas e a sua historicidade, ainda assinala-se que cada disciplina em seu enfoque específico, busca fornecer o real, e o fornece de fato. Entretanto trata-se de um real sempre "reduzido" ao ângulo de visão particular dos especialistas. Cada um deles adota um ponto de vista que lhe é próprio para observar, representar e explicar sua realidade ou uma pequena parcela da complexidade do humano.

As dificuldades culturais para romper essa estrutura são de grande monta e Japiassu (1976) assinala o problema.

Em síntese, poderíamos dizer que a metodologia interdisciplinar postula uma reformulação generalizada das estruturas de ensino das disciplinas científicas. Ademais, a interdisciplinaridade põe em jogo o fracionamento das disciplinas ainda vigente nas universidades, para postular uma pedagogia que privilegie as interconexões disciplinares. **Se os pesquisadores e os educadores ainda estão mal preparados para superar a pedagogia da dissociação do saber, é porque não se dão conta - formando que foram em instituições onde ainda reina a mentalidade da especialização, do fracionamento e da compartimentalização - de que todo aprofundamento especializado, longe de conduzir a um fracionamento do saber, favorece a descoberta de múltiplas interconexões** (p. 34, grifo do autor).

Trata-se pois de associar a preocupação do conhecimento médico exato e preciso – tendo como propósito esclarecer e explicar de modo mais adequado o tratar as doenças em perspectiva inicialmente teórica, embora sempre voltada para a

prática – a esse outro tipo de preocupação que consiste em responder constantemente a uma problemática de ordem social de avaliar, de organizar, de curar, de planificar, de orientar, predizer, enfim, de suspeitar e prevenir.

A maioria dos entrevistados reconheceu a necessidade de uma articulação entre as diversas áreas de conhecimento na Escola, ficando caracterizado que, da forma como está organizado o currículo, esta articulação não ocorria de maneira sistemática. Nesse sentido, também, em relação a ser proporcionado ao aluno um enfoque interdisciplinar na confecção de um diagnóstico, foi dito que “a gente tem alguma coisa mas muito frágil ainda. Eu digo que não é o suficiente. **A gente tem uma integração incipiente**” (informação verbal, grifo do autor).

Há bastante dificuldade na interdisciplinaridade e na transversalidade. Elas são **praticadas por alguns professores de forma assistemática, pois a grade não permite. A interdisciplinaridade exigida em um diagnóstico é feita isoladamente por alguns professores. A grade exige um enfoque mais pontual.** Isso só é vivenciado pelo aluno no transcorrer do 8º/9º período (informação verbal, grifo do autor).

No meu ambulatório ocorre o diagnóstico multidisciplinar, mas isso não é feito de forma sistemática. O ambulatório funciona como uma grande triagem, ele recebe os doentes (70% não tem coisa alguma) e eles são distribuídos conforme o desejo deles e não conforme a necessidade (informação verbal, grifo do autor).

A 7ª Enfermaria engloba algumas especialidades mas tem como corpo geral a clínica médica. Ocorre isso (interdisciplinaridade) no ambulatório. **No ambulatório nós temos o professor, temos o aluno, que tira dúvidas com o professor, e eventualmente existem outros professores de especialidades,** por exemplo, eu faço ambulatório com neurologia, com reumatologia, com endocrinologia, então se eu tenho um doente que tem uma alteração o neurológica, eu posso chamar o colega da neurologia e aluno vai discutir com a gente aquele caso daquele doente. Da mesma maneira, com um paciente com uma doença reumatológica ou endocrinológica (informação verbal, grifo do autor).

O que eu falo em minha aula é que ninguém vive sozinho. **O aluno assistir um profissional com outro profissional de outra área discutindo um doente seria simplesmente maravilhoso.** Alunos de outros grupos de outras áreas discutindo, por exemplo, um grupo da pediatria discutir com um grupo que está na pneumo o que está acontecendo com o paciente. **Isto não acontece porque esses grupos são muito divididos e eles não se encontram. Os horários são diferentes, o rodízio não permite. Sistemáticamente como objetivo de ensino isso não ocorre** (informação verbal, grifo do autor).

A rotina também contribui para que a articulação não se processe de forma mais regular.

Não existe o aluno tomar conhecimento de um diagnóstico multidisciplinar de forma sistemática. Não existe isso. Acontece, mas não é uma coisa programada. O paciente vem para cá com um pedido de parecer e eu o encaminho para algum lugar com um pedido de parecer e o ideal seria que esse pedido de parecer retornasse com o parecer do colega da outra disciplina ou da outra especialidade. Infelizmente, por causa da sobrecarga, o médico faz o pedido de parecer e o paciente acaba não retornando (informação verbal, grifo do autor).

Antes de uma entrevista, percebeu-se um cartaz afixado em um quadro de avisos na parede do hospital que dava informações sobre um congresso de cardiopediatria que iria ser realizado. Aproveitou-se o princípio da oportunidade e foi feita a pergunta abordando este tema a um professor.

No caso perguntado de cardiologia pediátrica, o aluno não tem a oportunidade de ver de forma sistemática o diálogo entre um cardiologista e um pediatra. Na verdade, o sistema é departamental, não tem uma forma sistemática, em termos de ensino não tem. Em termos de assistência até pode acontecer, mas em termos de ensino não. Não existe isso (informação verbal, grifo do autor).

Entre as características mais criticadas pelos pesquisadores do campo do currículo, estão a compartimentalização e a fragmentação decorrentes das "interpretações dos processos de disciplinarização" que tendem a ser derivadas da análise dos processos de disciplinarização no campo científico. Este fato ocorre porque na realidade, o que é transmitido aos alunos são leituras das disciplinas científicas adaptadas para fins de ensino.

Essa situação decorreu do enfoque epistemológico, que orientou a disciplina como ciência⁵⁷, enquanto atividade de investigação, que também foi aprendido e entendido como um dos ramos do conhecimento em que se estava debruçado em um momento determinado em sala de aula.

⁵⁷ Segundo LÜCK (1995), disciplina como ciência é um conjunto específico de conhecimento de características próprias, obtido por meio de método analítico, linear e atomizador da realidade.

A imbricação entre ciência e ensino, entre mestre e discípulos⁵⁸, ao longo dos tempos, concorreu para esta íntima proximidade e, em muitos casos, para a "apropriação" pela pedagogia de alguns conceitos científicos em uma compreensão mais epistemológica (que abrange os limites das faculdades humanas de conhecimento e os critérios que condicionam a validade dos mesmos), até porque nas salas de aula também se fazem experiências científicas.

Com esse mesmo entendimento de disciplina, Japiassu (1976) dá significado à disciplinaridade como a exploração científica especializada de "determinado domínio homogêneo de estudo, **isto é, o conjunto sistemático e organizado de conhecimentos que apresentam características próprias nos planos de ensino, da formação, dos métodos e das matérias** (p. 72, grifo do autor).

A partir dessa mesma compreensão, alguns professores foram mais taxativos, assinalando a falta de articulação entre as diversas áreas e a falta de discussões pedagógicas que orientassem as estratégias das aulas de uma maneira geral.

Não há diálogo entre as áreas. A pediatria é uma ilha, a medicina nuclear é uma outra ilha, a clínica médica é outra ilha. A gente só sabe que o outro existe porque somos amigos. O que cada um faz a gente não sabe. **Não é cobrado nem a nível interno, dentro das ilhas, o projeto pedagógico das aulas, para fins de unificação do que é transmitido aos alunos em todos os períodos** (informação verbal, grifo do autor).

Não há o diálogo entre os professores de áreas afins em termos do que vai ser ministrado em aula. Por exemplo, a cardiologia não conversa com a reumatologia em termos de estratégias de aula. Isso não ocorre fora de aula. Por exemplo, quando eu tenho um paciente e vou apresentá-lo aos alunos, eu vou e converso com você e troco as opiniões, mas não em termos da participação da aula (informação verbal, grifo do autor).

A forma como a Escola está organizada estruturalmente, na opinião de alguns professores, contribui para a falta de articulação entre os setores e, por consequência, dificulta a articulação das áreas do conhecimento.

Aqui, se você for analisar, na universidade não existe a cadeira de nefrologia, a cadeira de gastro-enterologia, disciplinas dessas especializações não existem. Tudo é clínica médica e dentro da clínica médica, existe o professor que dá aula de nefrologia, de cardiologia, existe o professor que faz o ambulatório de nefrologia, mas na realidade ele é clínico e está filiado a uma cadeira de clínica médica (informação verbal, grifo do autor).

⁵⁸ Entre os catedráticos e os alunos de Medicina.

Os alunos aqui, no meu ambulatório (Clínica Médica) tem a oportunidade de interagir com outras disciplinas, **mas não é regra geral. Na faculdade não. Aqui, desde que eu entrei em 1970, já eram e são mantidos os feudos que não se articulam com ninguém.** Quem é da nefro é da nefro, quem é da reumato é da reumato, e assim, por diante (informação verbal, grifo do autor).

Outros entrevistados, sentindo a necessidade da interdisciplinaridade, tentam fazer a articulação por iniciativas próprias na tentativa de melhorar a qualidade do ensino que é oferecido aos alunos.

Enquanto você está na enfermaria ou enquanto você está no ambulatório, você está discutindo em cima de elementos concretos em relação à prática com o doente. Quando você está em uma sala de aula eu estou repetindo coisas que tem nos livros, não estou trazendo nenhuma novidade para o aluno. **Ali no ambulatório e na enfermaria, eu estou trazendo novidade para o aluno. O que agente questiona é exatamente isso. Antigamente aqui, o que mais se tinha era aula prática e agora eu percebo que em um determinado período da vida universitária deles o que mais eles têm é aula teórica** (informação verbal, grifo do autor).

Durante uma entrevista, houve uma interrupção e ocorreu um diálogo entre o entrevistado e um outro médico, ambos de especialidades distintas, discutindo um “caso” (paciente comum). Ao final, foi perguntado ao entrevistado se os alunos poderiam durante o curso vivenciar uma experiência semelhante àquela que o pesquisador teve oportunidade de ver naquele momento. A resposta foi de que “era muito difícil o aluno ter aquele tipo de experiência de forma sistemática. Não há, grosso modo, isso previsto no currículo” (informação verbal).

A grande responsável pela ausência de diálogo foi a corrente positivista médica, que combinando empirismo, objetividade e lógica formal, concorreu tanto para um saber especializado, organizado e denso da área como para uma visão focal do homem, afastando-o da complexidade inerente da realidade. As salas de aula reproduziram esta sistemática, adaptando-se a esta dinâmica, inclusive emprestando alguns conceitos e termos.

Este recorte de um objeto, perfeitamente definido e isolado, possibilitou a emergência da disciplina como atividade de ensino, estando o espírito da disciplinarização na origem da constituição da ciência, ainda que a especialização potencialize e maximize o conhecimento do objeto de um lado e, de outro, acabe por isolar esse objeto, concorrendo de certa forma para a sua deformação e retirando dele as possibilidades de interconexões com outras áreas.

Em certa medida, este espírito questionador, que é inerente ao ser humano e que o impulsiona na direção das explicações dos fenômenos com que convive, assenhorando-se das "particularidades" do mundo real⁵⁹, convive, sem muitas vezes ser perfeitamente entendido, com uma forma mais una, mais total de se entender os problemas.

Assim, pedagogicamente, a disciplina vai se assumir na graduação em Medicina como uma atividade de ensino ou uma área da ciência caracterizada pela linearidade e pelo afastamento do conhecimento global, em função da realidade que dela emerge e esta postura encontra-se refletida no currículo do ensino médico da EMC, característico das décadas de 1970, centrado na doença.

Nesta perspectiva, o conteúdo tem ênfase nas informações isoladas que

passam a valer por elas mesmas e não por sua capacidade de ajudar o homem a compreender o mundo, sua realidade e a posicionar-se diante de seus problemas vitais e sociais; descuida-se, igualmente, do processo de apropriação crítica e inteligente do conhecimento e mais ainda de sua produção, uma vez que o ensino, em geral, centra-se na reprodução do conhecimento já produzido. Consequentemente, o ensino deixa de formar cidadãos capazes de participar do processo de elaboração de novas idéias e conceitos, tão fundamental para o exercício da cidadania crítica e participação na sociedade moderna, onde tanto se valoriza o conhecimento (LÜCK, 1999, p. 39 e 40, grifo do autor).

A disciplinarização pedagógica foi uma decorrência da disciplinarização epistemológica.

A compartimentação e a especificidade da ciência encontrou terreno fértil e ganhou ainda mais espaço no campo da pedagogia modernista. A especialização e a fragmentação dos saberes permitiram a especialização dos professores e do material didático; a administração do tempo escolar em aulas estanques em doses homeopáticas; a validade da pedagogia centrada no professor, que é considerado o centro do saber médico nesse enfoque; o maior controle avaliativo da "eficiência e da eficácia" do que era ensinado.

Assim, o currículo disciplinar (que ainda continua sendo praticado em alguns estabelecimentos de ensino superior), cunhado na disciplinaridade científica da

⁵⁹ Esta maneira de pensar e olhar para o conhecimento de forma fragmentada pode ser constatada nos protocolos médicos, elaborados com vistas a obtenção de um diagnóstico mais rápido e mais preciso das enfermidades, quando estes estabelecem rotinas e procedimentos (caminhos específicos para tratamento) que consubstanciam um sem-número de conhecimentos, de experiência acumulada, de tradição científica e de senso comum, entretanto são percebidos como especificidades.

modernidade, atende aos requisitos básicos da pedagogia médica centrada na doença, que teve seu auge e foi "gravada" no ensino universitário brasileiro no período do regime militar tecnicista.

Aqui não há o relacionamento entre as áreas. É real (não há interdisciplinaridade de forma sistemática). **Se você considerar as disciplinas, as especialidades como indivíduos, são muitos indivíduos que não fazem que não têm uma relação, quando um especialista A ou um especialista B monta as aulas ele não pergunta a ninguém.** Por exemplo, a endocrinologia, a nefrologia e a cardiologia têm muitas coisas em comum, mas ninguém pergunta se você já deu isso? Qual a visão que você deu? Não existe esse contato entre as áreas (informação verbal, grifo do autor).

O ambiente disciplinar é o lugar de aprendizado de saberes disciplinados e de aprendizado dos controles sociais. Na EMC, “não houve incentivo à docência – fóruns de reciclagem, formação pedagógica –, o ensino foi centrado no professor que era o dono do conhecimento, do conteúdo das habilidades e competência” (informação verbal).

Pode-se dizer que o currículo disciplinar médico neste enfoque não valoriza o interesse dos alunos, pois está centrado no professor como o "grande mestre"; não estimula as práticas reflexivas; inibe de certa forma as relações pessoais e estimula uma relação médico-paciente centrada no médico; concorre para problemas de aprendizagem; desestimula a crítica e a curiosidade, contribuindo para um olhar pontual da realidade.

Nesse contexto normativo, não há também espaço para o aluno indisciplinado, aquele que identifica e questiona ambigüidades e contradições do conhecimento, porque esse enfoque pedagógico privilegia o cognitivo, em detrimento das expressões do domínios afetivo e psicomotor do aluno (LÜCK, 1999).

O curso de Medicina aqui na UNIRIO, não posso falar de outras faculdades, possui uma grade é muito fechada. É uma grade mesmo e eles colocam a gente preso dentro da grade. Para eu estar aqui, algumas disciplinas já acabaram ou eu tenho que faltar alguma. **Dentro das disciplinas não se tem essa visão mais generalista, porque as disciplinas desde o início são especializadas. Eu tenho uma disciplina de patologia, então ele fala das patologias e ele não inter-relaciona com a gastroenterologia, com a cardiologia. Cada um fica especializando a gente em um determinado ponto. A gente fica estudando coisas muito específicas e o geral acaba se perdendo.** Por exemplo, na reumatologia, foi uma coisa super rápida que não fez as ligações com as outras coisas. Eles não fazem a ligação, eu não estou falando que eles sejam incompetentes, mas eu acho que um sistema

diferente que fosse mais flexível seria melhor (informação verbal, grifo do autor).

Pode-se dizer que o aumento da quantidade de conhecimentos produzidos e das especialidades respectivas nos mais diversos campos da Medicina foram decorrentes do desenvolvimento da ciência e da tecnologia e, paulatinamente, a partir do incremento crescente dessa especialização, iniciou-se um processo de distanciamento e de incompreensão da realidade total.

Muito embora as especializações médicas tenham representado um avanço na direção do conhecimento, trazendo inúmeros benefícios, é preciso não se perder de vista a necessidade de compreender sempre estas especializações como parte de um todo complexo e inter-relacionado, para não se desvirtuar o próprio conhecimento adquirido ou construído do objetivo final que é o atendimento médico do indivíduo em sua totalidade e complexidade.

Esta idéia de unidade nunca foi abandonada totalmente. Ela permeou todo o período e, mais recentemente, a fragmentação concorreu de certa maneira para uma carência que estimula e orienta, em alguns casos, o retorno a unidade.

Japiassu (1976), nesse escopo, revela que

para remediar os perigos da proliferação anárquica de domínios cada vez mais restritos do saber, sem nenhuma regulação de conjunto, faz-se progressivamente sentir uma aspiração pela unidade. Não mais, como pensava Comte, pela instituição de um corpo de especialistas das generalidades científicas, mas por uma unificação interior de cada uma das grandes disciplinas cujas fronteiras se tornaram mais flexíveis e cujos métodos faziam sempre mais apelo aos enfoques interdisciplinares, pelo menos, multidisciplinares (p. 49, grifo do autor).

Com a afluência das teorias críticas, o modelo disciplinar instalado começou a sofrer pressões das visões irrequietas que tentavam a todo momento romper com a ordem científica estabelecida, transcendendo os limites propalados pela norma doura disciplinadora.

Assim, o conhecimento médico no último quartil do século XX começou a se interrelacionar de forma mais intensa para dar conta de problemas mais complexos, tanto na área social como na área científico-tecnológica, que exigiam mais de uma

disciplina para a sua compreensão. Este período de exaltação do conhecimento concorreu para o início do rompimento das barreiras disciplinares⁶⁰.

Eu parto do pressuposto que não dá para ensinar tudo de Medicina. Eu acho por exemplo que não deveria ter este tipo de aula, porque aqui é assim. No ensino básico, eles aprendem aquelas coisas, bioquímica, de farmacologia das substâncias. Depois, nos primeiros períodos que eles estão aqui, eles aprendem a examinar e a colher uma história. Depois eles passam para a clínica médica e especialidades e aí começam a aprender as patologias – aí tem aula de crise renal, aí tem aula de úlcera péptica. **Eu acho que não deveria ser assim, que deveria pegar um doente, uma história, que deveria fazer um ensino baseado em evidências porque ensinaria a eles a desenvolver o pensamento médico. Porque tem que ser detetive também.** Porque se não, do contrário, chega lá o professor para falar de Deficiência Cardíaca, por exemplo, – principais sintomas – exames que devem pedir – diagnóstico como é fechado – tratamento. Isso não é certo, mas é assim que se faz hoje. Quando eu tenho que dar aula teórica de alguma coisa é assim que eu tenho que fazer – chega lá dizer olha a crise reumatóide é isso assim, assim – os sintomas são esses assim, assim – a idade que acomete é tal, tal – sexo que acomete é tal, tal – os exames que a gente pede é isso – os exames físicos contra isso – o tratamento é isso – o prognóstico é isso. Acabou a aula. O que o aluno aprendeu? Isso ele pode abrir um livro e ler. Agora e se eu levar um doente e se eu apresentar a história para eles em casa estudar. Eles iam guardar muito mais (informação verbal, grifo do autor).

A disciplinaridade⁶¹, perdeu impulsão, dando maior espaço para as discussões sobre a interdisciplinaridade, "uma dessas idéias-força que, embora não fosse recente, agora se manifestava a partir de enriquecimento conceitual e da consciência cada vez mais clara da fragmentação" do conhecimento⁶² (LÜCK, 1999, p. 13).

Alguns professores questionaram e questionam os processos de compartimentalização e de fragmentação do conhecimento no ensino em Medicina, julgando importante ligar este conhecimento às questões sociais mais amplas, tudo centrado na saúde e na prevenção e não na doença como vem sendo feito.

O amadurecimento dessa postura favorecerá melhores interpretações dos processos de organização do projeto a ser desenvolvido na graduação da EMC, pois

⁶⁰ Na área médica, nesta ocasião, surgiram as equipes multidisciplinares para fazer diagnósticos, tratamentos, acompanhamento.

⁶¹ Não se pode perder de vista o conhecimento subjacente e agregado ao método disciplinar que permitiu, permite e permitirá o desenvolvimento de várias áreas, inclusive e principalmente no campo da Medicina.

⁶² A lei 5692/71 propôs a integração das disciplinas e procurou orientar a superação da fragmentação.

a lógica científica no contexto da universidade é sempre uma lógica recontextualizada, engendrada por interesses sociais mais ou menos amplos.

6.1.4 Em Relação à Estrutura Existente

A estrutura em material e pessoal oferecida ao ensino na EMC e, por extensão, ao processamento do currículo que é praticado foi alvo das entrevistas porque entende-se que planejar o ensino, estabelecendo metas, estratégias, ardis, meios, na tentativa de se driblar as adversidades, é também fornecer aos discentes os meios mais adequados com os quais eles poderão se inserir no mundo como profissionais de Medicina. de gabarito.

No ensino médico, estes meios realizam o difícil trabalho de aproximar o planejamento macro de caráter estrutural do Estado, exteriorizado através das políticas públicas⁶³, do planejamento micro, prerrogativa da universidade, promovendo um diálogo entre essas duas instâncias e buscando a sintonia com as urgências e emergências da graduação em Medicina.

Dentre as principais deficiências em infra-estrutura assinaladas na EMC, a carência de espaço físico⁶⁴, agravada pelo tombamento de parte de seu imóveis, é o maior problema, levando a direção a tomar de medidas extremas, como alugar um imóvel particular para fazer atendimento médico.

O hospital é antiquado, tem limitações de tombamento, inclusive de área externa, enfim a questão de espaço é crucial. A grande dificuldade que nós temos aqui é espaço para a aula e para os laboratórios. **Existem projetos em estudo para construção. Hoje, nós temos até uma casa alugada para fazer atendimento da otorrino.** A universidade alugou uma casa para que pudesse prestar esse atendimento (informação verbal, grifo do autor).

Em relação à infra-estrutura as queixas são enormes. **Nós não temos uma biblioteca informatizada, nós não temos modelos, bonecas para a prática dos alunos, falta espaço físico também para se poder implementar os laboratórios** (informação verbal, grifo do autor).

⁶³ A EMC da UNIRIO é extremamente sensível às políticas públicas de saúde e educação do governo federal em razão de suas particularidades.

⁶⁴ Foi constatado *in loco* que a EMC não dispõe de vestiário para os alunos de últimos períodos e residentes trocar de roupa durante os seus plantões.

Os nossos laboratórios de exames complementares são muito carentes, seja para imagens, seja para exames laboratoriais propriamente ditos de patologia, de anatomia patológica. Faltam reagentes, o raio X que não funciona, a questão da manutenção dos nossos equipamentos é precária (informação verbal, grifo do autor).

Além das dificuldades estruturais que o ensino enfrenta, e até em decorrência delas, acaba acontecendo uma certa simbiose entre o hospital Gaffrée Guinle e a Escola que, em alguns casos, desvia o professor de suas atividades de ensino pela necessidade de atendimento requerida pela população, entre outros problemas de relacionamento.

Tem aulas teóricas e o laboratório nosso é o próprio hospital. O nosso grande laboratório são as salas de cirurgia, as enfermarias e as salas do ambulatório. Só que isso deveria ter uma infra-estrutura por trás para a formação do nosso médico (informação verbal, grifo do autor).

Há um pouco de ruído entre a EMC e o hospital porque os interesses são diferentes. O interesse do hospital é tratar os doentes e fazer grana para melhorar cada vez mais, o interesse da Escola é fazer ciência, com qualidade para o aluno aproveitar o máximo possível. A falta de verba é que gera este estado de coisas. O diretor acaba fazendo coisas que ele não gostaria de fazer porque ele não tem dinheiro (informação verbal, grifo do autor).

Paralelamente às limitações estruturais, existem algumas nuances do ponto de vista administrativo tanto da Escola como do hospital que acabam agravando mais os problemas que o ensino enfrenta.

O que acontece é que o hospital está estruturado para não funcionar. Ele é feito para não funcionar. Ele não é feito para tratar o doente. Ele é feito para um atendimento de baixo nível, pois você tem poucos recursos, poucas facilidades. Você tem uma gama enorme de doentes por causa do SUS, você tem que atendê-los, você não tem uma seqüência desses doentes, porque a maior parte dos atendimentos é irrisório, são coisas do dia-a-dia que você resolve em uma consulta porque é falta de atendimento básico. Aqui não funciona como hospital terciário, aqui é um PAM, é um pronto atendimento. **Nós não funcionamos como uma estrutura terciária porque os casos que deveriam ser mais difíceis e que necessitariam de um atendimento especializado não é feito aqui. Nós não estamos estruturados para isso** (informação verbal, grifo do autor).

Não é a minha área, mas eu vejo que falta a participação do paciente saudável. Nós devemos fazer a prevenção do paciente, não deixar chegar ao ponto de quando ele vem ao médico. Às vezes, falta comprometimento dos profissionais da própria casa e não digo que A ou B é o culpado. **O culpado é a desorganização administrativa**

porque que tem tantos x em determinada área e tão poucos y em outra área, ou existem muitos profissionais mas que estão localizados em outros estados ou fazendo teses, que não estão aqui no momento para ajudar o nosso paciente (informação verbal, grifo do autor).

Cada médico tem uma carga horária de professor e uma carga horária de assistência. 20 horas como professor e 20 horas de assistência como médico. **Todos deviam fazer, mas não é assim que acontece. Não há nenhum sistema que administre isso. Fica a critério do profissional** (informação verbal, grifo do autor).

Algumas medidas na área da saúde acabam comprometendo o ensino por se tratar de um hospital universitário. Parte dos problemas administrativos da Escola são decorrentes da ausência de diálogo entre as políticas de Saúde e as políticas públicas voltadas para a Educação que, por pertencerem a instâncias federais diferentes, muitas vezes, não somam ou não agregam valor, direcionando algumas vocações do hospital.

O SUS limita o número de atendimentos porque paga pela média de 06 meses. Nada é aleatório tudo é organizado no SUS. O hospital é que não é. **Você tem formas e formas para ganhar mais recursos do SUS, basta que o hospital tenha alguns procedimentos médicos que são mais valorados por ele.** Então, porque esses procedimentos não são estimulados? O SUS, dentro das diretrizes dele, tenta melhorar o atendimento médico, só que os hospitais também não acordam para o que eles falam. Se este hospital fosse referência em alguma patologia, por exemplo, **se neste hospital nós tivéssemos especialistas em fígado, ele seria referência no Rio de Janeiro. Neste caso, haveria um atendimento telefônico para marcar consulta, 30 consultas por dia, colocar profissionais tanto de manhã como de tarde, em dois turnos, durante os cinco dias de atendimento, em dez turnos de atendimento de suporte de fígado. Agindo dessa forma, a gente receberia mais verbas e o SUS que encaminharia os pacientes para cá. Não há um ajuste fino entre o hospital e o SUS porque isso é uma questão política.** Se o administrador do hospital não quiser melhorar o hospital e sentar para conversar com o SUS para fazer uma troca, não funciona. O Hospital hoje só apaga fogo (e isso não é de agora) e as pessoas estão muito enraivecidas. O hospital está muito pobre, não tem medicamento/equipamento e atende muito pouco (informação verbal, grifo do autor).

As sugestões para vencer as adversidades estruturais que de certa forma comprometem a qualidade do ensino que é oferecido à graduação também foram assinaladas nas entrevistas.

Eu acho que a administração de hospitais universitários deveria ter um tratamento especial no que se refere à injeção de verbas, mas acho também que os outros serviços (postos de saúde)

deveriam ter essa injeção ou pelo menos uma melhor administração (informação verbal, grifo do autor).

Se houvesse um tratamento diferenciado para os hospitais universitários por parte do governo federal, melhoraria em muito o ensino. O hospital nosso não oferece toda a tecnologia de ponta que teria que oferecer para que o aluno saia daqui sabendo o que se tem de mais moderno na Medicina. Ele tinha que ter no hospital universitário o conhecimento mais atual, tudo a disposição dele para ele sair um médico de ponta. Não importa para onde ele fosse, a formação dele deveria capacitá-lo para qualquer coisa, para tomar qualquer atitude (informação verbal, grifo do autor).

Acho que seria fundamental que o governo federal direcionasse uma verba específica que fosse diferente para o hospital universitário. Antigamente, o hospital era bancado pela Escola, não tinha convênio, aí eles disseram que se houvesse convênio com o INPS, iria vir mais verba para o hospital e a universidade ia continuar recebendo a mesma coisa. O hospital iria receber mais dinheiro, só que na prática isso só piorou. Os hospitais universitários que eu conheço e que tenho contato pioraram por causa disso. Porque o doente ficou muito caro e paga-se para o paciente o absurdo, uma vergonha. **O INPS transformou o hospital universitário em um convênio pior do que o convênio privado que tem um convênio com o SUS. Porque o hospital universitário não seleciona o doente. Ele atende desde o mais rico até o mais pobre. E o mais pobre acaba ficando aqui porque não tem para onde ir e o hospital paga comida, medicamento e o SUS só paga 3 dias de internação.** O numerário total recebido pelo doente no hospital não paga nem a comida. O hospital não tem interesse lucrativo, então eu acho que o hospital devia ter um setor financeiro do hospital que computasse o gasto, tudo que gastou, mandar para o governo e o governo mandar para cá. O gasto total do hospital pelo SUS foi de 700, mas eles só mandaram 500. Nem o que foi combinado, eles cumprem. Eles dizem que eles tem que pagar 700 e eles só pagam 500. Isso é um absurdo (informação verbal, grifo do autor).

A carência em pessoal é outro problema na área administrativa que a Escola começa a se ressentir. A impossibilidade de concursos, aliada à aposentadoria de alguns profissionais, vem contribuindo para um certo desconforto daqueles que têm a responsabilidade do ensino médico da graduação e de assistência à população que é atendida pelo hospital Gaffrée Guinle.

Este desconforto foi responsável por um comportamento peculiar, em parte motivado pela prática curricular dos anos 1990 que se caracterizava pelo acréscimo de carga-horária ou de disciplinas em acordo com as especializações que ocorriam no campo.

Na última reforma, o que aconteceu cada professor puxou a brasa para a sua sardinha. Então cada um aumentou a sua carga-horária **porque na hora da distribuição de professores, se eu tinha mil horas e tantos professores, eu precisava de mais tantos professores** (informação verbal, grifo do autor).

Na tentativa de minimizar os problemas administrativos e de aproximar o aluno de um perfil mais generalista, além do Hospital Gaffrée Guinle, através de seu ambulatório e de suas enfermarias, a Escola vem tentando ampliar a prática dos graduandos através de convênios com o estado e com o município.

6.1.5 Em Relação à Cultura Existente

Para se entender os desafios a serem ultrapassados decorrentes da dinâmica das relações que interagem e coexistem na EMC e que tem reflexos em qualquer proposta curricular, debruçou-se sobre a historicidade da Escola, pois o jeito de pensar e agir de alguns professores da graduação foi herdado do modelo que deu origem a EMC das antigas Santas Casas de Misericórdia⁶⁵.

A associação do advento da especialização acentuada nas práticas médicas; o ensino tradicional da Medicina Clássica centrado na doença; a orientação intervencionista da profissão e as “antigas cátedras” (que ainda não foram extintas na Escola e cujos conceitos ainda permeiam o dia-a-dia personificados no “professor titular”, que ocupou o vazio de poder deixado pela figura do catedrático), associadas à estrutura herdada da Santa Casa, perpetuaram um perfil muito resistente às transformações curriculares.

O resultado desta herança é uma instituição de ensino, muitas vezes, regida por interesses de grupos de poder instalados, que não têm o menor compromisso com a realidade das transformações que vêm ocorrendo no campo da Medicina.

A distância entre o ideal desejado e o ideal percebido na nossa escola é muito grande porque uma das principais dificuldades que a gente tem é o conservadorismo. Nossa Escola de Medicina é muito conservadora. Ela tem melhorado, mas há a própria questão da hierarquia universitária (e tem alguns que defendem isso até hoje). É lógico que o professor titular é importante,

⁶⁵ Em virtude da carência de médicos e de especialistas no século XIX, as Santas Casas de Misericórdia adotaram a organização departamental por enfermarias que eram atendidas pelos poucos médicos existentes e cuidadas pelas irmãs que complementavam o atendimento.

ninguém tira dúvida disso, se foi atingido mesmo por mérito em concurso honesto. **A hierarquia da nossa Escola é muito centrada nos professores titulares que em sua maioria foram pessoas formadas com os mesmos pensamentos dos outros professores que deram origem a eles há 40 ou 50 anos, então eles mantêm basicamente o mesmo pensamento apesar ter acontecido uma grande evolução, uma grande modificação em relação a saúde em termos tanto de prevenção como de promoção e esse impacto preventivo é um impacto importante, já está mais do que provado, mas eles pensam que a formação do médico deve ser voltada, exclusivamente, dentro de uma enfermaria. Eles enxergam que a formação deve ser intra-muros.** Esse entrave é importante (informação verbal, grifo do autor).

Eu acredito que se houvesse uma injeção de dinheiro, o problema não seria resolvido de forma nenhuma. **O problema é que a universidade que era pública, agora não é de ninguém. Ela é de quem comanda os currais eleitorais. Ela é feita pelas elites que governam e não há o menor interesse em formar bons médicos. A elite tem interesse em formar prestadores de serviço e interesse que os médicos saiam formados com o nível baixo** (informação verbal, grifo do autor).

A consequência desse *modus proceder*, em alguns casos, é um especialista chefe que não dialoga nem com a direção, nem com outras áreas, além de ser muito reticente às mudanças estruturais que possam colidir com o seu *status* ou a sua especialidade.

A nossa universidade é a mais conservadora. No Rio de Janeiro, é a faculdade mais conservadora que tem. Ela possui feudos, em parte decorrentes da formação anterior, e da estrutura departamental, centrada nos titulares. A votação é um representante de Adjunto, de Assistente, de Auxiliar e dos alunos, então se você tiver quatro titulares (ou representante) ... **Você veja como essa estrutura é ultrapassada.** O departamento não é composto para tomar decisões por todo o seu corpo, entendeu. No departamento isso é muito complicado (informação verbal, grifo do autor).

Nós vimos, desde 1998, quando houve a reforma, que a intenção já era atender nessa linha das diretrizes, mas agente está num processo de mudança e nesse processo de mudança, além de uma falta estrutural da própria escola, **também tem uma falta de conscientização dos próprios docentes da evolução disso. Então a gente tem uma resistência grande dentro da própria escola por parte dos professores que não compreenderam essa evolução e essa necessidade da Medicina e da formação do nosso aluno nesse aspecto. Então a gente, fora das dificuldades estruturais, nós temos uma resistência interna** (informação verbal, grifo do autor).

Assim, percebe-se que, ainda que alguns professores, tomados de *per si*, comunguem da idéia de que as diretrizes curriculares representem um avanço na formação dos novos médicos, observa-se que há uma certa dificuldade por parte da gestão acadêmica quanto ao processo como um todo pois, alguns destes profissionais, que têm este discurso, se sentem como que “invadidos” nas áreas específicas que representam seus “territórios de domínio”, como se pode observar neste depoimento: “na Medicina, tudo é pessoal, nada é institucional” (informação verbal).

Este tipo de cultura (que assumiu várias performances na historicidade brasileira e vem de longa data), às vezes, concorre também para dificuldades administrativas que em seus desdobramentos acabam desaguando no ensino.

Com relação a material, a biblioteca é o lugar de encontros, é o lugar do conhecimento, é o lugar onde ocorrem as trocas de informações, então deveríamos ter uma biblioteca com bibliotecário, com computadores. No exterior existe uma biblioteca central e todo departamento tinha uma pequena biblioteca especializada. Ali é um local de encontro, de troca de conhecimento, onde se dão as trocas. **O problema não é recurso, o problema é administrativo, o problema é vontade política e competência. A USP é a USP não é atoa. Então você tem duas escolas - a Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que é a UNIRIO, e você tem a Escola Paulista de Medicina, olha o que é uma e olha o que é outra. Então quer dizer, o que eles fizeram aqui ao longo dos anos, os chefes de cadeira, as antigas direções, eles acabaram com a universidade** (informação verbal, grifo do autor).

Esta ocorrência e este procedimento comum na administração são bastantes plausíveis e a atitude destes profissionais tem explicação e já foi até assinalada por antropólogos e por sociólogos do país que se debruçaram sobre o estudo do patrimonialismo.

Sorj (2001), por exemplo, quando descreve o patrimonialismo urbano, afirma que este tem como fundamento as relações de imbricação entre os interesses dos grupos dominantes e o Estado e a impunidade e o descontrole da máquina governamental, que transformou em grande parte o sistema repressivo e jurídico em um instrumento de violência somente contra os grupos minoritários.

O autor em sua incursão no estudo da sociedade brasileira sustenta ainda que o moderno patrimonialismo se desdobrou em múltiplas formas e manifestações que, estudadas em suas dobras, permitem a compreensão dos aspectos que determinaram este procedimento; quais poderão ser os seus possíveis

desdobramentos futuros e quais as possíveis correções a serem feitas para que a estrutura⁶⁶ não entre em um estado de obsolescência de difícil retorno.

Dentre as formas de patrimonialismo presentes na sociedade brasileira, uma vez que as tensões e os limites entre o poder político-econômico e a burocracia podem ser mais ou menos controlados, mas não suprimidos, Sorj (2001) destaca duas:

- O **patrimonialismo político**, isto é, a utilização de cargos políticos eletivos ou executivos para usufruto de vantagens econômicas através do uso de recursos da coisa pública, da concessão de favores ao setor privado, dos mecanismos legais de distribuição de itens orçamentários, do nepotismo e da obtenção de privilégios como auto concessão de altos salários e aposentadorias.

- O **patrimonialismo privado**, isto é, apropriação de recursos públicos por agentes privados, geralmente através de licitações montadas para obter do Estado contratos superfaturados. Além dessa forma típica de patrimonialismo, **que fez surgir uma burguesia contratista de Estado**, existem outros mecanismos de favorecimento, como a obtenção de créditos subsidiados, a liberação de produtos não devidamente testados ou a obtenção de indenizações desproporcionais. **Todos esses mecanismos levaram a uma colonização do Estado por interesses privados e a uma perda do sentido público, afetando a eficácia e a autonomia necessária da máquina governamental para planejar as ações com uma visão que transcenda os interesses particulares** (p.15, grifo do autor).

Indícios, que corroboram este tipo de cultura instalada na Escola, podem ser encontrados percorrendo-se os corredores da 7ª Enfermaria do hospital Gaffrée Guinle. Nas paredes das alas encontram-se 15 quadros de professores – 02 sem identificação, 03 de ex-professores titulares, e 10 de ex-professores catedráticos. Poder-se-ia interpretar, a princípio, como uma simples homenagem, entretanto, em uma leitura mais detida das placas, observou-se que o último catedrático ali exposto faleceu em 1986, portanto há exatos 20 anos.

Pode-se depreender daí, de forma bem genérica, sem entrar em outras considerações, que a figura do catedrático e todos os significados subjacentes a esta palavra ainda estão muito presentes e permeiam aqueles corredores, não mais pela cátedra, que foi extinta pela Lei 5.540/68, mas pelos arquétipos que foram herdados pela palavra *titular*.

⁶⁶ O Hospital Graffrée Guinle também se inclui nesta assertiva porque os professores da EMC têm uma íntima relação com o nosocômio, por meio das “cotas” (20 horas) de atendimento assistencialista prestadas.

Cada vez que se muda o titular se forma um novo feudo que não quer largar o seu poder. Nós temos um curso de especialização e o professor da clínica médica A não participa desse curso de pós-graduação. Nós temos a mesma especialidade no curso de graduação e esse médico não participa dessas aulas. A clínica médica A tem a sua aula dessa disciplina independente da gente. Como se fosse um currículo a parte, não é oficial não, é um currículo a parte. Eu acho que tinha que mudar tudo. **Esses feudos historicamente foram formados a partir do catedrático, trocou-se o nome de catedrático para titular.** Inclusive a universidade perdeu onze vagas para novos professores porque realizou um concurso interno (informação verbal, grifo do autor).

Enquanto continuar público, ela nunca vai ser pública, ela vai ser privada dos grupos que estão no poder, e que estão no poder desde 1500. A universidade pública não funciona. Ela funcionaria se você, era muito melhor que você desse bolsas e torná-la privada, **porque ela quando é pública, ela não é pública, ela é privada da burocracia que comanda isso** (informação verbal, grifo do autor).

A existência das enfermarias que se comportam hoje como “ilhas adiabáticas” que não trocam calor nem entre si, nem com a direção, tornam o trabalho de implementação da mudança do paradigma da doença para o paradigma da saúde um desafio muito mais difícil de ser atingido, pois demanda uma transformação na estrutura instalada para uma estrutura mais leve e democrática por setores de especialidade, com todas as perdas de poder decorrentes.

Além disso, o ensino tradicional de Medicina, centrado no professor em detrimento do aluno, a cultura das avaliações⁶⁷ e as cobranças do Estado, entre outros fatores, foram distanciando os professores das discussões pedagógicas (estas foram perdendo espaço para as discussões administrativas) e os problemas em relação ao planejamento de ensino começaram a ser sentidos.

Você não tem uma discussão do que você faz pelo aluno. Não existe. Se faz uma grade ou se tem os estatutos e se segue por obrigação, não se discute o que você está formando, se o aluno está satisfeito ou não (informação verbal, grifo do autor).

Nós não temos um conselho de classe no sentido de avaliar os alunos que está naquele período. Eu posso identificar um aluno que está indo mal em minha disciplina, o aluno que tem algum problema que você não sabe direito o que é, outro professor identificou lá na disciplina dele a mesma coisa e ninguém fala nada. Ninguém nem chega a uma conclusão; se tem como ajudar ou se o aluno tem condições de prosseguir. A gente não tem reunião para discutir, um conselho de classe. Quando chega lá embaixo (no final do curso), a gente se pergunta como esse aluno chegou aqui?

⁶⁷ Entenda-se aqui os grandes processos avaliativos que vem ocorrendo desde a década de 1990 – SINAES.

Chegou porque **foi capengando e ficou aquela história de uma avaliação em que você não avalia integralmente, avalia o conhecimento, a prática é pouca avaliada e a relação médico-paciente não é avaliada, então a pessoa vai caminhando.** Também não tem uma comissão mais ou menos estruturada de acompanhamento dos alunos, de suporte aos alunos, não tem (informação verbal, grifo do autor).

Esse tipo de procedimento, decorrente dessa cultura disseminada, é o ponto nevrálgico para a implementação de um planejamento mais atualizado dentro da Escola.

A grande dificuldade na atualização e na implementação do novo no currículo é que eles tem que entender que efetivamente nós temos que encarar a Medicina de uma outra forma que não a assistencialista. O sujeito está doente vamos tratar da doença. Eles ainda vêem a Medicina somente como diagnóstico e tratamento prognóstico. Esta questão da Medicina primária, atenção primária à saúde, problema de promoção à saúde, o próprio médico tem uma dificuldade de querer entender isso, da saúde da família, do acompanhamento da saúde da família. Por exemplo, se o paciente não tomou a vacina, antes de ele ficar gripado, dizer o senhor tem que tomar a vacina, olha hoje é o último dia de vacinação, é importante que o senhor tome, é gratuita, vai lá e toma. Normalmente, o médico não faz isso (informação verbal, grifo do autor).

É possível se perceber o tamanho do desafio para romper com as barreiras culturais instaladas.

Esta grade que eu tenho que mudar porque o governo está exigindo é uma guerra. Isso é uma coisa que eu tenho muita dificuldade de fazer (implementar as mudanças) porque as pessoas dizem não nós só precisamos de mais professores de Clínica Médica aqui. Mas cadê o reabilitador? Cadê a terapia ocupacional? É muito estressante (informação verbal, grifo do autor).

O *status quo* existente começa a dar sinal de desgaste e algumas propostas começam a aparecer a partir dos incômodos e dos transtornos causados por essa prática patrimonialista e por essa visão ortodoxa da Medicina .

Há necessidade de uma reciclagem para a capacitação docente até para nós concretizarmos na realidade esta reforma curricular, porque a gente ainda está nela. **Acho que a escola deveria organizar e promover cursos de capacitação docente em função da reforma curricular,** ou seja, **atualizar os professores diante desta diretriz nova da formação do médico porque nós temos profissionais excelentes aqui dentro da Escola,** realmente excelentes médicos, excelentes professores, mas que às vezes não estão tão atualizados dessa nova diretriz. Acho que essa capacitação ajudaria muito (informação verbal, grifo do autor).

Se fossem 10 especialidades separadas, você teria como dar mais para o aluno e fazer um intercâmbio entre as disciplinas, porque você existiria. A endocrinologia não existe. Ela é um apêndice da clínica, então você vê nefrologista dando aula de clínica médica, você vê gastroenterologista dando aula de clínica médica. Essa diferenciação não existiria e inclusive fazendo ambulatório. **Ele não está fazendo ambulatório de nefrologia, ele está fazendo ambulatório de clínica médica. Se houvesse essas disciplinas você teria mais tempo para dar para o aluno. Porque você não fazendo parte de um todo, você consegue definir a sua carga horária mais claramente, pois eu não estaria dividindo a minha carga horária com outras atividades.** Por exemplo, a cardiopulmonar tem 30 horas (é só um exemplo), eu teria que dividir um pouco para cardio e um pouco para pneumo. **A gente funciona aqui como uma antiga santa casa de misericórdia. Na realidade, os antigos catedráticos vieram das antigas Santas Casas, eles é que formaram isso aqui. É muito difícil mudar essa cultura** (informação verbal, grifo do autor).

Agora mudou-se o estatuto, é conselho gestor, eu nunca vi um negócio desse, você divide responsabilidade. Na realidade, o certo é que alguém deveria ter responsabilidade para assumir, mas não. **Então na coisa pública ninguém tem responsabilidade por nada, então não funciona. Ninguém vai ser punido. Eu volto a responsabilidade fiscal, deveria ter uma lei de responsabilidade acadêmica. Se você faz as coisas erradas, você tem que ser punido. Aqui ninguém é punido, se dá aula, se não dá aula, ninguém, o professor quando entra numa sala de aula ele (o médico) mente e mente muito porque não tem ninguém para contradizê-lo** (informação verbal, grifo do autor).

O problema daqui é que a universidade deveria ser uma meritocracia. **A primeira coisa a fazer é mudar o regulamento, as pessoas tem que entrar aqui por mérito, por capacidade, número dois, não tem nada haver doutorado e mestrado com a prática médica, você não melhora o atendimento ou o ensino médico com o mestrado e o doutorado, você não vai melhorar o nível da EMC pelo número de artigos publicados, isso é uma avaliação absolutamente errada na área médica.** O serviço funciona bem se a taxa de mortalidade é baixa, se o nível de atendimento é bom, se a capacidade de resolver os problemas do doente de internados em enfermaria, isso é que faz um bom serviço, não é o número de doutores ou mestres (informação verbal, grifo do autor).

Quando se amplia o olhar para tentar-se compreender o espectro das conseqüências que esta cultura catedrática disseminada na Escola vem trazendo para a universidade como um todo e para a própria EMC no efeito bumerangue, focados somente na área de ensino, constatou-se que os alunos da Escola de Enfermagem e da Escola de Nutrição optam por não fazer estágio no hospital por

julgarem que este não reúne as condições adequadas para se realizar um estágio de qualidade.

As enfermeiras que são formadas pela nossa universidade não querem fazer estágio aqui porque outros hospitais têm mais recursos. **Elas não acham o Gaffrée um local adequado e digo mais elas não estão erradas não! Isso também acontece também com a escola de nutrição.** Eu acho isso errado, acho que deveria ser tudo integrado – médico, enfermeiro, nutrição – mas eu não tiro a razão delas não, mas teoricamente está errado (informação verbal, grifo do autor).

O tamanho da dificuldade da mudança de uma cultura (de quase 100 anos) pode ser evidenciado em alguns testemunhos que ainda reproduzem o *status quo* estabelecido das especificidades das especializações.

Na realidade não existe mais a necessidade de uma pessoa de pediatria conversar com uma de cardiologia porque dentro da formação do pediatra já passa a sua própria formação de especialista. É uma coisa já completamente independente. **Um cardiopediatra não tem nada a haver com o cardiologista. Isso é decorrente do desenvolvimento tecnológico. O saber ficou tão específico que as coisas já não dependem mais da doença de origem. O filho já anda sozinho. O filho já gera seu próprio saber e tem os seus próprios meios e as patologias são diferentes** (informação verbal, grifo do autor).

A superação de um óbice dessa natureza se processa inicialmente na mudança de atitude de todo o quadro de professores. O professor é um dos pilares mais importantes na qualidade do ensino que é oferecido aos discentes nas mais diversas vertentes, interpretações e vieses e em todas as leituras.

Eles, interagindo com as correntes de pensamento médico mais atuais, desempenharão um papel fundamental no processo de ensino-aprendizagem e nos exemplos que servirão de referencial para os alunos, pois são os professores que irão proceder a "tradução" do conhecimento para os seus alunos, retificando ou ratificando os vieses e as posturas profissionais que estes devem seguir.

No ensino superior médico pode-se dizer que somente com professores articulados ao planejamento do estabelecimento de ensino (respeitadas e superadas as limitações de tempo, de número de alunos por turma, de métodos de ensino, de material disponível, de infra-estrutura, de administração), que estejam em sintonia com as grandes balizas estruturais do Estado, é que se conseguirá a eficiência, a eficácia e a efetividade do que se deseja dos alunos dentro do modelo considerado, melhorando a qualidade do conteúdo que é oferecido aos graduandos.

Você não tem ensinar tudo em Medicina. **Você ensina o que? A estudar, a reconhecer, a intuir onde e da onde vem aquilo, para você pesquisar e estudar também em casa o procedimento. O médico, ele tem que ser uma pessoa que tenha respeito pelo ser humano e eu acho que isso não se ensina na faculdade. Você tem que dar o exemplo e muitas vezes esses exemplos não existem: é o médico que marca 20 pacientes e falta; é o professor que marca para dar aula e falta; é o professor que desrespeita uma colega de área, uma auxiliar de enfermagem, mostra que a auxiliar de enfermagem tem que ser desvalorizada. Falta muita coisa. Diferentemente do engenheiro, o médico tem todo o entorno emocional, humano que isso não se ensina aqui** (informação verbal, grifo do autor).

A disposição sadia e o comprometimento que devem ocorrer em torno do planejamento de ensino e por conseqüência ao currículo que dele decorre, no intuito de se evitar os desvios de percurso tão prejudiciais ao atingimento da proposta ou da meta que for estabelecida, deve balizar todo o processo.

6.2 ESTADO, ENSINO MÉDICO E ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA

Se o momento de mudança sinaliza para uma convivência cotidiana democrática em uma sociedade plural, respeitando os diferentes grupos e culturas que a constituem, é preciso, portanto, refletir como isso se dará no interior de uma sala de aula na Escola de Medicina e Cirurgia, pois não se pode pensar a educação sem se considerar o poder dela decorrente, quer pela mudança que promove no indivíduo, quer na transformação que se dá nos grupos onde esse ser estará inserido.

Ao se analisar as políticas públicas que vêm sendo implantadas, criticando-as, quer com vistas ao aperfeiçoamento das propostas, quer com vistas a evitar-se os erros inerentes ao processo de implementação de uma determinada orientação, há necessidade de se refletir sobre qual a forma mais adequada do gradiente de intervencionismo do Estado na educação médica e na saúde no momento presente, entendendo o significado das proposições do governo e criticando-as de forma abalizada, segura e objetiva, com vistas a promover o diálogo entre a educação e a saúde, o estado e a sociedade por meio de um planejamento de ensino seguro,

atendendo os reclames de uma demanda social cada vez mais inconformada com as omissões e com os fracassos e insucessos do sistema como um todo.

La fora, na vida real, você discute, é democrático e ganha quem está certo. Não é por título. Então o que faz um bom serviço é o trabalho que você faz e não os títulos que você tem. Então a avaliação de uma escola médica está completamente errada, você não pode analisar o nível acadêmico de um hospital pelo nível de doutores, isso serve para outros tipos de ensino, mas para o ensino médico não serve para nada. Vai servir para o sujeito ganhar um salário maior, mas para o serviço não interfere em nada (informação verbal, grifo do autor).

No que se refere ao ensino, há necessidade de se refletir sobre as práticas individuais e coletivas que interferem no processo pedagógico procurando romper o casulo disciplinar imposto à graduação médica pelas correntes positivistas ao longo de sua trajetória de ensino clássico da Medicina centrada na doença.

É fundamental não só questionar a disciplinarização (sem desconsiderá-la totalmente no entendimento da pesquisa) como também creditar como relevante a associação e a articulação dos conhecimentos com vistas a dar ao médico recém-formado melhores condições de suspeitar da enfermidade do paciente.

Entendendo-se a interdisciplinaridade como a integração das dimensões internas e conceituais das disciplinas de um currículo na construção de um novo axioma, comum a todas as disciplinas, e percebendo-a como contribuinte na minimização dos efeitos maléficos da compartimentalização, a despeito das resistências de campo científico e do surto de especializações em progresso, respeitando as necessidades e o que é requerido pelo paciente, pode-se perceber que a EMC vem realizando, normalmente, certas convergências *pluridisciplinares*, pois as diversas especialidades ainda não são tratadas dentro de um espírito de pesquisa que permita a cada professor vir a generalizar efetivamente seus conhecimentos a fim de poder ressitua-los em um sistema que englobe as outras disciplinas.

É preciso que cada um esteja impregnado de um espírito epistemológico suficientemente amplo para que possa observar as relações de sua disciplina com as demais, sem negligenciar o terreno de sua especialidade. Evidentemente, as estruturas e as necessidades das instituições de ensino constituíram um fator decisivo da especialização do saber, favorecida pelas escolas e faculdades que multiplicaram as compartimentações e criaram alvéolos científicos" (JAPIASSU, 1976, p. 35, grifo do autor).

Assim, vislumbra-se o emprego da interdisciplinaridade dentro de uma visão curricular flexível, como o caminho a ser perseverado por todos aqueles que percebam que não se pode melhorar a qualidade do ensino superior sem um projeto adequado, que seja adotado e defendido por todos os segmentos envolvidos no processo educativo.

Quando se fez uma reflexão epistemológica sobre o currículo da graduação de Medicina da EMC, em sua condição concreta de desenvolvimento, de construção e de estruturação, deparou-se com a assertiva de que não há nada que justifique fragmentar as disciplinas em compartimentos estanques ou em estágios superpostos, correspondendo às concepções disciplinares. Muito ao contrário, tudo está caminhando para as aproximações sucessivas, para as interações das áreas de estudo, em uma visão mais total, mais global.

Assim, a organização curricular deve sempre que possível respeitar tanto as características dos alunos do curso de Medicina como o contexto onde eles serão inseridos, além de considerar as avaliações diagnósticas, centradas no processo de ensino-aprendizagem; o material de ensino; a infra-estrutura física e as instalações; os recursos humanos; a administração da escola; entre outras, como instrumentos para a retroalimentação, para a ratificação ou para a retificação de rumos dos projetos pedagógicos específicos, entre outros.

Nesse contexto, sugere-se a adoção de uma *tendência curricular crítica ampliada*, onde tanto se utiliza de parte dos conceitos abrangidos pela disciplinaridade (que tantos desenvolvimentos trouxeram e vêm trazendo à ciência médica) como se busca articulação dessas disciplinas fazendo uso da interdisciplinaridade, observada no *paradigma da integralidade da formação médica*, na tentativa de formar um médico generalista.

A perspectiva apontada pela integralidade da formação médica pressupõe a intervenção desse profissional de forma mais comprometida com as mudanças sociais e Moreira (1993), quando discutiu a construção do conhecimento, em certo aspecto, percebeu essa necessidade quando disse que o currículo baseado em disciplinas tradicionais não garantia a formação de cidadãos ativos

Tal procedimento não torna o currículo crítico. **O essencial é que as disciplinas tradicionais sejam criteriosamente examinadas e aí, então, quando necessário, eliminadas ou substituídas por outras. Trata-se de se verificar crítica e cuidadosamente se há**

espaço para elas no currículo e, se concluirmos que há, trata-se, então, de analisá-las, de desmistificar sua neutralidade, de entender suas origens, seus elementos ideológicos e de reorientá-las (p. 83, grifo do autor).

Nos cenários de mudança anunciados, que impõem desafios ao ensino superior, é imperativo fazer de um lado uma reflexão realista acerca dos riscos e das oportunidades do planejamento de ensino a ser implementado, que deve ser orientado para se adaptar às novas demandas e às novas práticas médicas, centradas na saúde e na prevenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As imagens transmitidas via satélite chegam instantaneamente a várias residências, apresentando versões imediatas de fatos a uma audiência cada vez maior e, por consequência, a um mundo cada vez menor por meio da redução das distâncias, garantido através das tecnologias da comunicação. Nunca a humanidade esteve tão próxima e nunca as dificuldades particulares dos nações tiveram tanta repercussão e tanto inter-relacionamento.

Vive-se a era da comunicação e da informação mundializada impondo novas realidades às nações e determinando a reorientação do ensino médico que vem assumindo tanto o papel de instruir, no sentido de transmitir conhecimentos, competências e habilidades, como o de educar, no sentido de formar integralmente um profissional em Medicina que examine seu paciente respeitando a sua totalidade.

Nesse contexto, um novo projeto pedagógico assume um papel relevante, pois ele encurtará a distância existente entre o professor; a orientação pedagógica que consubstancia o perfil do formando desejável e o cotidiano onde este formando irá atuar como profissional, superando as restrições do currículo atual da EMC impostas pela política, pela ideologia e pela cultura instalada.

Assim, há que se planejar a prática em toda a sua complexidade. Complexidade esta que transcende o simples atender de objetivos e os conteúdos previstos no currículo, porque, além disso, pressupõe-se a intervenção operativa do diplomado na sociedade, não na reprodução do modelo atual centrado na doença, mas em um modelo centrado na saúde e na prevenção, pois ao lado da megatendência, que impõe uma visão econômica mercadológica da Medicina, convive a dimensão estética que caminha par-e-passo com o jeito de ser do brasileiro.

Urge, pois, que todos os fatores que envolvem a atmosfera do ensino sejam harmonizados por meio de um planejamento coerente para o curso de graduação ter a possibilidade de fornecer ao estudante uma formação generalista que permita com que este suspeite das patologias em suas intervenções de forma mais segura, seja no paciente, seja na comunidade.

A sociedade dinâmica tomada em seu todo ou a partir de um de seus extratos, num movimento de organização, desorganização e reorganização, vai desembocar sempre na formação de um sujeito que precisa ser atendido em uma perspectiva que respeite o seu ambiente, a sua história, os seus espaços, a sua família.

Este graduando generalista, adotando uma postura menos ortodoxa e mais adequada ao ambiente do entorno, agirá com leveza, exatidão, visibilidade e consistência de forma a romper com a visão da Medicina Clássica centrada no cientificismo biológico que vem sendo praticada e, dessa forma, promover a saúde e a prevenção instalando uma nova trajetória histórica na Escola.

A formação desse profissional nessa orientação não acontecerá somente pela assimilação dos discursos das disciplinas estabelecidos no currículo, mas por um processo social onde o formando seja levado a assumir posturas respeitadas para com a totalidade do paciente, a partir do deslocamento da postura diretivo-específica dos saberes para um olhar mais contextual da situação-problema..

Nesse processo, o planejamento pedagógico deve levar em conta as questões contemporâneas sobre a produção do conhecimento, relacionadas ao rápido envelhecimento da informação factual, e levar em conta também a fragilidade das fronteiras entre as disciplinas tradicionais médicas, prevendo espaços e tempos curriculares para que os componentes integradores e os estudos interdisciplinares possam ser edificados, além de proporcionar/oferecer outros caminhos aos estudantes do curso de Medicina.

Dessa forma, poder-se-á dizer que o formando quando sair da universidade (como um conjunto complexo de histórias, de relações, de habilidades e de competências)⁶⁸ terá a possibilidade de suspeitar das patologias que estão acometendo os pacientes em todo o país.

Nesse sentido, partindo do pressuposto de que a produção do conhecimento é social e histórica, o currículo da graduação em Medicina terá dupla orientação. A primeira estará envolvida com o ganho intelectual do médico recém-formado e a

⁶⁸ Entende-se competência como a capacidade de um profissional atuar diante de uma situação complexa, mobilizando conhecimentos, habilidades intelectuais e físicas, atitudes e disposições pessoais, de forma a identificar os elementos que estão em jogo, dar-lhes um tratamento adequado e sinalizar um caminho.

segunda estará voltada para o processo decorrente da relação desse profissional com o seu paciente nas *suspeitas* que vier a inferir.

Como, cada vez mais, as especificidades dessas especializações dos saberes só têm valor quando agregadas a um todo maior, pois as dimensões de significado, que subsistem no cotidiano, impõem ao professor uma mudança radical de atitude, em oposição à visão hierarquizada e pontual anterior, o planejamento pedagógico da graduação em Medicina, nesse contexto, é a instância que, ao mesmo tempo, reúne todas as aspirações, sistematiza as ações e potencializa o ideal concebido do formando.

Esta é uma exigência dos tempos atuais, pois, ao tornar o currículo mais dinâmico e mais crítico, aproximando-o da Medicina centrada na saúde e na prevenção, estar-se-á relativizando as significações de um corpo de especializações impostas por um discurso positivista orientado pelas ciências biológicas que vem sendo praticado a cerca de 100 anos que não cabe mais hoje em dia.

Assim, um projeto flexível que incorpore em suas orientações o uso da interdisciplinaridade em um ambiente curricular flexibilizado na graduação em Medicina é o recurso que se dispõe para aproximar o ideal concebido dentro da realidade da EMC às diretrizes curriculares propostas pelo Estado.

Nesse contexto, repensar o currículo em curso, no momento em que são publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina coloca os docentes frente ao desafio de levantar as possibilidades e as limitações desse currículo em vigor; de driblar os empecilhos decorrentes de uma cultura resistente à mudanças (instalada desde às cátedras), sensibilizando o corpo docente na direção das metas pretendidas; de contornar as limitações estruturais existentes; de otimizar o emprego dos professores em função da escassez de recursos humanos; de atualizar os professores face às mudanças que vêm ocorrendo no campo da Medicina; de oferecer caminhos curriculares mais adequados às vocações pessoais dos alunos, enfim, de corrigir os rumos na direção do ideal concebido por todos e desejado por muitos.

Sem pretender esgotar o assunto, até porque talvez seja possível indicar muitos contrastes e gradações de diferenças entre as diferentes instituições, mas não é dado à percepção humana alcançar o equilíbrio do todo. Vale lembrar que a verdade última, no que diz respeito ao caráter, à consciência e à culpa dos membros

de uma instituição permanecerá em segredo para sempre. Uma grande instituição como o é a Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO continuará a viver com ou sem a aprovação dos teóricos, este trabalho representa somente uma pequena visão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERGER, P. L. e LUCKMANN T. **A construção social da realidade**. 6ª. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.
- BERLINK, D. **Sem justiça não haverá paz neste país**. O Globo, Rio de Janeiro, 08 de novembro de 2005. 3ª Ed.
- BERTICELLI, Ireno Antônio. **Currículo: tendências e filosofia**. In: Marisa Vorraber Costa. O currículo nos limiares do contemporâneo. 4ª Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.
- CALVINO, Ítalo. **Seis Propostas para o próximo milênio**. São Paulo. Companhia das Letras, 2000.
- CATANI, A. Mendes; OLIVEIRA, J. Ferreira. **A reforma da educação superior no Brasil nos anos 90: diretrizes bases e ações**. In: Afrânio M. Catani e Romualdo P. Oliveira (Orgs.). Reformas Educacionais em Portugal e no Brasil. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
- CORAZZA, S. Mara. **Planejamento de ensino como estratégia de política cultural**. In: Antônio F. B. Moreira. Currículo: questões atuais. 8ª Ed. Campinas, SP: Papirus, 2003.
- COSTA, A. F. G. da. **Interdisciplinaridade: a práxis da didática psicopedagógica**. Rio de Janeiro: Unitec, 2000.
- COSTA, M. V. **Currículo e política cultural**. In: Marisa Vorraber Costa. O currículo nos limiares do contemporâneo. 4ª Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.
- CUNHA, Luiz Antônio. **Educação e desenvolvimento social no Brasil**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.
- _____. **A universidade crítica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- _____. **A universidade temporã**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.
- _____. **Educação, estado e democracia no Brasil**. Rio de Janeiro: Cortez, 1991.
- CUNHA, Maria. I. **Inovação como perspectiva emancipatória no ensino superior: mito ou possibilidade**. In Ensinar e aprender: sujeitos, saberes e pesquisa/Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino (Endipe) – Rio de Janeiro: DP&A, 2000
- DÁMBROSIO, U. **Transdisciplinaridade**. São Paulo: Palas Athena, 1997.

DELEUZE, G. & GUATARRI, F. **Mil Platôs**. Capitalismo e Esquizofrenia. 34^a Ed. Rio de Janeiro: 1995.

DOURADO, L. Fernandes. **Reforma do Estado e as políticas para a educação superior no Brasil nos anos 90**. Educação&Sociedade, set. 2002, vol. 23, no. 80, p. 234-252. ISSN 0101-7330.

ETGES, N. J. **Produção do conhecimento e interdisciplinaridade**. Educação e Realidade (Jul/Dez). Porto Alegre: 1993.

FÁVERO, Maria de L. de A. **Universidade & Poder**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1980.

FAZENDA, I. **Interdisciplinaridade, história e teoria**. Campinas: Papirus, 1996.

_____. **Interdisciplinaridade: definição, projeto, pesquisa**. In Ivani C. A. Fazenda (org.). Práticas interdisciplinares na escola. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Integração como proposta de uma nova ordem na educação**. In: Linguagens, espaços e tempos no ensinar e aprender/Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino. 2^a. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

FREITAG, Bárbara. **Escola, Estado e Sociedade**. São Paulo: Moraes, 1980.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais**. In: Ari P. Jantsch et al. (Org.). Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito. 7^a. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

GALLO, Sílvio. **Transversalidade e educação: pensando uma educação não disciplinar**. In: ALVES, Nilda et al. (Org.). O Sentido da Escola. Rio de Janeiro. DP&A, 1999.

_____. **Disciplinaridade e Transversalidade**. In: Linguagens, espaços e tempos no ensinar e aprender/Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino. 2^a. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

_____. **Deleuze & a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

GADOTTI, Moacir. **Pensamento pedagógico brasileiro**. 6^a. São Paulo: Ática, 1994.

GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

GOODSON, Ivor F. **Currículo : teoria e história**. 6^a Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

GUSMÃO, Rute. **A ideologia da solidariedade**. In: Revista Serviço Social e Sociedade (62). São Paulo: Cortez, 2000.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KNELLER, George F. **Introdução à Filosofia da Educação**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983.

LAMEGO, Cláudia. **Estrela do PT perde o brilho entre os jovens**. O Globo, Rio de Janeiro, 10 de julho de 2005.

LEFEBVRE, Henry. **La presencia y la ausencia**. Madrid, 1983.

LOPES, A. R. C. **Organização do conhecimento escolar: analisando a disciplinaridade e a integração**. In: Linguagens, espaços e tempos no ensinar e aprender/Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino (Endipe). 2ª . Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LUKACS, John. **O fim de uma era**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LÜCK, H. **Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teóricos-metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 1995.

MACEDO, Elizabeth. **Currículo e competência**. In: Alice C. Lopes et al. (Org.). Disciplinas e Integração Curricular: história e políticas. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

_____. **Parâmetros curriculares nacionais: a falácia de seus temas transversais**. In Antônio F. B. Moreira (Org.). Currículo: políticas e práticas. 8ª Ed. Campinas, SP: Papyrus, 2005.

_____. **O que significa o currículo escolar?** In: Linguagens, espaços e tempos no ensinar e aprender/Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino. 2ª . Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

MAIA, Almir de Souza. **Educação Superior: perspectivas para o próximo século**. In: Rinalva C. Silva (Org.). Educação para o século XXI: Dilemas e perspectivas. Piracicaba: Unimep, 1999.

MATTELART, Armand e Michèle. **História das teorias da comunicação**. São Paulo. Loyola: 2001.

MOREIRA, A. F. B. **Escola, currículo e a construção do conhecimento**. In: Magda Becker Soares et al. (Org.). Escola Básica. Campinas, SP: Papyrus: Cedes: 1992.

_____. **Currículo, utopia e pós-modernidade**. In: Antônio F. B. Moreira. Currículo: Questões atuais. 8ª Ed. Campinas, SP: Papyrus, 1997.

_____. **A crise da teoria curricular crítica**. In: Marisa Vorraber Costa. O currículo nos limiares do contemporâneo. 4ª Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

_____. **Currículos e Programas no Brasil**. 11ª Ed. Campinas, SP: Papyrus, 2004.

- _____. **Faz sentido ainda o conceito de transferência educacional?** In Antônio F. B. Moreira (Org.). Currículo: políticas e práticas. 8ª Ed. Campinas, SP: Papirus, 2005.
- MORIN, Edgar. **O Paradigma Perdido: a natureza humana.** Lisboa: Europa – América, 1973.
- _____. **Articular os saberes.** In: Alves, Nilda et al. (Org.). O Sentido da Escola. Rio de Janeiro. DP&A, 1999.
- _____. **Os Sete saberes necessários à educação do futuro.** São Paulo. Cortez, 2000.
- NAGLE, Jorge. **Educação e sociedade na Primeira República.** Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- NETO, Alexandre S. e Maciel, L. S. Bomura. **Formação profissional nos cursos de turismo no Brasil: algumas reflexões à luz da LDB/96 e das Diretrizes Curriculares para os cursos de formação.** In: Alexandre S. Neto e Lizete S. B. Maciel (Org.). Campinas, SP: Papirus, 2002.
- PADOVANI, U. e CASTAGNOLA, L. **História da filosofia.** 9ª Ed. São Paulo: Melhoramentos, 1972.
- PETRAGLIA, Izabel C. **Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber.** Petrópolis: Vozes, 1995.
- PIRES, Valdemir. **Ensino superior e neoliberalismo no Brasil: um difícil combate.** Educação & Sociedade, abr. 2004, vol. 25, no. 86, p. 263-268. ISSN 0101-7330.
- MORAIS, Regis de. **História e pensamento na educação brasileira.** Campinas: Papirus, 1985.
- RIBEIRO, Maria Luisa Santos. **História da educação brasileira.** Campinas: Autores Associados, 1995.
- ROMANELLI, Otaíza de Oliveira. **História da Educação no Brasil.** 28ª. Petrópolis: Vozes, 2003.
- SACRISTÁN. J. G. **O currículo uma reflexão sobre a prática.** Porto Alegre. Artmed, 2000.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. **A crítica da razão indolente.** 4ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, L. L. de C. P. e LOPES, J. S. M. **Globalização, multiculturalismo e currículo**. In: Antônio F. B. Moreira. Currículo: Questões atuais. 8ª Ed. Campinas, SP: Papyrus, 1997.

SAVIANI, Dermeval. **Educação brasileira: estrutura e sistema**. 5ª Ed. São Paulo: Saraiva, 1983.

_____. **Tendências e correntes da educação brasileira**. In: Durmeval Trigueiro Mendes. Filosofia da educação brasileira. Civilização Brasileira, 1987.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Descolonizar o currículo: estratégias para uma pedagogia crítica**. In: Marisa Vorraber Costa. Escola básica na virada do século: cultura, política e educação. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias curriculares**. 2ª Ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

_____. **Introdução**, In: Goodson, I. Currículo: teoria e história. Petrópolis: Vozes, 1995.

SORJ, Bernardo. **A nova sociedade brasileira**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

STUART, Hall. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 9ª Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis, Rj: Vozes, 2002.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Currículo e interdisciplinaridade**. In: Antônio F. B. Moreira. Currículo: Questões atuais. 8ª Ed. Campinas, SP: Papyrus, 1997.

_____. **Espaço e currículo**. In: Alice C. Lopes et al. (Org.). Disciplinas e Integração Curricular: história e políticas. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

_____. **Espaços, tempos e disciplinas**. In: Linguagens, espaços e tempos no ensinar e aprender/Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino. 2ª . Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

VILLARDI, O; OLIVEIRA, C. Alberto. **Educação superior: em tempos de avaliação**. In: Rinalva C. Silva (Org.). Educação para o século XXI: Dilemas e perspectivas. Piracicaba: Unimep, 1999.

VOGT, Carlos. **Autonomia**. In: H. Moysés Nussenzveig. Repensando a universidade. Rio de Janeiro: UFRJ/Copea, 2004.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo selecionado para participar da pesquisa "Flexibilização Curricular e Transversalidade: a articulação dos saberes no ensino superior", a qual tem por objetivo avaliar a possibilidade desses dois instrumentos contribuírem para a aproximação do profissional que é formado na universidade com o meio social onde ele será inserido.

Na qualidade de professor, você foi selecionado, entretanto, essa participação não é obrigatória, ficando-lhe facultada a desistência ou a retirada do consentimento, sem qualquer prejuízo pessoal.

Sua participação consistirá em ser entrevistado pelo pesquisador, durante cerca de 15 minutos, fornecendo informações e reflexões sobre o seu entendimento acerca do curso de Medicina da UNIRIO.

Não há nenhum risco relacionado com a sua participação e não será necessária a realização de qualquer exame físico ou de laboratório para esse trabalho.

Os benefícios relacionados, referentes às reflexões que porventura possam advir, poderão ser utilizados no Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, a critério da direção.

As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e assegura-se o sigilo de sua participação. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar a sua identificação, sendo-lhe garantida a privacidade.

Você receberá uma cópia deste termo e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto, agora ou a qualquer momento, com o pesquisador, através do telefone 2493-9898 ou através do e-mail masecorrea@uol.com.br.

Declaro que entendi os objetivos, os riscos e os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Entrevistado

..

Sérgio Corrêa - Mestrando

ANEXO II

ROTEIRO

Diretrizes Curriculares - Currículo - Planejamento - Professor

1. Qual é o ideal do médico que está sendo concebido na UNIRIO?
2. Qual o parâmetro (Positivista americano ou da Integralidade) que a Escola adota na formação do médico?
3. Quais as dificuldades que a Escola encontra para efetivar o planejamento de ensino previsto para este ano?
4. O currículo proposto e aprovado atende aos requisitos da Escola no que se refere ao ideal do médico a ser formado?
5. No seu entendimento, há alguma correção/retificação a fazer? Em caso positivo, qual a sugestão?
6. Quais as dificuldades da escola para implementar o currículo estabelecido?
7. O currículo estabelecido atende às Diretrizes Curriculares do MEC para a graduação de medicina?
8. Em caso negativo, quais os problemas e as possíveis soluções vislumbradas? Quais as adaptações sugeridas?
9. Como a escola julga que deva ser o profissional que trabalha com os alunos - um médico professor ou um professor de medicina?
10. Como é o relacionamento entre o professor e o aluno em sala de aula?
11. Em sala de aula, os professores normalmente fazem o inter-relacionamento de sua disciplina com outras?
12. Os alunos, durante o curso, têm oportunidade de vivenciar ou trabalhar com o enfoque diagnóstico multidisciplinar?