Pontifícia Universidade Católica do Paraná

CARLOS ARTEAGA RODRÍGUEZ

AS INOVAÇÕES NO ENSINO SUPERIOR E A FORMAÇÃO DO MÉDICO PROFESSOR

MESTRADO EM
EDUCAÇÃO
PUCPR

CURITIBA
2003

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE TEOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

CARLOS ARTEAGA RODRÍGUEZ

AS INOVAÇÕES NO ENSINO SUPERIOR E A FORMAÇÃO DO MÉDICO PROFESSOR

CURITIBA

2003

CARLOS ARTEAGA RODRÍGUEZ

BIBLIOTECA CENTRAL
PUCPR

AS INOVAÇÕES NO ENSINO SUPERIOR E A FORMAÇÃO DO MÉDICO PROFESSOR

Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação do Centro de Teologia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Orientadora: Profª. Drª. Neuza Bertoni Pinto.

Dis
378
A786a
2003
ex.1

CURITIBA

2003

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Teologia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE EXAME DE DISSERTAÇÃO N.º 299

DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE

Carlos Arteagas Rodríguez

Aos vinte e sete dias do mês de novembro de dois mil e três, reuniu-se na Auditório Thomas Morus do Centro de Teologia e Ciências Humanas, a Banca Examinadora constituída pelos Professores: Prof.ª Dr.ª Neuza Bertoni Pinto, Prof.ª Dr.ª Adriana Cavalcanti de Aguiar e Prof.ª Dr.ª Marilda Aparecida Behrens, para examinar o candidato Carlos Arteagas Rodríguez, ano de ingresso 2001, do Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado em Educação, Linha de Pesquisa Teoria e Prática Pedagógica na Educação Superior. O mestrando apresentou a dissertação *AS INOVAÇÕES NO ENSINO SUPERIOR E A FORMAÇÃO DO MÉDICO PROFESSOR*, que, após a defesa foi aprovado pela Banca Examinadora. A sessão encerrou-se às 14 hs. Para constar, lavrou-se a presente ata, que vai assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Observações: Recomenda-se para publicação mediante atendimento às recomendações da Banca Examinadora.

Prof.ª Dr.ª Neuza Bertoni Pinto

Prof.ª Dr.ª Adriana Cavalcanti de Aguiar

Prof.ª Dr.ª Marilda Aparecida Behrens

Prof.ª Dr.ª Marilda Aparecida Behrens
Direção dos Cursos da Área de Educação:
Graduação e Pós-Graduação *Stricto Sensu*

Rua Imaculada Conceição, 1155 - Prado Velho - CEP 80215-901 - Caixa Postal 16.210
Telefone: (41) 271-1655 - Telefax: (41) 271-1370 - Curitiba - Paraná - Brasil

DEDICATÓRIA

Para duas princesas e um príncipe:

Yani, Yeni e Papi.

AGRADECIMENTOS

Prefiro o risco de esquecer de agradecer a uma pessoa a faltar com aquelas que desde o início de minha formação têm me ajudado. O mestrado é um dos momentos históricos de uma longa jornada, mencionar todos os que dela participaram se torna, efetivamente, impossível.

A meus pais, que me guiaram e me ajudaram a trilhar o caminho do saber. Lembro-me, quando em plena adolescência e cursando o Ensino Médio, falei para meu pai que pararia de estudar para trabalhar; e ele, em poucas palavras, me disse: "sua tarefa agora é estudar e se superar, no futuro terá muito tempo para trabalhar".

Aos mestres médicos e médicos mestres que me ensinaram a amar a profissão e não economizam esforços no cumprimento de nosso compromisso social. Ao Professor Dr Luis Rodríguez Rivera por suas exigências e orientações para cada dia ser um melhor profissional, assim como seu exemplo de sabedoria, humildade, dedicação e amor pelo trabalho docente assistencial.

Às duas Instituições Universitárias: a Faculdade Finlay Albarran de Havana - Cuba e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Brasil. A primeira por ter me formado como médico e professor generalista e a segunda por ter me acolhido como médico e preceptor.

Aos Residentes de Medicina de Família e da Comunidade da PUCPR, pela ajuda solidária na elaboração dos trabalhos acadêmicos e deste manuscrito, além de sua responsabilidade no cuidado dos pacientes, o que me permitiu cumprir os compromissos do mestrado.

Aos professores, colegas e secretárias do mestrado por seu humanismo e profissionalismo; por fornecerem o sentimento e a satisfação de sentir-me em casa, tanto nas atividades curriculares como extracurriculares. À Profª. Drª Neuza Bertoni

Pinto e à Profª. Drª. Marilda Aparecida Behrens por suas convicções na defesa para a aceitação do Projeto de Pesquisa no Seminário de Pesquisa. À orientadora Profª. Drª Neuza Bertoni Pinto por sua dedicação, sabedoria, compreensão e paciência no seu trabalho como orientadora. Aos estagiários e funcionários da Biblioteca da PUCPR e da Universidade Federal do Paraná pela ajuda na procura da bibliografia.

À Prof.ª Drª. Adriana Cavalcanti de Aguiar, a quem conheci através de um artigo na Revista de Educação Médica Brasileira em que apareciam suas titulações: Mestre e Doutora em Educação pela Harvard Graduate School of Education, Harvard University. Apesar de seu currículo impressionante e de morar no Rio de Janeiro, a Drª. Adriana teve a gentileza de aceitar o convite de um mestrando desconhecido para ela e de trasladar-se até Curitiba para formar parte da Banca Examinadora do Exame de Qualificação. Seus aportes e o interesse demonstrado neste exame são duas razões a mais de reconhecimento e agradecimento.

A minha família por seu apoio durante estes anos de limitações, por sua paciência e compreensão na perda de tantas horas de lazer familiar dedicadas ao estudo e ao academicismo, o que exige a superação profissional e professoral. Enfim, para os cubanos e brasileiros que se escondem atrás deste manuscrito. Para todos, um agradecimento especial.

EPÍGRAFES

"Educação é um processo vitalício, e o que fazemos nós, docentes, é somente instilar princípios, conduzir o estudante no caminho certo, apresentar-lhe métodos, ensinar a ele como estudar, e como discernir, logo, o essencial do não-essencial".

William Osler.

"Sendo e educação médica um terreno de conflitos e de lutas de interesses e de poder, como acontece em toda situação em que convivem sujeitos sociais com distintas concepções e compromissos, é importante aprofundar a compreensão acerca da proposta.

Marcio José de Almeida".

RESUMO

A proposta, Saúde para Todos, concebida através do Programa de Atenção Médica Primária, ao focalizar uma práxis profissional orientada por uma postura prioritariamente educativa e preventiva, exige do médico professor superar (o que não quer dizer abandonar) a visão biologista e terapêutica predominante.

Com o objetivo de repensar as funções e o processo de profissionalização docente do médico professor, a presente pesquisa, teórica exploratória, preocupou-se em buscar na fundamentação histórica da ciência e na pesquisa educacional, argumentação conceitual para delinear o processo de formação do médico generalista e as dimensões formativas do professor desse novo profissional.

Analisando as fragilidades do paradigma gerador da abordagem mecanicista e a conseqüente fragmentação do conhecimento, este estudo orientou-se em apontar a necessidade de emancipação do processo de formação médica.

Neste sentido, procurou-se discutir os elementos constituintes do paradigma inovador a partir da visão holística, progressista e investigativa, parâmetros considerados cardinais no processo de reconstrução dos saberes envolvidos na complexidade da nova formação. O paradigma inovador, como proposta que reconhece as atuais necessidades sociais da área da saúde, expressa-se pela aprendizagem através de problemas, centrada no aluno e com uma concepção generalista e preventiva.

As exigências do mundo de trabalho e a função educativa implícita no conceito das universidades contemporâneas requerem vencer novos desafios e construir novos perfis profissionais, especialmente, novos processos de profissionalização docente do médico professor, para que a excelência de seus

saberes, em suas dimensões epistemológicas e pedagógicas, possa responder aos atuais anseios sociais. Considerando que esse processo deve ser planejado, contínuo e precoce, dadas suas dimensões humana, generalista e complexa, a busca de sua excelência requer, mais que instrução especializada, uma prática generalista ancorada na religação dos saberes na ética, na investigação e na ação colaborativa das instituições formativas e gestoras tendo em vista o desenvolvimento profissional dos futuros médicos do século XXI, que ao buscar na educação o elo perdido na sua prática de referência, poderão assumir um novo compromisso social em relação à saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Ensino Médico; Paradigmas; Competências; Saberes docentes; Formação Docente.

ABSTRACT

The proposal, Health to All, objective of the Primary Medical Attention Program, imposes a professional praxis oriented to a prior educational and preventive posture, which demands the medical professor's overcoming his biological and therapeutic views.

With the intention of rethinking the medical professor's functions and process of teaching professional formation, this present research, which is theoretic and exploratory, intends to search into Science's historical foundations and educational research the conceptual arguments to draw the process of formation of the generalist doctor and the formative dimensions of the professor of this new professional.

At analyzing the weaknesses of the generating paradigm of the mechanist approach, and the consequent fragmentation of knowledge, this study points to the need of emancipation of the medical formation process.

In this sense, the constituting elements of the innovative paradigm are discussed from a holistic, progressive and investigating point of view, which are parameters considered to be leading in the process of reconstruction of the knowledge involved in the complexity of the new formation. The innovative paradigm is a proposal that recognizes the present social needs in the Health field, is based in learning through problems, is student-centered, and has a generalist and preventive concept.

The employment market demands require new profiles and professional competencies and, as a consequence, new processes in the medical professor's teaching formation so that their knowledge excellence, in its epistemological and

pedagogical dimensions, may respond to the present social yearnings. This process must be planned, continuous and untimely, for its human, generalist and complex dimensions and the search for their excellence require, besides specialized instruction, a generalist practice which may base knowledge upon ethics, investigation and collaborative action from the forming and managing institutions. The professional development of the 21st Century's doctors, searching for a link with its referential practice in education, will create a new social commitment towards the population's health.

KEY WORDS: Medical teaching; paradigms; competencies; teaching knowledge; teaching formation.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - MARCOS SÓCIO-HISTÓRICOS DO CONHECIMENTO E PRÁTICA MÉDICA 21

TABELA 2 - MUDANÇAS EXPERIMENTADAS PELAS CIÊNCIAS MÉDICAS DO SÉCULO XVII ATÉ O PRESENTE 22

TABELA 3 - TRAJETÓRIA SÓCIO-HISTÓRICA DA SOCIEDADE 51

TABELA 4 - MUDANÇAS EXPERIMENTADAS PELA CIÊNCIA NO FINAL DO SÉCULO XIX E NO TRANSCURSO DO SÉCULO XX..... 59

TABELA 5 - REFORMAS INOVADORAS DO PENSAR E DO ENSINO RESULTANTE DA REFLEXÃO CRÍTICA E DIALÉTICA DOS DESAFIOS..... 62

TABELA 6 – CARACTERÍSTICAS DO PARADIGMA EDUCACIONAL E MÉDICO TRADICIONAL. 64

TABELA 7– CARACTERÍSTICAS DO PARADIGMA EDUCACIONAL E MÉDICO INOVADOR. 70

TABELA 8 - CARACTERÍSTICAS EDUCACIONAIS GLOBAIS 80

TABELA 9 - ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO COMPETENTE 102

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - FUNDAMENTAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DO DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE E DA MEDICINA 51

FIGURA 2 - OS DESAFIOS DOS DESAFIOS 60

FIGURA 3 - DIMENSÕES DA FORMAÇÃO DO MÉDICO PROFESSOR 120

FIGURA 4 - PIRÂMIDE DOCENTE-ASSISTENCIAL NA ENFERMARIA: GRUPO BÁSICO DE TRABALHO (GBT) 123

FIGURA 5 - INTERAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA E DO SISTEMA DE FORMAÇÃO MÉDICA DE CUBA 124

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAMC: do inglês, Association of American Medical Colleges.

ABEM: Associação Brasileira de Educação Médica.

ABP: Aprendizagem baseada em problemas.

CEDEM: Centro de Desenvolvimento de Educação Médica.

CINAEM: Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico.

EMT: Ensino Médico Tradicional.

FEPAFEM: Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina, fundada em 1964.

FMUSP: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

GATE: Global alliance for transforming education.

OMS: Organização Mundial para a Saúde.

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde.

PBL: do inglês, problem-based learning.

PUCPR: Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

SPC: Sociedade de produção de conhecimento.

SUS: Sistema Único de Saúde.

UDUAL: União das Universidades da América Latina, fundada em 1949.

UEL: Universidade Estadual de Londrina.

UNESCO: Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura.

WHO: do inglês, World Health Organization.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA ..... **iii**
AGRADECIMENTOS ..... **iv**
RESUMO ..... **vii**
ABSTRACT ..... **ix**
LISTA DE TABELAS ..... **xi**
LISTA DE FIGURAS ..... **xii**
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS ..... **xiii**
INTRODUÇÃO **16**
OBJETIVO GERAL 29
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 29
METODOLOGIA **30**
Terminologia 33
CAPÍTULO 1. UMA HISTÓRIA NECESSÁRIA: DE JOSÉ MARTÍ A PAULO FREIRE. **39**
CAPÍTULO 2. A SOCIEDADE INTERVALAR E OS DESAFIOS DA SOCIEDADE ATUAL **48**
2.1 A sociedade intervalar: do mundo místico e ignorante ao mundo fragmentar e bipolar atual 49
2.2 Os desafios da sociedade pós-moderna como premissa para a leitura do ensino e prática médica contemporânea 58
CAPÍTULO 3. PARADIGMAS EDUCACIONAIS E A FORMAÇÃO MÉDICA **63**
3.1 O Paradigma Educacional Tradicional e a sociedade de produção em massa: repercussão no ensino e na prática médica 64
3.2 O Paradigma Educacional Inovador e a sociedade de produção do conhecimento: repercussão no ensino e na prática médica 69
CAPÍTULO 4. O MÉDICO PROFESSOR DIANTE DO COMPLEXO PROCESSO INOVADOR DO ENSINO **76**
4.1 Caráter democrático do ensino e a relação professor aluno: o ensino centrado no estudante 76
4.2 O médico professor e a coerência entre a teoria e a prática 80
4.3 O médico professor e a ponderação da sociedade-rede 82
4.4 O médico professor e o ensino embasado na pesquisa: ensino embasado em problemas 84
4.5 O médico professor e as novas concepções sob avaliação 87

4.6 A inserção do processo educativo no plano político mais amplo: o médico professor diante da filosofia mercantilista da profissão médica 90

4.7 O médico professor e a formação generalista através do estilo interdisciplinar do aprendizado 92

CAPÍTULO 5. O MÉDICO PROFESSOR E A FORMAÇÃO DO MÉDICO BEM FEITO, COMPETENTE E ÉTICO 95

5.1 O médico professor e a formação do médico bem feito 95

5.2 O médico professor e a formação do médico competente 98

5.3 O médico professor e a formação do médico ético 105

CAPÍTULO 6. A PROFISSIONALIZAÇÃO DO MÉDICO PROFESSOR: UMA NECESSIDADE E UMA PROPOSTA 110

6.1 Por que a formação do médico professor é necessária? 112

6.2 Proposta para a profissionalização docente do médico professor 119

CONSIDERAÇÕES FINAIS 129

REFERÊNCIAS 133

INTRODUÇÃO

Na atualidade existe a conscientização de que o exercício da medicina deva abranger todas as camadas da sociedade, mudando sua concepção de curativa para preventivo-curativa e transformando a exagerada valorização da especialização e do tecnicismo por um aprendizado e exercício generalista e humanista, menos custoso e ao alcance de todos. Trata-se de uma conscientização embasada nos valores e princípios éticos e morais em relação à dignidade humana.

Essa idéia é avalizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ao propôr "Saúde para Todos" através do "Programa de Atenção Médica Primária" (WHO, 1987). Enunciados, que segundo a própria WORLD HEALTH ORGANIZATION levam a solicitação de uma:

> Coordenação de esforços das autoridades de saúde, das organizações profissionais e das escolas médicas para estudar e aplicar novas formas de prática profissional e de condições de trabalho que permitam aos profissionais identificar as necessidades de saúde e dar respostas às ditas necessidades, a fim de aumentar a qualidade, a relevância, a eficiência e a eqüidade da atenção da saúde (WHO, 1996. p. 5-11).

Por sua vez, em relação ao processo da educação superior para o século XXI, a ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA tem se pronunciado:

> Há uma demanda sem precedentes e uma grande diversificação na educação superior, bem como maior consciência sobre a sua importância vital tanto para o desenvolvimento sócio-cultural e econômico como para a construção do futuro, diante do qual as novas gerações deverão estar preparadas com novas habilitações, conhecimentos e idéias (UNESCO, 1998. p. 11).

Os chamados da OMS e da UNESCO devem ser considerados e retomados

pelos programas de educação médica e pelos professores responsáveis por cumpri-los. Desta forma, tenta-se superar a dicotomia existente entre a formação universitária e a prática profissional integrando a formação profissional às necessidades da sociedade, tal como proposto nas Diretrizes da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) para os cursos de graduação (RAMOS, 2000. p. 35-54).

Em 1988, realizou-se em Edimburgo (Escócia) a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica. A América Latina esteve representada através da FEPAFEM (Federação Pan-americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina, fundada em 1964). Foram discutidos assuntos como: prioridades educacionais para as escolas médicas, estratégias educacionais, integração da escola com o sistema de atenção à saúde, recursos para a educação médica, ingresso no curso de medicina e necessidades dos países, relações entre o ensino de graduação, pós-graduação e educação continuada (Citado em ALMEIDA, 2000. p. 73).

No mesmo ano, a União das Universidades da América Latina (UDUAL, fundada em 1949), com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), realizou uma Conferência Integrada das Ciências da Saúde que teve como objetivos: inserir o potencial da universidade latino-americana na meta social "Saúde para todos no ano 2000" através da estratégia da Atenção Primária à Saúde; contribuir para o trabalho conjunto das associações de escolas da área da saúde (medicina, enfermagem e odontologia) em função da saúde da população; contribuir com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), OMS e países no fortalecimento e desenvolvimento dos sistemas locais de saúde (Citado em ALMEIDA, 2000. p. 73).

A educação médica e suas dimensões científica, humana e operacional

também tem sido motivo de discussão e de crítica na América Latina (VENTURELLI, 1990. MIRANDA, 1997. ALMEIDA, 1999. GARANHANI et al, 1999). Segundo ALMEIDA (1999. p. 10), "nas décadas de 70 e 80, a preocupação centrou-se nas dimensões qualitativas da educação médica, enfocada sob o prisma da excelência técnica. E continua dizendo, "a ênfase recai nas ações pedagógicas voltadas à melhoria da qualidade do ensino e nas ações organizacionais, no âmbito universitário, voltadas a permitir uma maior exposição ao aprendizado prático nos serviços hospitalares e ambulatoriais". Apesar disso, a Saúde Pública, razão fundamental do ensino médico no curso da graduação, continua longe da qualidade e cobertura que a sociedade precisa.

A integração dessas duas categorias universais - saúde para todos e inovações na formação médica - representa um desafio para as faculdades médicas que, juntamente com outras instâncias do setor educativo e órgãos do Governo, têm o dever de contribuir para a solução desta demanda social: "Saúde para Todos". Para CORDEIRO, o Programa Saúde para Todos no ano 2000, promulgado pela OMS, coloca "para as políticas públicas de saúde e para os profissionais de saúde, o desafio da expansão da cobertura e da qualidade dos cuidados de saúde" (CORDEIRO, 2001. p. 87).

A Saúde Pública do Brasil, diagnosticada no passado como "O Brasil é um vasto Hospital" (SKIDMORE, 1998. p. 116), depende de múltiplos fatores, objetivos e subjetivos. Alguns deles estão sujeitos à formação que as Faculdades Médicas dão aos educandos, ao incorporarem uma concepção especializada e hospitalar da prática médica, afastada da realidade social. Nos Estados Unidos, por exemplo, as vagas para especialidades generalistas têm ocupação de 50 a 60%, das quais 30% são abandonadas. Dos que a terminam, 60% voltam-se para outra especialidade,

21% não voltariam a fazer esta especialidade e 19% escolheria outra profissão não médica (RODRÍGUEZ, 1998. p.126). Em um país como o Brasil, que necessita de um maior número de médicos generalistas, essa situação é inadmissível, agravando-se pelo desinteresse dos acadêmicos e médicos recém-formados pelo estudo e prática generalista e pela atenção primária. Tal situação não é preocupante apenas nos paises em desenvolvimento. CLEAVELAND (1993. p. 7-11), referindo-se ao desinteresse pelo generalismo nos Estados Unidos comenta, "isto é terrível para um país que necessita de mais e não de menos médicos para a atenção primária".

As necessidades sociais, saúde pública de qualidade e educação superior que prepare profissionalmente um número maior de cidadãos, são desafios que interessam a vários setores da sociedade, porém, parte desta responsabilidade compete às Escolas Médicas. Daí o imperativo de transformar o ensino médico em resposta às demandas surgidas da integração da assistência médica e da formação universitária. Tanto é assim que nas últimas décadas várias escolas médicas do mundo vêm adotando novas estratégias de ensino com o propósito de melhorar a formação profissional (BLIGH, 1995. NORMAN e SCHMIDT, 1992. JONES et al, 2001).

O relatório GPEP (General Professional Education of the Physicians and College Preparation for Medicine Report), publicado em 1989 (AAMC, 1989) afirma que para acompanhar as novas tecnologias e informações científicas, os médicos precisam permanentemente adquirir novos conhecimentos e aprender novas habilidades. Portanto, uma educação profissional geral deve preparar os estudantes de medicina para aprender continuamente ao longo de sua carreira profissional, em vez de simplesmente fazê-los dominar os conhecimentos e as técnicas do momento. Esta formação requer, entre outras qualidades, a habilidade de identificar, formular e

resolver problemas, compreender e usar conceitos e princípios básicos bem como acessar e coletar dados com rigor e senso crítico. Mesmo antes desse relatório, a Universidade de McMaster já se preocupava com o assunto e começou seus estudos de mudança de currículo em 1966; em 1969 admitiu a primeira turma de estudantes de Medicina em que aplicou seu currículo inovador (GONÇALVES, 2003).

A Universidade Estadual de Londrina (UEL) e seu Centro de Ciências da Saúde (CCS) têm sido pioneiros no Brasil na implementação e investigação das mudanças curriculares no ensino médico desde 1992, passando já por quatro grandes reformas curriculares com ampla e ativa participação dos docentes e alunos (FERREIRA et al, 2002. p. 176 e 180). O projeto do Centro de Ciências da Saúde da UEL, Projeto UNI - Londrina, que iniciou em 1972, conta com representantes da universidade, dos serviços de saúde e da comunidade e tem como objetivo: apoiar a elaboração e implementação de um novo modelo acadêmico para os cursos de graduação; fomentar o desenvolvimento de um novo modelo assistencial na rede de saúde; estimular a participação comunitária na gestão dos serviços de saúde e no planejamento curricular, incorporando novos conceitos como a interdisciplinaridade, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a educação multiprofissional e o trabalho em rede (FERREIRA et al, 2002. p. 176).

Sabe-se que o paradigma do ensino e da prática médica marcha junto ao desenvolvimento histórico social da humanidade. Essa trajetória que vai do curandeiro ao subespecialista atual, trouxe consigo a desumanização e o tecnicismo desmedido do ensino e da prática médica moderna. No início, a medicina surge do contato direto com o homem e com um caráter abrangente e integrador, similar à Filosofia. À medida que o conhecimento médico foi avançando (Tabela 1 e 2), o médico, como sujeito do processo epistemológico, foi se isolando cada vez mais do

paciente.

TABELA 1 - MARCOS SÓCIO-HISTÓRICOS DO CONHECIMENTO E PRÁTICA MÉDICA

SÉCULOS	SOCIEDADE	A RAZÃO DA VERDADE	PERSONALIDADES	ATIVIDADE MÉDICA
Anterior a VIII ac	Comunidade primitiva	Mito, magia, sobrenatural, feitiçarias, espíritos ou divindades. HOMEM----MITO	?	Feiticeiros, xamãs, curandeiros.
VIII ac - V dc	Greco-romana	Causa natural, observação, investigação, mundo natural. CAUSA---EFEITO	Platão *(429-348 a.C.)*. Aristóteles *(384-322 a.C.)*.	E.M.Cridos E.M.Cós Hipócrates *(460-377a. C.)*. Claudius Galeno (*131-201*)
V - XV dc	Medieval / Idade Média	Existência do criador, fé, no divino, na Igreja. *CRIADOR---CRIADO*	São Tomás de Aquino	Avicena (*980-1037*)
XIV-XVI	Renascentista	Dúvida: naturalista e humanista, reforma, "liberdade intelectual". Separa-se o homem de Deus	Galileu Maquiavel	Paracelsus (*1493-1541*) reforma da medicina, fundador da química, farmacêutica. Andreas Vesalius (*1514-1564*) precursor da neuroanatomia
XVI-XX	Moderna	Dúvida: empirismo e racionalismo Observação, lei regularidade, método indutivo: duvidar, dividir, induzir e revisar. Método hipotético-indutivo	F. Bacon, J. Locke, Descartes, I. Newton, L. da Vinci.	Instrumentação, anatomia, nosografia, anátomo-clínica Thomas Sydehnham (*1624-1689*) Giovanni B. Morgagni (*1682-1771*).

GOMES, MARLEIDE da MOTA, 1997.
BURKE J. ; ORNSTEIN R, 1999.

TABELA 2 - MUDANÇAS EXPERIMENTADAS PELAS CIÊNCIAS MÉDICAS DO SÉCULO XVII ATÉ O PRESENTE

GIAMBATTISTA MORGAGNI (Italiano; 1682-1771): fundador da anatomia patológica.
BICHAT, MARIE FRANÇOIS XAVIER (Francês; 1771-1802): seu trabalho converteu-se na base da histologia moderna.
RENÉ LAËNNEC (francês; 1781-1826): em 1819 inventou o estetoscópio.
RUDOLPH LUDWIG KARL VIRCHOW (1821-1902): patologia celular.
CLUDE BERNARD (francês; 1813-1878): descreveu a célula como unidade funcional fundamental.
JOSEPH LISTER (inglês; 1827-1912): descobri os anti-sépticos.
LOUIS PASTEUR (francês; 1822-1895): fundou a ciência da microbiologia. Demonstrou a teoria dos germes como causadores de doenças (agentes patogênicos). Inventou o processo que leva seu nome. Desenvolveu vacinas contra várias patologias.
ROBERT KOCH (alemão; 1843-1910): inventou e aperfeiçoou técnicas bacteriológicas. Pioneiro na bacteriologia médica moderna. Isolou várias bactérias patogênicas, inclusive a da tuberculose. Descobriu os vetores animais de transmissão de uma série de doenças.
GREGOR JOHANN MENDEL (austríaco; 1822-1884): suas investigações converteram-se no fundamento da atual teoria da hereditariedade.
JAMES DEWEY WATSON (norte-americano; 1928-) & FRANCIS HARRY COMTON CRICK (inglês; 1916-): determinarão a estrutura tridimensional do ácido desoxirribonucléico (ADN).
LINUS CARL PAULING (norte-americano; 1901-1994): descobriu que a deformidade das células na anemia falciforme produz-se devido a um defeito genético que influi na produção de hemoglobina.

GOMES, MARLEIDE DA MOTA, 1997.
BURKE J.; ORNSTEIN R, 1999.
FOUCAULT, Michel. 2001

É interessante destacar que mesmo quando o médico ainda não sabia o significado do pulso, pegava as mãos de seu paciente para palpar as pulsações no punho (NAVARRO, 1989. p. 1), favorecendo assim o contato humano milenar que tem caracterizado a profissão médica, mediado hoje, pelos aparelhos. Para ASSAD (2003), "a tecnologia tirou o médico da cabeceira de seu paciente, fazendo com que a mão que sentia, tocava, percutia e acariciava fosse substituída por visores luminosos e sonoros, por aparelhagem cada vez mais sofisticada". E continua o

autor, "o calor humano do profissional, várias vezes, tornou-se mais distante, e a cibernética desprezou o contato mais íntimo e carinhoso do médico".

Segundo CAPRA (1988. p. 124), "o sistema de assistência médica moderno está baseado no atendimento hospitalar e no uso de drogas, sendo incapaz de melhorar ou manter a saúde pública". Existe hoje uma valorização exagerada do caráter técnico da medicina que leva a um estado de crise, tanto na atenção, como na formação médica. Segundo COSTA (2000. p. 145-150), "o cientificismo excessivo atual das práticas de saúde, desvinculado do humanismo e da ética, levou o setor a uma linha de ação cuja ligação entre o profissional e o usuário do sistema passou a ser muito mais o exame e o equipamento, em detrimento do relacionamento pessoal e profissional". Da mesma forma, no Brasil:

> A formação geral do médico está enfaticamente centrada na rede de assistência médica hospitalar, com grave prejuízo para a formação do médico que, como profissional, deverá atuar muito mais na assistência médica ambulatorial, pois sabe-se que apenas 1% dos doentes necessitam de internação (MARCONDES et al, 1998. p. 167).

ENGEL (1977a. p. 30) sistematizou a crítica ao modelo biomédico hegemônico, o qual caracterizou como reducionista, visão filosófica que encara os fenômenos complexos como derivados de um único princípio básico, e como dualista, doutrina que separa o mental do somático. É compressível, então, a necessidade de superar o caráter biologista, segregacionista, curativo e hospitalar da medicina convencional, integrando os aspectos biológicos aos psicológicos e aos sociais, como princípio essencial da concepção ecológica no exercício da medicina. Para CAPRA (1988. p. 140-141), "a mudança paradigmática no campo da medicina estaria fundamentada em três elementos: superação da concepção do homem como uma máquina; concepção ecológica do organismo humano que constantemente está

em interação com seu meio; concepção de uma terapêutica preventiva em que o indivíduo e a sociedade têm um papel importante".

Certamente, o ensino e a prática médica não fogem da necessidade de reformas e inovações. Algumas circunstâncias justificam essa mudança:

1. O ensino médico, em geral, não está voltado à formação do médico generalista necessário e favorece uma formação biologista e hospitalar, em detrimento da compreensão biopsicossocial do homem.

2. O ensino e os livros dos acadêmicos subestimam os aspectos educativos, preventivos, epidemiológicos e psicológicos das doenças, ressaltando-se o diagnóstico, os exames complementares e a terapêutica farmacológica.

3. O ensino, supostamente generalista, é oferecido, em alguns casos, por professores não generalistas, que apesar da boa vontade, não estão preparados para uma formação geral e integral. É como armar um quebra cabeça com um grupo em que cada membro tem a responsabilidade de uma pequena parte. Será que conseguem montá-lo como um todo?

4. O sistema de saúde, os médicos e até os próprios pacientes valorizam mais o especialista que o médico generalista.

5. O sistema de saúde classifica e segrega os hospitais por categorias, limitando o atendimento integral e geral dos doentes. Um hospital comunitário não tem autorização para diagnosticar e tratar uma tuberculose pulmonar, porém tem a obrigação institucional de internar o paciente caso necessário.

6. O sistema de saúde padroniza o atendimento segmentar e não integral dos pacientes segundo a tabela de procedimentos médicos.

7. Um procedimento médico instrumental, como a retirada de um corpo estranho, é mais valorizado que qualquer diagnóstico clínico - epidemiológico, por

mais brilhante e laborioso que o seja;

8. Não existe uma estratégia convergente entre a formação médica e as instituições que garantem a assistência médica.

Deduz-se que as necessidades da assistência médica estão de um lado e a formação médica está de outro. Uma evidência no Brasil, dessa observação, está no alto número de médicos, em particular especialistas, por habitantes e o panorama da saúde brasileira como um todo.

A crise no sistema de Saúde Pública gerada pela corrente da especialização poderá ser resolvida se mudar a concepção do ensino e da atenção médica, além da integração do ensino com a prática profissional. Parte da solução dessa problemática seria a formação de um médico generalista como estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina no seu Art.3:

> Art. 3 – O curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em principio éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÂO, 2001).

Essa formação deve superar a visão segmentar e mecanicista do indivíduo, valorizando-se os aspectos educativos, preventivos e epidemiológicos do processo saúde-enfermidade, além de garantir que o aspecto psicossocial do indivíduo ocupe o lugar que lhe corresponde. Assim concebida a formação médica, ensinar o aluno a cumprimentar o paciente e chamá-lo pelo nome, além de motivá-lo na investigação dos dados sociais, resultaria tão importante quanto ensinar a técnica da entrevista e do exame físico.

Sabe-se que a formação profissional depende de inúmeros fatores, mas o

professor, o aluno e o conteúdo são os elementos fundamentais. Para LUCARELLI (2000. p. 64) essa é a tríade fundamental do ensino inovador: professor-aluno-conteúdo. Inovação que efetivamente pressupõe uma mudança no sistema de relações entre esses componentes, além de uma articulação dinâmica entre a teoria e a prática. Para CLANIDININ E CONNELLY (1992. p. 363-401), os docentes são elaboradores de currículo e agentes chaves de transformação curricular, afirmação que nos leva a reflexão de que os professores universitários são fundamentais na discussão, na criação e na execução das novas teorias educacionais, sem desvalorizar a relação dialética professor/aluno/conteúdo no contexto educacional como um todo.

No curso de medicina, considera-se essencial o papel do médico professor na formação do futuro egresso. FERREIRA (2001), em sua conferência, Professor de Medicina – ruim com ele, pior sem ele, conclui: "a presença do Professor nas 'aulas' é de fundamental importância para os alunos de graduação na medicina como indutora da fixação de conhecimentos e motivação". Para BATISTA e SILVA:

> A contribuição do professor de medicina é considerada fundamental para a reorientação da educação médica, ampliando as perspectiva de transformação dos cursos médicos, principalmente no que se refere ao cotidiano pedagógico de experiências curriculares e metodológicas que privilegiem a construção do conhecimento, a interdisciplinaridade e a postura mediadora do professor na interação com o aluno (BATISTA e SILVA, 1998. p. 31-36).

Em contrapartida, os professores universitários das disciplinas não pedagógicas têm subestimado a práxis pedagógica para o ensino superior, valorizando mais os aspectos de sua profissão. O médico professor ocupa um lugar de destaque nessa pirâmide, ao subutilizar a pedagogia nas atividades docentes/assistenciais, observação assinalada por diferentes autores (RIOS e

OTERO, 1987. MACHADO, 1998).

Nesse debate, entre os pólos das atividades profissionais e as professorais exercidas pelo médico professor, considera-se que o melhor para o educando e para a sociedade é manter uma posição dialética, partindo do raciocínio de que o professor deve saber aquilo que irá ensinar e como construir as condições ótimas para o aprendizado, atendendo as abordagens metodológicas para o ensino superior como as discutidas por LUCARELLI (2000. p. 61-73) e CASTANHO (2000. p. 75-92), as quais serão analisadas mais adiante.

A polêmica e argumentação apontadas despertaram-me o interesse de selecionar como tema de pesquisa a formação médica no contexto social atual, na procura de uma concepção formativa que contribua para solucionar os problemas da saúde e da profissionalização do médico atendendo às exigências assistenciais e docentes contemporâneas. A escolha do tema está sustentada nas seguintes razões: as reflexões realizadas a partir das observações de mais de vinte anos como médico professor do curso de medicina do Instituto Superior de Ciências Médicas de Cuba e nos últimos cinco anos como preceptor de medicina da PUCPR; na necessidade de documentar e fundamentar os dados e observações obtidas nas pesquisas e não nas impressões pessoais (SPAMBAUER, 1992); no interesse de identificar e declarar os indicadores do ensino superior através da pesquisa (NADEAU, 1993); na necessidade da universidade, desde suas origens medievais, de mudar e inovar tanto em relação à sociedade como quanto em relação à própria educação (CASTANHO e CASTANHO, 2000); para canalizar o aperfeiçoamento continuado do coletivo docente, na procura da idoneidade e competência no desempenho do médico professor.

Nas três dissertações desenvolvidas no Programa de Pós Graduação da

Pontifícia Universidade Católica do Paraná do curso de Mestrado em Educação, acerca do ensino médico, não encontramos nenhuma destinada a analisar e documentar as funções do médico professor atendendo as mudanças no ensino superior e médico. Aliado a tais observações, o percurso por mim vivenciado, como médico educador, e as reflexões acerca do modo de agir do médico professor na articulação do saber pedagógico e do saber médico, constituíram o alicerce do **problema da pesquisa**: **Quais as funções do médico professor na sociedade atual?** Para responder ao problema da pesquisa as questões a esclarecer foram: 1. Como tem evoluído o paradigma educacional? 2. Quais mudanças vêm ocorrendo no ensino superior e médico? 3. Como formar um bom médico? 4. Seria necessário, nessa conjuntura do ensino médico, a formação e profissionalização docente do médico professor?

Para isso, considera-se necessário refletir sobre as seguintes concepções do ensino superior: seu caráter democrático; a coerência devida entre a teoria e a prática; a ponderação dos avanços da sociedade-rede; a visão de reprodução do conhecimento; a nova concepção avaliativa; a formação generalista e interdisciplinar versus a formação especializada e fragmentar. A abordagem dessas questões representa uma integração de dois eixos sociais, a Saúde Pública com o Ensino Médico, na procura de um perfil do médico professor que garanta a formação generalista e humana exigida pela sociedade no século XXI. Questões que se desdobrarão em outras durante o processo de execução e de esclarecimento do **objeto da pesquisa**: **o professor do curso de medicina e as novas tendências educacionais**.

Acredita-se que este estudo possa representar uma perspectiva transformadora no complexo processo da formação médica. Aspira-se partilhar com

os colegas as inquietudes, indagações e resultados que se desprendam da pesquisa, esperançado que lhe sirvam de fonte para desenvolver suas concepções e investigações.

OBJETIVO GERAL

Repensar as funções e o processo de profissionalização do médico professor diante das mudanças e exigências da sociedade atual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer a gênese e os desafios da sociedade atual como premissa para a leitura do ensino superior.
- Analisar a trajetória do paradigma educacional e sua repercussão na formação médica.
- Discutir o desempenho do médico professor na formação do bom médico.
- Propor um processo de formação e profissionalização docente para o médico professor.

METODOLOGIA

O presente estudo baseou-se em uma pesquisa teórica exploratória (RUIZ, 1988, p.50), crítica e reflexiva, visando caracterizar a atividade do médico professor e assim buscar, em diferentes autores, tendências vigentes no ensino universitário, uma nova concepção de formação do médico e do médico professor.

Segundo SALOMON trata-se de uma pesquisa pedagógica descritiva:

> Compreende: descrição, registro, análise e interpretação da natureza atual ou processo dos fenômenos. O enfoque se faz sobre condições dominantes ou sobre como uma pessoa, grupo ou coisa se conduz ou funciona no presente. Usa muito a comparação e o contraste. Aplicada à solução de problemas, começa pelo processo de informação sobre: as condições atuais; as necessidades; como alcançá-las. Seus principais tipos e modalidades são... b.5) Análise de atividades que um indivíduo tem de realizar para exercer determinados papéis e funções (diretor, supervisor, mestre, aluno, operário etc) (SALOMON, 2001. p. 159-161).

Aliando o método dedutivo (RUIZ, 1988) à técnica de pesquisa bibliográfica (SALOMON, 2001) procurou-se levantar e analisar a fundamentação sócio-histórica e epistemológica do ensino superior atual para delinear as funções do médico professor e fazer uma proposta para sua profissionalização docente.

Nessa perspectiva, a pesquisa valeu-se das contribuições e reflexões realizadas durante os trabalhos acadêmicos desenvolvidos nas disciplinas de Epistemologia e Metodologia da Pesquisa, Paradigmas Contemporâneos na Educação, Teoria da Educação, Ética e Formação de Professores - Processo e Profissionalização Docente. Na elaboração dos capítulos foram incorporadas notas dos debates desenvolvidos em sala de aula, além da revisão de livros, jornais, teses e comentários, críticas e sugestões dos docentes do curso de Mestrado em Educação da PUCPR.

O primeiro Capítulo destinou-se a uma pequena autobiografia que se propõe

facilitar a compreensão do texto como um todo que, ainda que escrito no Brasil, é produto da minha trajetória e história de vida como cidadão e como médico professor em dois países de culturas diferentes (Cuba e Brasil) o que faz dele uma interlocução entre os saberes filosóficos, epistemológicos, médicos e sociais apreendidos nos meus 50 anos de vida.

Na composição do Capítulo 2 serviram de fonte as anotações, os debates e os autores referentes à análise histórica do mundo místico ao mundo científico de hoje desenvolvidas durante as discussões das aulas da disciplina de Epistemologia e Metodologia da Pesquisa. Procura-se, neste tópico, a compreensão e gênesis da sociedade intervalar atual e os desafios a serem superados pela ciência e pela educação, como ponto de partida para a leitura do mundo docente, assistencial e investigativo do ensino superior e médico.

No capítulo 3, procurou-se caracterizar e estabelecer as mudanças paradigmáticas do ensino superior e médico atendendo as condições da sociedade contemporânea. Apresenta-se um julgamento da trajetória do conhecimento científico e sua repercussão no ensino, buscando-se a sistematização do desenvolvimento do Paradigma Educacional Tecnicista até o Paradigma Educacional Inovador. A análise sócio-histórica permitiu estabelecer um elo do passado do ensino com o presente, facilitando-se a compreensão dos desafios a serem superados pelo ensino superior e médico na sua missão de formar um profissional que responda às necessidades da sociedade atual. Foi analisado o fundamento histórico da especialização médica com sua conseqüência imediata, ou seja, a sobrevalorização desmedida do tecnicismo *versus* humanismo, mostrando-se a formação generalista como uma inovação impostergável da educação médica.

Com as mudanças paradigmáticas do ensino superior nascem as inovações

que se apresentam no Capítulo 4. Como referência utilizou-se a reflexão sobre os temas abordados no texto "O que há de novo na educação superior; do projeto pedagógico à prática transformadora" (CASTANHO e CASTANHO, 2000). Procurou-se entrelaçar o complexo processo inovador do ensino superior com a formação médica e o trabalho educativo do médico professor, lançando-se mão dos aportes teóricos de VENTURELLI (1997) e de MARCONDES e GONÇALVES (1998), entre outros, em que são discutidas a concepção e o papel do médico professor diante do caráter democrático do ensino e a relação professor/aluno, da coerência entre a teoria e a prática, da ponderação da sociedade-rede, do ensino embasado na pesquisa, das novas concepções sobre a avaliação, do processo educativo no plano político e mercantilista da profissão médica e da formação generalista.

Para a elaboração do Capítulo 5, serviram de referência a reflexão sobre os fundamentos e as reformas da educação sugeridas por pensadores contemporâneos como MORIN (2001), considerando-se os princípios éticos discutidos por SAVATER (1996) e CARVALHO (2002), e as interpretações sobre a competência extraídas dos textos de PERRENOUD (1999, 2000), NOGUEIRA (2001) e RIOS (2001a. 2001b).

No Capítulo 6, a revisão e reflexão da literatura permitiram conhecer o processo de formação do professor do ensino superior, na procura da argumentação da profissionalização docente do médico professor. Essas informações, aliadas à experiência pessoal do autor, como médico docente, os debates e aportes das aulas do mestrado, em especial da disciplina "Formação de Professores - Processo e Profissionalização Docente" além dos temas referentes às funções, características e formação do professor de medicina debatidos por VENTURELLI e por BATISTA (VENTURELLI, 1997. p 135-154. BATISTA, 1998. p. 31-39, serviram-me de embasamento para oferecer uma perspectiva de formação docente do médico

professor como resposta às demandas sociais da atualidade.

A proposta apresentada não se pretende definitiva e não é uma fórmula magistral para a cura dos males relacionados à educação médica. Trata-se de uma contribuição para aqueles interessados neste tema polêmico, fundamentada na experiência como médico docente, nos trabalhos do mestrado e na literatura revisada.

Terminologia

Considerou-se conveniente refletir acerca da observação surgida dos debates do Mestrado em Educação em relação às contradições que despertam algumas palavras. Além disso, para consubstanciar a interface entre educação superior e formação médica considerou-se necessário conceituar alguns termos utilizados no desenvolvimento do presente estudo.

ATENÇÃO MÉDICA PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA: O sistema de saúde pode ser representado por um triângulo: na base estão os serviços primários (rede de postos de saúde, consultórios gerais); no meio, os secundários (especialidades, clínicas de referência); e, no ápice, os terciários (hospitais com alta tecnologia). Supostamente, os serviços primários têm capacidade para resolver 90% dos problemas; dos restantes 10%, 8 terão solução no nível secundário e 2 necessitarão da atenção terciária (STARFIELD, 1992).

COMPLEXIDADE: A complexidade não é um conceito teórico e sim um fato da vida. Corresponde à multiplicidade, ao entrelaçamento e à continua interação da infinidade de sistemas e fenômenos que compõem o mundo natural. Os sistemas complexos estão dentro de nós e a recíproca é verdadeira. É preciso, pois, tanto quanto possível entendê-los para melhor conviver com eles... A complexidade só pode ser entendida por um sistema de pensamento aberto, abrangente e flexível – o

pensamento complexo... O modelo mental cartesiano é indispensável para resolver os problemas humanos mecânicos (abordáveis pelas ciências ditas exatas e pela tecnologia), mas é insuficiente para resolver problemas humanos em que participam emoções e sentimentos (a dimensão psicossocial). Um exemplo: o mundo financeiro é apenas mecânico, mas o universo da economia é mecânico e humano (MARIOTTI, 2002).

COMPETÊNCIA:

> A noção de competência designará aqui uma capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situações. Essa definição insiste em quatro aspectos: 1. As competências não são elas mesmas saberes, savoir-faire ou atitudes, mas mobilizam, integram e orquestram tais recursos. 2. Essa mobilização só é pertinente em situação, sendo cada situação singular, mesmo que se possa tratá-la em analogia com outras, já encontradas. 3. O exercício da competência passa por operações mentais complexas, subentendidas por esquemas de pensamento que permitem determinar e realizar uma ação relativamente adaptada às situação. 4. As competências profissionais constroem-se, em formação, mais também ao saber da navegação diária de um professor, de uma situação de trabalho à outra (PERRENOUD, 2000. p. 15).

EDUCAÇÃO MÉDICA: É compreendida como o processo de formação de médicos, sendo constituída por dois componentes inseparáveis: o processo de ensino e as relações de ensinos (GARCIA, 1972).

EDUCAÇÃO SUPERIOR: Um dos níveis da educação formal brasileira. É ministrada em instituições de educação superior (IES) públicas e privadas, e tem por finalidade: estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; formar e diplomar pessoas nas diferentes áreas do conhecimento, tornando-as aptas para a inserção em setores profissionais e para participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, propiciando-lhes ainda formação contínua; incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da

cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento sobre o homem e o meio em que vive; promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber por meio do ensino, de publicações e de outras formas de comunicação; suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a conseqüente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração; estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais; prestar serviços especializados à comunidade, estabelecendo com ela relações de reciprocidade; promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição (MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO, Brasil, 2003).

EPISTEMOLOGIA: Do grego epistemi, conhecimento, e gnoso, tratado; doutrina acerca do saber. Teoria do conhecimento, gnosiologia. Termo empregado pela filosofia burguesa britânica e norte-americana, menos freqüente na francesa e alemã. O termo se atribui ao filósofo Escocês, James Frederick Ferrier (Fundamentos da metafísica, 1854) que dividiu a filosofia em ontologia e epistemologia (ROSENTAL e IUDIN, 1973, p. 144).

INOVAÇÃO: É compreendida como a ação de mudar introduzindo algo novo, é dizer, aplicar os conhecimentos existentes ou descobertos às situações concretas (PRISE, 1999).

MÉTODO CLÍNICO: Ou processo do diagnóstico, são os passos ordenados que todo médico aplica na busca do diagnóstico em seus enfermos individuais, e consistem em: formulação pelo enfermo de suas queixas; obtenção da informação

necessária (sintomas, sinais e outros dados) para depois estabelecer as hipóteses diagnósticas presuntivas e ir a sua comprovação final, por intermédio de uma contratação que, na maioria das circunstâncias, porém não em todas, realiza-se através dos exames complementares. Os cinco passos ou etapas do método são: formulação, informação, hipótese, contratação e comprovação. O método clínico não é outra coisa que o método científico ou experimental das ciências aplicado desta vez, não a uma investigação de laboratório, senão na atenção individual dos enfermos (RODRÍGUEZ, 2002).

MEDICINA COMUNITÁRIA: Modalidade de prática médica voltada para as populações pobres e marginalizadas, oriunda dos EUA nas décadas de 50/60 e caracterizada por simplificação de práticas, ênfase na prevenção e promoção da saúde, atenção a grupos de risco, entre outros aspectos (CARVALHO, 1998, p. 52).

PARADIGMA: Constelação de crença, valores e técnicas partilhadas pelos membros de uma comunidade científica "(KUHN, 1994, p.225). Considera-se também, como a estrutura cognitiva da sociedade (consciência social) determinada pela relação dos três elementos cardinais do processo epistemológico: sujeito, objeto e método.

PRÁXIS: Toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis. A atividade propriamente humana só se verifica quando os atos dirigidos a um objeto para transformá-lo se iniciam com um resultado ideal, ou finalidade, e terminam com um resultado ou produto efetivo, real. A atividade humana é, por conseguinte, atividade que se desenvolve de acordo com finalidades, e essas só existem através do homem, como produtos de sua consciência. Toda ação verdadeiramente humana requer certa consciência de uma finalidade, finalidade que se sujeita ao curso da própria atividade. O conhecimento humano em seu conjunto integra-se na dupla e

infinita tarefa do homem de transformar a natureza exterior e a sua própria natureza. As atividades teóricas, não podem por si, serem consideradas como uma forma de práxis, pois, apesar de transformar percepções, representações ou conceitos, e criar um tipo peculiar de produto – hipóteses, teorias, leis, etc. –, em nenhum caso transforma a realidade. Nelas não são cumpridas as condições da práxis em relação à matéria-prima, à atividade e ao resultado no processo prático. Falta às atividades teóricas o aspecto material e objetivo da práxis. Chamamos de práxis a atividade prática material, adequada a finalidades, que transforma o mundo natural e humano. Não cabe incluir a atividade teórica entre as formas de práxis, porquanto lhe falta a transformação objetiva de uma matéria através do sujeito, cujos resultados subsistam independente de sua atividade (VASQUEZ, 1997).

PÓS-MODERNO: É o nome aplicado às mudanças ocorridas nas ciências, nas artes e nas sociedades avançadas desde 1950, quando, por convenção, se encerra o modernismo (1900-1950). Ele nasce com a arquitetura e a computação nos anos 50. Toma corpo com a arte Pop nos anos 60. Cresce ao entrar pela filosofia, durante os anos 70, como crítica da cultura ocidental. E amadurece hoje, alastrando-se na moda, no cinema, na música e no cotidiano programado pela tecnociência (ciência + tecnologia invadindo o cotidiano), sem que ninguém saiba se é decadência ou renascimento cultural (SANTOS, 1986).

SOCIEDADE INTERVALAR: Para BORTOLO (2002), significa a fase de trânsito entre a sociedade moderna e pós-moderna. Caracterizada pela visão dicotômica e fragmentar da sociedade, surgida no enfrentamento dos pólos segregacionistas dos trabalhos de Francis Bacon e de René Descartes, expressados hoje como: empirismo versus racionalismo; verdade objetiva e a verdade subjetiva; separação versus junção; espírito versus matéria; sujeito versus objeto; teoria versus

prática; natural versus humano, entre outros[1].

SUPERAÇÃO: Para fins deste trabalho, considera-se a palavra superação como sinônimo de salto. O salto dialético significa o momento da mudança qualitativa do objeto ou processo, o momento crucial ou crítico do desenvolvimento. A dialética se entende como a ciência das leis gerais que regem a dinâmica da evolução da natureza, da sociedade e do pensamento. Esse movimento compreende os saltos bruscos e os de soluções de continuidade sendo determinado pelas leis gerais do movimento: 1. Lei da transformação das mudanças quantitativas em qualitativos e vice-versa; 2. Lei da unidade de lutas de contrários; 3. Lei da negação da negação. As mudanças qualitativas acontecem em forma de soluções de continuidade, em que existe, ao mesmo tempo, uma unidade entre a continuidade e a descontinuidade. A lei de unidade e luta de contrários é o motor impulsor do desenvolvimento. A negação é um processo inerente ao desenvolvimento, de forma que este não pode produzir-se sem que se negue sua forma anterior. Sem este fator não poderia surgir nada novo. Porém, negar na dialética, não significa tacitamente dizer não ou destruir caprichosamente seu antecessor. No sentido do movimento dialético, a negação condiciona o movimento ulterior. Sendo assim a tendência do movimento é ascensional ou de avanço, estando implícito o sentido de irreversibilidade (KONSTANTINOV et al, 1976. p. 125-162).

---

1 Anotações da Disciplina de Epistemologia e Metodologia da Pesquisa. Mestrado em Educação. Pontifícia Universidade Católica

CAPÍTULO 1

UMA HISTÓRIA NECESSÁRIA: DE JOSÉ MARTÍ A PAULO FREIRE.

Não gosto do comunismo, porém,
não acho que seja imperfeito.
Gosto do capitalismo, porém,
não acho que seja perfeito.
Carlos A. Rodríguez.

É difícil, quando a humildade é considerada um valor social, falar de si mesmo, porém, dois momentos importantes – o Seminário de Pesquisa e o Exame de Qualificação – provocaram em minha orientadora, Profª Drª Neuza Bertoni Pinto, e em mim, reflexões acerca da necessidade de documentar de forma sucinta minha história de vida. Daí a razão da primeira parte do titulo: "Uma história necessária". A segunda parte do título, "de José Martí a Paulo Freire", procura resumir dois momentos históricos de minha trajetória entre duas pátrias, Cuba e Brasil. A menção destes dois pensadores, separados por tantas diferenças, porém, unidos por suas sabedorias, maestrias e aportes a educação, justifica-se por serem considerados apóstolos da educação universal. As frases: "Ser culto para ser livre", de José Martí, ou "Não se pode falar de educação sem amor", de Paulo Freire, são utilizadas aqui para sugerir um entendimento racional entre as duas culturas em que tenho me desenvolvido, com iguais pretensões, a de garantir o bem-estar para a população com quem trabalho, seja aluno ou paciente.

Nasci em 02/04/1953, em Regla, um bairro de Havana, Cuba, cujas características pitorescas e sociais não fazem inveja às favelas do Brasil. Minha mãe era dona de casa e meu pai um obreiro. Os dois sabiam ler e escrever. Passei fome até meu primeiro churrasco no Brasil e pude comprar o meu primeiro computador e automóvel em Junho de 2001, quando iniciei este mestrado.

Sempre estudei em escolas públicas, onde me ensinaram a amar e a dignificar a pátria, a bandeira e o escudo nacional, assim como a sentir arrepio quando se toca ou canta o hino nacional. Uma vizinha, amiga de minha mãe, chamada de Niñita, me ensinou o catecismo até culminar na 1ª. Comunhão diante do altar impetuoso da Virgem de Regla, segunda em importância após a Caridade do Cobre, considerada a padroeira nacional de Cuba. Logo, de forma exclusiva, a minha educação passou a ser materialista, digo, marxista e leninista.

De forma paradoxal, ao contrário do que consideram alguns, aprendi com a revolução a oferecer sem pensar em receber, a valorizar mais as coisas espirituais do que as materiais, assim como a ser solidário com o companheiro independente de sua cor ou nível social. Fui educado sob a convicção de ter um dever moral e profissional perante a sociedade, que por sua vez é considerada pelo estado como responsável pelos êxitos individuais e coletivos. De forma tal, que costuma-se dizer por lá, "Graças à Revolução Socialista terminei a faculdade de medicina". É tal o compromisso aprendido em Cuba, que até os dias de hoje entendo as funções do educador, independente da hierarquia docente, investigativa ou assistencial, como um dever moral, profissional e professoral diante da sociedade. Daí o uso no texto de expressões como "o médico professor deve", às vezes interpretada como uma imposição de um chefe que tudo sabe ou determina de forma dogmática e pejorativa. Não se trata disso, senão que, para mim, é óbvio que os médicos professores têm um compromisso social, dar o melhor de si mesmo na árdua tarefa de educar, com o propósito de que os alunos alcancem as competências que a sociedade precisa. Considera-se importante, para demonstrar ou não a validez da visão de compromisso social do médico professor, conhecer as opiniões dos alunos, verdadeiros termostatos do processo de aprendizagem e do papel do professor no

aperfeiçoamento das instituições de ensino.

Minha devoção pela medicina parece-me que é congênita. Lembro meus pais dizendo que eu, desde que fiz uso da razão, falava que ia ser médico. Uma vez, ainda adolescente, um colega da secundária básica e eu fomos a um curandeiro para tratar uma "culebriña" (Herpes Zoster) que, segundo o senso comum, poderia nos matar se os dois extremos da lesão dermatológica se juntassem. Em Regla, o único que poderia curá-la era o curandeiro Avelino, a quem fomos consultar. Quando entramos em seu "consultório", Avelino disse que havia entrado o espírito de um médico. E sabe que meu amigo se formou como Engenheiro Civil! Este serviço terapêutico foi pago com apenas 32 folhas de uma laranjeira, as quais Avelino cortou em infinitos pedaços durante os rituais de cura do mal que ameaçava nossas vidas. Uma vez terminada a cerimônia, entregou-nós os restos das folhas dentro de um pacote que deveríamos deixar na esquina de nossas casas.

Outra história parecida me aconteceu quando uma velha do bairro conhecida como a "Niña de Feliz" curou uns "olhos-de-peixe" que tinha nos braços. Ela contou o número de verrugas e para cada uma delas desgalhou uns ramos de uma planta. Ela me disse que conforme os ramos fossem secando o mesmo aconteceria com as verrugas. Efetivamente, em poucos dias suas palavras se materializaram. Esta situação me foi esclarecida quando no estágio de Dermatologia li que a Verruga Vulgar, nome científico dos "olhos-de-peixe", poderia ser erradicada por simples sugestão.

Ainda mais, quando era estudante de Secundária Básica e Pré-universitário quase me pega o Serviço Militar Obrigatório (SMO), se assim, adeus faculdade de medicina. Na secundária, meus amigos fugindo do SMO escolheram estudar para Professor de Secundária Básica e no Pré-Universitário, com o mesmo objetivo,

outros colegas decidiram estudar para Professor de Educação Física. Nas duas oportunidades, os colegas insistiram e me incentivaram a fazer o mesmo, porém eu me mantive firme na decisão do tudo ou nada, e dizia para eles, se eu não puder ser médico prefiro fazer o SMO e depois vender sorvete. Graças a Deus, cursei esses dois níveis de ensino sem que me pegasse o SMO.

No primeiro e segundo graus não fui um aluno medíocre e, se algo, um pouquinho inferior. Resulta, a propósito desta observação, que meu currículo no Pré-universitário não era dos melhores e corria o risco de ficar sem carreira alguma se solicitasse como primeira e única escolha a faculdade de medicina, como era naquela Cuba de então. Graças a Deus, uma vez mais a sorte me acompanhou, pois ofereceram 30 vagas de medicina para nosso Pré-Universitário e eu fui o número 27 na lista.

Quando iniciei os estudos na faculdade de medicina minha vida acadêmica deu um giro de 90 graus, mostrando um grande empenho e dedicação pelo estudo e pela superação. Tanto foi que quando comecei a propedêutica no Hospital Escola Calixto Garcia da Havana, os doutorandos e residentes me chamavam de Galeno, pelo interesse demonstrado no cuidado com os pacientes, na coleta da informação e na motivação pelo aprimoramento acadêmico, assistencial e professoral. Terminei a faculdade com selo de ouro, com o direito de fazer qualquer uma das especialidades médicas por via direita sem ter que fazer o pós-graduado no interior. Tal foi o impacto da Clínica Médica que me decidi pela mais ingrata das especialidades em qualquer país do mundo; a mais esforçada e a menos considerada.

Já desde os primeiros passos no hospital senti uma paixão especial pela educação médica, observando e analisando todos os mestres na esperança de algum dia ser como eles. Do Hospital Docente Calixto Garcia, lembro-me do

Professor Mario Rodríguez O'Halloran, expressão de uma notória e excelente cultura médica e geral, Professor Titular de Medicina e Professor de Música, brilhante no trato especial com todas as pessoas, incluindo alunos, pacientes, trabalhadores ou colegas, daí que lhe chamavam "a dama da medicina". Possuía um vasto conhecimento em Medicina Interna, a ponto de ser caracterizado pelo ilustríssimo Professor Espanhol, Pedro Pons, em sua visita a Cuba, como o único clínico da Ilha.

Do Hospital Docente Dr. Carlos J. Finlay, onde iniciei o internato e me mantive até os dias em que vim para o Brasil, lembro-me de dois Eminentes Professores, entre tantos outros que por razões óbvias não serão mencionados.

O Professor Luis Rodríguez Rivera – Professor Titular, Doutor em Ciências, Decano e Médico de profissão e por dedicação - que compartilhava a auto-exigência e a exigência com os educandos e colegas de igual para igual. Além de uma vasta sabedoria, era admirado por mim, pelo seu interesse e curiosidade em desentranhar as mínimas incógnitas, sem menosprezar o mais relevante de cada caso. O "profe" , como eu às vezes o chamava, após 15 anos de trabalho lado a lado, costumava considerar o ensino e assistência como categorias inseparáveis e que íam além do recinto hospitalar. Também considerava o paciente como um indivíduo social com queixas, sofrimentos e problemas como um todo. Tal era seu respeito e profissionalidade com que tratava os pacientes, que em uma oportunidade o Ministro de Saúde Pública da República de Cuba o convocou para uma reunião no dia de sua consulta. Então, pediu para o senhor ministro, com todo o respeito e humildade do mundo, que por favor trocasse a data do encontro, pois esse dia era de consulta. Por seus méritos docentes e acadêmicos, na década de oitenta, foi experto da Organização Mundial da Saúde para a criação do Programa Docente da República do Yemem.

Outro digno de admiração era o Professor Miguel Angel Moreno Rodríguez, organizador por excelência, de memória imensurável e com uma destreza peculiar na prática do exame físico, na comunicação e na realização das aulas, em que com um giz e um quadro lograva algo mais do que ensinar: a pensar. Eu me pergunto como ele sabia tanto e ainda tinha tempo para escrever uma obra referente à história da Revolução Francesa. Pelos méritos assistenciais, docentes e investigativos foi nomeado como o Primeiro Internista da Forças Armadas Revolucionárias de Cuba, maior titulação para um médico militar.

Nesse Hospital Docente e Militar, desenvolvi-me em um ambiente científico, de discussão, e de não aceitação das idéias *a priori*. Apesar de ser um hospital militar cubano, existia uma verdadeira democracia do saber e do fazer médico, tanto nos aspectos docentes, assistenciais e investigativos. Ali aprendi a defender a verdade científica através do discurso fundamentado na experiência teórica e prática. Graças a essa formação, não poucas vezes, tenho enfrentado problemas, ao contradizer o que considero como incorreto. Em uma oportunidade, durante uma reunião com o Vice-Ministro de Educação Médica, com o maior respeito, argumentei uma discrepância em relação à Disciplina de Propedêutica e Semiologia Médica. A discussão, e não o problema em questão, foi trazida para a análise dos Professores do Departamento Docente. O coletivo determinou que não havia nada de errado em defender, com respeito e fundamentação, uma concepção que em princípio não estava errada. Parece-me que esta cultura, de discussão e defesa de uma concepção, em princípio verdadeira, tem-me acompanhado até os dias de hoje.

Iniciei as atividades docentes quando cursava o segundo ano da faculdade de medicina. Desde então, tenho me preocupado com a superação Professoral e Profissional. Comecei como aluno ajudante e antes de vir para o Brasil cumpria

funções como Professor Assistente de Medicina Interna (após superar as duas categorias anteriores: Instrutor não-Graduado e Instrutor Graduado), Professor Principal de Propedêutica Clínica e Semiologia Médica, Substituto do Chefe do Departamento de Ciências Clínicas, além de formar parte do quadro de reserva para Decano da Faculdade Finlay-Albarran, órgão do Instituto Superior de Ciências Médicas da Havana Cuba.

Nunca esqueci a primeira aula de didática sobre o uso dos meios audiovisuais na década de setenta, quando em Cuba vivia-se o apogeu do uso dos meios audiovisuais, como o uso do projetor e do retro-projetor. Desde essa aula técnica, inúmeras foram as atividades instrutivas e cursos docentes recebidos na procura do aperfeiçoamento para médico professor.

No princípio da década de oitenta, quando a docência médica já estava estabelecida como uma prioridade para as escolas médicas, o governo cubano enviou um grupo seleto de Médicos Professores às melhores universidades médicas do mundo, incluindo Canadá e Estados Unidos, entre outros. Esses professores, uma vez regressados a Cuba, pautaram as novidades das escolas médicas e da formação do médico professor, atendendo às realidades e condicionantes de Cuba. Assim, implantou-se o ensino embasado em problemas e a formação médica generalista articulada na pós-graduação à especialização em Medicina Geral e Integral (chamada no Brasil de Medicina Familiar e Comunitária) para garantir a formação do médico para a atenção primária, necessário naquele momento.

Com este propósito centralizou- se o planejamento da formação médica em estreita relação com as necessidades assistenciais, tarefas concretizadas no trabalho conjunto do Instituto Superior de Ciências Médica com o Ministério de Saúde Pública, cujas funções se entrelaçavam no objetivo comum de garantir um

excelente padrão de saúde.

Paralela a essa formação médica generalista, implementou-se a formação do Médico Professor, para os níveis de atenção primária, secundária e terciária, de forma que o docente médico respondesse às realidades das Faculdades Médicas e do Ministério da Saúde, garantindo assim o presente e o futuro do coletivo de professores de maneira planejada e intencionada. No caso da formação do Médico Professor da graduação, procura-se então uma formação integral e geral embasada em três aspectos básicos: assistencial, docente e investigativo. Formação que se inicia desde os primeiros anos do curso de medicina através do processo de seleção do aluno ajudante e vai além da formação do Professor Titular.

Desde essa época, as faculdades de medicina constam com uma Professora de Pedagogia de Nível Superior, com funções no processo de formação do médico professor, além de assessorar e controlar o cumprimento dos programas docentes e avaliativos, tantos dos alunos como dos docentes. Os pedagogos das faculdades médicas também ofereciam cursos de pedagogia, didática e avaliação cuja metodologia tinham como fundamento teórico principal, e não exclusivo, a Metodologia Soviética. Este processo de formação do médico professor é analisado e discutido na proposta apresentada no Capítulo 6.

Para terminar, acho interessante comentar que antes de vir para o Brasil tinha terminado os cursos de Filosofia Marxista e de Bioestatística de Nível Superior como parte dos pré-requisitos para complementar duas tarefas que deixei para trás: o exercício para obter a categoria de Professor Auxiliar de Medicina Interna e a Tese de Doutorado em Medicina. Esses anseios, interrompidos pela minha saída de Cuba, têm sido retomados aqui no Brasil, onde já fiz dois exames de especialista - Clínica Médica e Neurologia – e me envolvo agora, de corpo e alma, na finalização

do Mestrado em Educação da PUCPR que, além de me mostrar outro caminho para "chegar a Roma", tem-me dado a força que às vezes some ante cada tropeço na difícil trajetória do trabalho científico, docente e assistencial.

CAPÍTULO 2

A SOCIEDADE INTERVALAR E OS DESAFIOS DA SOCIEDADE ATUAL

"A única finalidade do conhecimento
é o benefício da sociedade".
Bertolt Brecht.

Para ensinar como "Deus manda" [1], o professor universitário precisa conhecer a origem e o desenvolvimento da ciência e da epistemologia que fundamentam seus discursos, práticas e investigações pedagógicas, além dos saberes pedagógicos e dos de sua disciplina. Em outras palavras, o estudo da Filosofia como ferramenta teórica universal do pensar e do agir é indispensável para todo professor de nível superior, independentemente de sua especialidade. Para SANTOS (2001. p. 32), "a profissionalização do conhecimento é indispensável, mas apenas na medida em que torna possível, eficaz e acessível à aplicação partilhada e desprofissionalizada do conhecimento". Segundo MORIN (2001. p. 23), "A filosofia deve contribuir eminentemente para o desenvolvimento do espírito problematizador. A filosofia é, acima de tudo, uma força de interrogação e de reflexão dirigida para os grandes problemas do conhecimento e da condição humana".

Partindo dessas premissas, cabe destacar o interesse que desperta a análise dos desafios que os professores universitários têm pela frente na sociedade atual. Sociedade movimentada entre dois pólos: separação versus junção; espírito versus matéria; sujeito versus objeto; bem versus mal; teoria versus prática; natural versus humano. Enfim, entre os inúmeros pólos segregacionistas que caracterizam a sociedade intervalar (modernismo versus pós-moderno) nascida do empirismo e do racionalismo dos séculos XVI-XVIII, semeados pelos pioneiros do pensamento

1. Palavras utilizadas durante o trabalho docente-educativo para me referir ao trabalho bem-feito.

científico moderno como Francis Bacon e René Descartes, respectivamente. Esses pólos metodológicos ainda perduram e representam a pedra angular da sociedade intervalar, contrários considerados como o primeiro enfrentamento da Epistemologia. Fazer a ponte entre eles representa um dos objetivos mais importantes para a ciência atual, por isso a importância de superar a dicotomia empirismo (método indutivo que exacerba o valor do objeto e da prática) versus racionalismo (método indutivo que exacerba o valor do sujeito e da teoria).

2.1 A sociedade intervalar: do mundo místico e ignorante ao mundo fragmentar e bipolar atual

> Viver sem filosofar é, propriamente, ter os olhos fechados, sem tratar de abri-los jamais.
> René Descartes

A consciência social acompanha o desenvolvimento socioeconômico percorrendo um caminho em forma de "quantum", entrelaçados entre si, que reconhecemos como paradigma. Thomas Samuel KUHN definiu o paradigma como "a constelação de crença, valores e técnicas partilhadas pelos membros de uma comunidade científica" (KUHN, 1994. p. 225). Esses modelos de conhecimento servem de base para todos os ramos do saber e do fazer, como é o caso da Pedagogia e da Medicina. Visto assim, o conhecimento é compreendido como uma construção fenomenológica do homem (sujeito), na sua interação com o meio (objeto), na procura da verdade, da essência, da coerência e das soluções dos problemas do dia-a-dia. Esses modelos, considerados neste texto como paradigmas sociais, podem ser compreendidos de forma coerente a partir da análise do progresso sócio-histórico da sociedade.

A trajetória histórica da humanidade está condicionada pelas relações de produção, pelas leis gerais do desenvolvimento da sociedade, pela procura da verdade, pelas crises sociais, assim como pelo grau de conhecimento existente (SPIRKIN e YÁJOT, 1980. p. 157-177). Todos esses fatores atuam como verdadeiras fontes de energia para a mudança social (Figura 1). O percurso da sociedade é apresentado de forma resumida na Tabela 3. A essas diferentes épocas, em estreita relação com o grau de desenvolvimento do pensamento humano, corresponde um "paradigma social" que procura explicar e dar solução aos problemas do ser e do espírito. Em cada um dos momentos históricos apresentados se consideraram os três elementos cardinais e inseparáveis do processo epistemológico: sujeito, objeto e método (AFANASIEV, 1977. p. 7-24. SPIRKIN e YÁJOT, 1980. p. 1-16. BORTOLO[1], 2002). Vale destacar que os saberes pedagógicos e médicos, como ramos do pensar e do fazer, percorrem esse trajeto, e são, ao mesmo tempo, reflexos da evolução histórica da sociedade.

1 Anotações da Disciplina de Epistemologia e Metodologia da Pesquisa. Mestrado em Educação. Pontifícia Universidade Católica do Paraná-PUCPR. Período de 14/08/02 a 13/11/02. Prof. Dr Bortolo Valle.

FIGURA 1 - FUNDAMENTAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DO DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE E DA MEDICINA

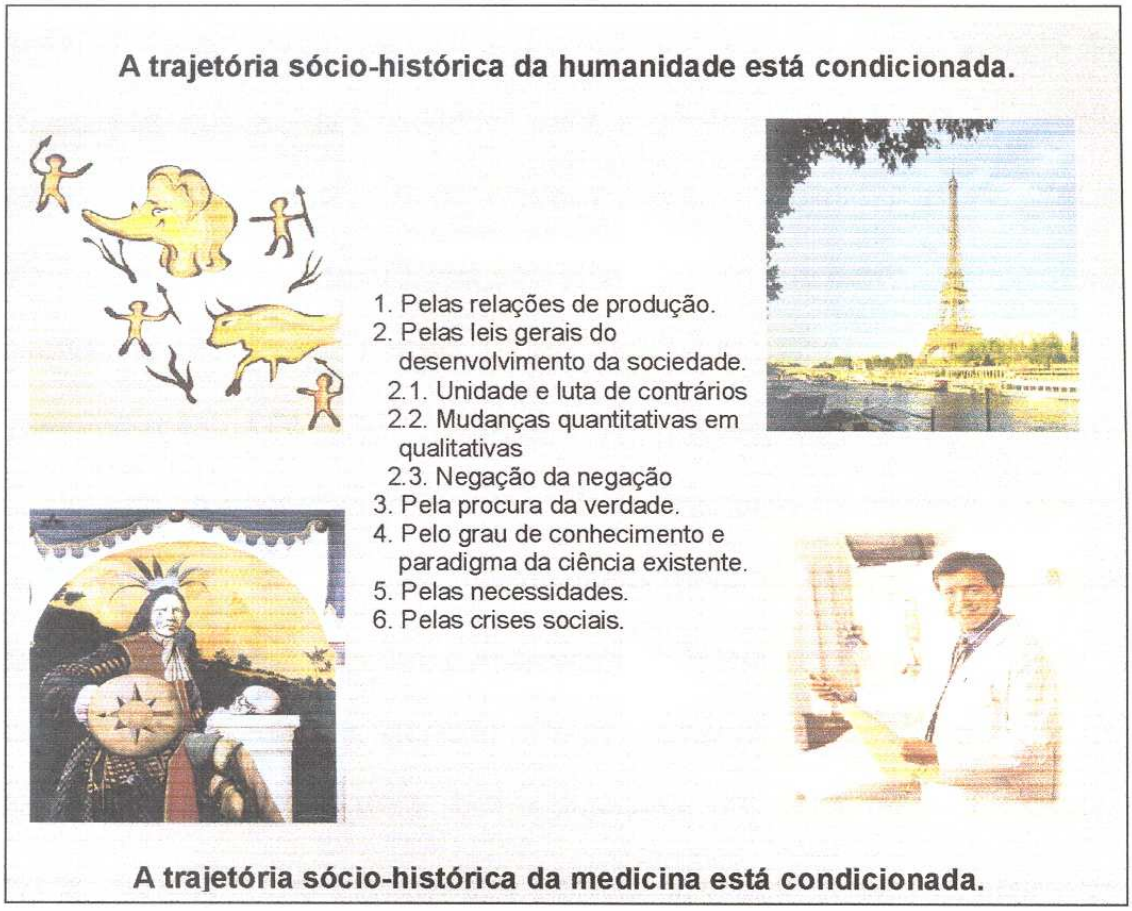


TABELA 3 - TRAJETÓRIA SÓCIO-HISTÓRICA DA SOCIEDADE

ÉPOCAS	Primitiva	Grego-Romana	N.C	Medieval	Renascentista	Moderna
SÉCULOS	Anterior VIII ac	VIII ac-V dc	0	V-XV dc	XIV-XVI	XVI - XIX
PARADIGMA	Sobrenatural	Natural		Divino	Tecnicista	
NEXO SUJEITO-OBJETO BASEADO NA RELAÇÃO	Mito-Homem Magia	Causa-Efeito Causa Suficiente		Criador-Criatura Revelação	Dúvida - Razão Experimento - Verdade	

Nota: as datas são aproximadas.

Na Comunidade Primitiva, período de racionalidade pré-filosófico, as explicações estavam fundamentadas no mito ou no sobrenatural. A atividade do pensar e do agir eram determinadas pelo feiticeiro ou xamã, através de rituais. Presume-se que a "racionalidade" para explicar ou solucionar os problemas do mundo (objeto cognoscível) do homem primitivo (sujeito cognoscente) era uma racionalidade mística: "paradigma sobrenatural"; em que o nexo sujeito/objeto estava baseado na relação mito-homem (BORTOLO[1], 2002. GLEISER, 1997. p. 17-40). Daí a denominação de GLEISER (1997. p. 27) de "misticismo racional" para este período embrionário do pensamento humano. Neste momento da história, a identidade e a produção do saber estavam determinadas pela ignorância, responsáveis pelas explicações sobrenaturais que prevaleciam no mundo primitivo.

Corresponde ao período Greco-Romano o surgimento de um saber estruturado em teorias gerais do conhecimento (Filosofia, do grego philos, amor, e sophia, sabedoria), que procurava explicar a origem e as leis gerais do mundo através da própria natureza e não do mito (KONSTANTINOV et al, 1976. p. 11-13). O papel da cultura grego-romana no conhecimento científico fica demonstrado no parágrafo inicial do Capítulo "Os Gregos", de GLEISER:

> Na dedicatória de seu livro *O progresso da sabedoria* (1605) a Jaime I, sir Francis Bacon declara que "de todas as pessoas ainda vivas que conheci, sua Majestade é o melhor exemplo de um homem que representa a opinião de Platão, de que todo conhecimento é apenas memória". Embora Platão tenha provavelmente escrito essas linhas como uma alegoria à sua crença de imortalidade da alma, e Bacon, como parte de um astuto plano para obter certos favores do rei (que, por sinal, funcionou muito bem), podemos nos referir a elas como uma alegoria à enorme importância que o pensamento grego exerceu e exerce no desenvolvimento da cultura ocidental (GLEISER, 1997. p. 41).

---

1 Anotações da Disciplina de Epistemologia e Metodologia da Pesquisa. Mestrado em Educação. Pontifícia Universidade Católica do Paraná-PUCPR. Período de 14/08/02 a 13/11/02. Prof. Dr Bortolo Valle.

Os clássicos gregos e romanos trouxeram o campo do pensar para o natural, embasado na razão existente entre a causa e o efeito, procurando-se o equilíbrio e a causa última através da observação, da retórica, do discurso e da palavra pública enfim, ensinaram-nos a refletir sobre o mundo que nos rodeia e sobre nós (BORTOLO[1], 2002. GLEISER, 1997. p. 88). Concebida assim, para a cultura greco-romana, a natureza tem uma ordem racional fundamentada no mundo das idéias, visão expressada, segundo GLEISER (1997. p. 88), "por seu amor pela razão e sua fé no uso do raciocínio como instrumento principal na busca do conhecimento".

A Filosofia surge neste momento histórico como uma resposta às necessidades do homem de conhecer e explicar os fenômenos e objetos do mundo material e espiritual, procurando ordená-los e/ou classificá-los (KONSTANTINOV et al, 1976. p. 11-13. ROSENTAL E IUDIN, 1973. p. 175-189) Os filósofos gregos e romanos, responsáveis pelo surgimento do pensar reflexivo sobre o mundo que nos rodeia superaram o mito como método asfixiante do saber, abrindo espaço para o saber natural, embasado em leis da natureza: "paradigma natural"; em que o nexo sujeito/objeto está baseado na relação causa-efeito. No dizer de GLEISER (1997. p. 88), "a chave da sabedoria grega é que o medo deve ser combatido com a razão e não mais com o medo". Na cultura greco-romana o conhecimento era abarcado por uma única ciência, a Filosofia. Esta práxis generalista foi se fragmentando, através da história da humanidade, em níveis incalculáveis de especialização (ROSENTAL E IUDIN, 1973. p. 175-189), trazendo consigo logros e agravos para a educação e para a saúde.

---

1 Anotações da Disciplina de Epistemologia e Metodologia da Pesquisa. Mestrado em Educação. Pontifícia Universidade Católica do Paraná-PUCPR. Período de 14/08/02 a 13/11/02. Prof. Dr Bortolo Valle.

Na Idade Média, o poder passou às mãos da Igreja e os cientistas começaram a ser perseguidos pelo clero, limitando-se assim o progresso do conhecimento científico. Para GLEISER (1997. p. 93), "A sabedoria do passado foi esquecida, condenada pela Igreja como paganismo, a raiz de todo mal. O esplendor da civilização grega e romana era uma memória distante". Desta maneira, segundo o mesmo autor, "a Igreja condenava a busca do conhecimento pagão, ou seja, conhecimento sobre assuntos fora da esfera da religião" (GLEISER, 1997. p. 95). Durante esse período de retrocesso, o saber estava fundamentado na existência do Deus divino, concepção que freava o desenvolvimento da ciência: "paradigma divino"; em que o nexo sujeito/objeto estava baseado na relação criador-criatura. Dessa forma, entre o criador (Deus) e a criatura (natureza) a Igreja tinha como missão a revelação da verdade dada pelo Deus todo poderoso (BORTOLO[1], 2002. GLEISER, 1997. p. 93-134).

O domínio e o dogma eclesiástico da Idade Média começaram a mudar a partir da Revolução Industrial e das descobertas dos séculos XVI-XVIII (GLEISER, 1997. p. 197-248), avanços que deram lugar ao surgimento das ciências: "paradigma científico"; em que o nexo sujeito/objeto está baseado na relação dúvida-razão. No início, aparecem as ciências naturais e, mais tarde, no século XIX, as ciências sociais, chamadas de emergentes, por SANTOS (1999. p. 5-10). Nesse período, de renascimento da cultura humana, a epistemologia se fundamentava na dúvida e na recuperação da razão, procurando, além da leitura matemática da natureza, a separação do homem de Deus e das forças sobrenaturais (Iluminismo Filosófico). Como dissera Immanuel Kant, considerado por muitos o pensador mais influente da Idade Moderna, "Deus não me criou, fui eu quem o criei" (BORTOLO[1], 2002). Essas

---

1 Anotações da Disciplina de Epistemologia e Metodologia da Pesquisa. Mestrado em Educação. Pontifícia Universidade Católica do Paraná-PUCPR. Período de 14/08/02 a 13/11/02. Prof. Dr Bortolo Valle.

concepções, naturalistas e emancipadoras levaram pensadores e cientistas à fogueira, como o caso do filósofo Giordano Bruno em 1600 que, no dizer de GLEISER (1997. p. 136), "morreu um apóstata impenitente, símbolo eterno da coragem do espírito humano contra a repressão cega".

As transformações ocorridas nos Séculos XVI-XIX (Iluminismo Filosófico, Revolução Científica e Industrial) são a razão de ser do Paradigma Tecnicista que durante séculos têm influenciado o pensamento humano. A idéia dos séculos vindouros seria a do mundo matemático, fracionado e especializado. Entendimento que predominou durante a Época Moderna e que ainda perdura na atividade intelectual e prática do ser humano (SANTOS, 1999. p. 10-23). Essa corrente filosófica, conhecida como mecanicismo, teve como fonte as teorias e leis gerais do movimento desenvolvidas pelo físico Isaac Newton, investigador que sintetizou os trabalhos de Nicolau Copérnico, Francis Bacon, Galileu Galilei e René Descartes. A física newtoniana deu vida à compreensão do mundo como uma máquina perfeita, criando uma formulação matemática para a concepção mecanicista da natureza.

Ao panorama mecanicista, que trata de explicar com assombrosa exatidão os fenômenos do mundo, foi se adicionando a fragmentação e racionalização desmedida dos enfoques utilizados para analisar a realidade da natureza (ciências exatas) e da sociedade (ciências sociais), amparando-se em esquemas racionais e científicos especializados em detrimento da visão totalizadora, global e integral que caracteriza a própria atividade humana (D´AMBROSIO, 1993; citado em MORAES, 1997; p.29), gerando-se ações que impossibilitam a compreensão de diversidade e complexidade da atividade do homem como parte do universo todo. Assim, no conhecimento científico, abre-se um hiato de dimensões gigantescas entre o sujeito e o objeto e entre o mundo teórico e o prático, características particulares da

sociedade intervalar em que vivemos. A propósito dessa separação entre sujeito e objeto, SANTOS (2001. p. 82) comenta que "o investimento epistemológico da ciência moderna na distinção entre o sujeito e objeto é uma das suas mais genuínas características".

As raízes dessa segregação partem dos trabalhos de Francis Bacon e de René Descartes. Por um lado, Francis Bacon ressaltava o objeto como fonte da verdade e o sujeito como fonte do erro. A lógica de Bacon se sustentava no método indutivo, na observação e na experimentação sobre o objeto. Em outras palavras, o empirismo de Bacon considerava o objeto como a única fonte da verdade. Verdade que se alcança por meio do experimento e da observação através da ação dos sentidos debruçados sobre o objeto. Nasce o "bom método" indutivo, que procura, através da observação e experimentação, a regularidade ou lei dos objetos, sendo essa forma de pensar o fundamento do positivismo.

Ainda, Descartes ressaltava o papel do sujeito, baseando seu método na dúvida, na divisão, na indução e na revisão. Para ele, a razão é quem oferece o critério da verdade e não os eventos sobrenaturais, os deuses ou os sentidos como atribuíam seus antecessores. O racionalismo cartesiano utiliza o esclarecimento da dúvida e a divisão em partes como método para chegar até a verdade. As regras do método cartesiano eram dadas em quatro passos: duvidar, dividir, induzir ou generalizar e revisar. Do iluminismo de Bacon e de Descartes, empírico e racional, surge a contraposição milenar entre a verdade objetiva e a verdade subjetiva, favorecendo-se desta maneira a disjunção sujeito-objeto (BORTOLO[1], 2002)

No nascimento dessa concepção racional, reducionista, especializada, simplificada e fragmentar do mundo encontramos o fundamento sócio-histórico do

---

1 Anotações da Disciplina de Epistemologia e Metodologia da Pesquisa. Mestrado em Educação. Pontifícia Universidade Católica do Paraná-PUCPR. Período de 14/08/02 a 13/11/02. Prof. Dr Bortolo Valle.

comentário de CAPRA (1988):

> Os especialistas e instituições subscrevem percepções estreitas da realidade, inoperantes no momento atual... O fato de nossos problemas serem sistêmicos e complexos, estarem intimamente interligados e serem interdependentes requer uma metodologia, forma de pensar e de atuar que sejam abrangentes, multidimensionais e adequadas para sua solução (Citado em MORAES, 1997, p. 30).

Para MORAES (1997. p. 29), "O homem foi se tornando cada vez mais especialista, desaparecendo em conseqüência a preocupação com os aspectos importantes do conhecimento, da visão crítica dos fenômenos globais e da criatividade". SANTOS (1999, p.46) neste sentido comenta, "a excessiva parcelização e disciplinarização do saber científico, faz do cientista um ignorante especializado e isso acarreta efeitos negativos". MORIN ao se referir a especialização, afirma:

> De fato, a hiperespecialização impede de ver o global (que ela fragmenta em parcelas), bem como essencial (que ela dilui). Ora, os problemas essenciais nunca são parceláveis, e os problemas globais são cada vez mais essenciais. Além disso, todos os problemas particulares só podem ser posicionados e pensados corretamente em seus contextos; e o próprio contexto desses problemas deve ser posicionado, cada vez mais, no contexto planetário (MORIN, 2001. p. 13-14).

Da leitura destes autores, depreende-se que o modernismo trouxe como conseqüências a regularidade dos processos da natureza e do homem, a abordagem reducionista, tecnicista e fragmentar; a especialização do saber e do agir, a separação da teoria e da prática, a segregação do humano do natural, a cisão das ciências naturais das ciências sociais, a simplicidade dos fenômenos, processos e objetos, a falsa compreensão da complexidade da realidade e a regressão da

democracia cognitiva.

Como resultado dos avanços inquestionáveis da ciência e pelas exigências da sociedade atual, o Paradigma Tecnicista necessita ser superado dialeticamente, pois, como lei universal do desenvolvimento, o velho dá lugar ao surgimento do novo, deixando a possibilidade de retomar os aspectos úteis do antecessor, situação válida para as leis que governam o movimento da ciência, da natureza e da sociedade (AFANASIEV, 1977. p. 97-111). É importante assinalar, "que a ciência moderna tomou consciência de que todas as teorias científicas são aproximações da verdadeira natureza da realidade; e de que cada teoria é validada em relação a uma certa gama de fenômenos" (CAPRA, 1982. p. 95). Destaca-se que o termo "superar" não significa anular o antecessor, como já definido na terminologia. Como enfatiza CAPRA (1982. p. 95), o desenvolvimento cientifico procura novas teorias para substituir a antiga ou, melhor dizendo, para ampliá-la, aperfeiçoando a abordagem.

2.2 Os desafios da sociedade pós-moderna como premissa para a leitura do ensino e prática médica contemporânea

> "Antigamente, quando a religião era forte e a ciência era fraca, os homens pensavam que mágica era medicina; agora que a ciência é forte e a religião é fraca, os homens pensam que a medicina é mágica".
> Thomas Szasz.

As mudanças, experimentadas pela ciência no final do Século XIX e transcorrer do Século XX (Tabela 4), propiciaram as circunstâncias para modificar o Paradigma Tecnicista dominante.

TABELA 4 - MUDANÇAS EXPERIMENTADAS PELA CIÊNCIA NO FINAL DO SÉCULO XIX E NO TRANSCURSO DO SÉCULO XX.

Descobrimentos da teoria evolucionista das espécies de Charles Darwin.
Descobrimento da célula por Rudolph Ludwig Karl Virchow.
Teoria da relatividade e da transformação da energia de Albert Einstein.
Teoria quântica de Max Planck.
Teoria materialista dialética de Karl Marx e Federico Engels.
Teoria das estruturas dissipativas de Ilya Prigogine.
Surgimento das novas ciências: Ecologia; Cosmologia e outras.

AFANASIEV, V G, 1977
SPIRKIN e YÁJOT, 1980
MORIN, EDGAR, 2001

Segundo CAPRA:

> Enquanto a nova física se desenvolvia no século XX, a visão do mundo cartesiana e os princípios da física newtoniana mantinham sua forte influência sobre o pensamento científico ocidental, e ainda hoje, muitos cientistas aderem ao paradigma mecanicista, embora os próprios físicos o tenham superado (CAPRA, 1982. p. 95).

Para SANTOS (2001. p. 23) a crise paradigmática "é não só profunda como irreversível (...) devendo ser tão científica quanto social". Desta maneira, surge a necessidade de superar a análise segmentar e mecanicista que durante décadas imperou como paradigma das ciências, expressado pela dicotomia: ciências naturais versus ciências sociais. Efetivamente, trata-se de mudar de uma concepção estreita, fragmentar e simples para uma visão abrangente, holística e complexa, estabelecendo a ligação entre o conhecimento científico e a cultura humana, além de superar a disparidade entre o racionalismo e o empirismo (Figura 2).

FIGURA 2 - OS DESAFIOS DOS DESAFIOS

A sociedade intervalar, surgida na confrontação entre os inúmeros pólos comentados, ficou obsoleta para responder às demandas da sociedade pós-moderna que tem, como alvo fundamental, a superação do hiato sujeito-objeto e teoria-prática. Para SANTOS (2001. p. 37), "a distinção dicotômica entre ciências naturais e ciências sociais deixou de ter sentido e utilidade". Esta crise paradigmática está associada a outra não menos importante: a crise de valores em que nós nos vemos envolvidos. Sabe-se que os valores técnicos, econômicos e produtivos estão acima dos valores éticos, morais, humanos e sociais. A solução dessa crise representa um desafio a mais a ser superado pela educação e pela sociedade em geral.

Até aqui, compreende-se onde estamos, porém, questiona-se qual caminho deva ser seguido. Nessa interrogação está implícito o desafio dos desafios do pós-moderno para qualquer um dos ramos do pensar e do agir, ou seja, procurar qual, ou quais, são os métodos que devemos utilizar para continuar o caminho inexorável do desenvolvimento global sem deixar de lado os valores culturais vitais para o bem -estar local e universal. Para MORIN (2001. p. 16), os problemas estão na globalidade, complexidade e expansão descontrolada do saber. Para superar esses problemas, neste período de transição paradigmática, possivelmente as palavras chaves sejam: mudar, reformar e inovar nosso modo de pensar e de agir, como parte da emancipação e da regulação social necessária.

Do texto de MORIN (2001), deduz-se que para vencer os problemas apontados é necessário fazer uma reflexão crítica dos desafios, que nos levam a uma reforma do pensar e do ensino (Tabela 5). A essência e finalidade dessas idéias, parafraseando MONTAIGNE (citado em MORIN, 2001; p.21), estão expressas no fato de que "vale mais uma cabeça bem feita que bem cheia". Uma cabeça que em lugar de engavetar o saber, saiba no momento oportuno dar sentido ao saber na solução dos problemas

TABELA 5 - REFORMAS INOVADORAS DO PENSAR E DO ENSINO RESULTANTE DA REFLEXÃO CRÍTICA E DIALÉTICA DOS DESAFIOS.

DESAFIOS

1. Restauração da cabeça segundo o momento sócio-histórico.
2. Reconsideração da condição humana do cidadão.
3. Reconsideração ética da compreensão cultural do ser humano.
4. Reconsideração da relação entre as partes e o todo.
5. Reencontro das ciências naturais com as ciências humanas e superar a cisão entre a cultura científica e a cultura humanista.
6. Transformação do conhecimento em sapiência.
7. Consideração do homem como um ser biofísico e psicossocial.
8. Deter as tendências da hiperespecialização e superar o saber fragmentado.
9. Auspiciar a transdisciplinaridade e superar o compartilhamento disciplinar.
10. Coerência do saber, dos objetos e dos processos e fenômenos.
11. Superar os problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, ecológicos, globais e planetários.
12. Reconhecer a complexidade (inseparabilidade, interdependência, interatividade, interreatividade) do saber.
13. Desenvolver o saber e evitar atrofiá-lo.
14. Transcender a regressão da democracia cognitiva originada pelo saber especializado e parcelar.

REFORMAS

PENSAR

1. Utilização da análise e da síntese (separação e ligação)
2. Utilização do pensamento local e global.
3. Utilização da visão ecológica
4. Superar a complexidade dos fenômenos, procurando sua essência.
5. Transitar do geral, ao particular e ao singular.
6. Transitar do complexo abstrato ao singular concreto.

ENSINO

1. Contextualizar, integral e globalizar a complexidade do saber.
2. Ensinar embasado nos preceitos da ecologia (do quotidiano, social, político, nacional e mundial).
3. Ensinar a condição e dignidade humana.
4. Ensinar a enfrentar as incertezas.
5. Educar para formar um cidadão com a cabeça bem feita.
6. Gerar educadores/educandos polivalentes e reflexivos.
7. Reforma curricular procurando anexar o saber da natureza com o saber cultural.

Biblioteca Central - PUC/PR

CAPÍTULO 3

PARADIGMAS EDUCACIONAIS E A FORMAÇÃO MÉDICA

> A ciência e a arte têm, em comum, o fato de que ambas existem para simplificar a vida do homem: uma ocupada com sua subsistência material, e a outra, em proporcionar-lhe uma agradável diversão. Tal como a transformação da natureza, a transformação da sociedade é um ato de libertação.
> Bertolt Brecht.

A evolução do paradigma educacional não está deslocada do desenvolvimento do paradigma científico (MIZUKAMI, 1986. LIBÂNEO, 1999. BEHRENS, 2000). Em conseqüência, a atividade docente modifica-se seguindo as transformações da sociedade, processo que suscita uma transformação da práxis dos docentes.

Essa reflexão facilita a compreensão das condicionantes sócio-históricas, associadas às mudanças paradigmáticas da ciência pedagógica, que estão vinculados na atualidade a três concepções fundamentais: visão holística, abordagem progressista e ensino baseado na pesquisa. Essas três concepções formam os pilares do Paradigma Educacional Inovador, surgido em resposta à necessidade de superar a visão dicotômica e fragmentar da sociedade intervalar e da pedagogia tradicional (WEIL, 1991, p.14-38. CAPRA, 1996, p. 23-29, p.33-45. CUNHA, 1996, p.115-126. DEMO, 1996, p.1-53. ASSMANN, 1998, p.87-110. BEHRENS, 2000, p.57-78, p.89-104).

Essa mudança interessa a todos os ramos do ensino superior. Justifica o interesse de oferecer um subsídio epistemológico aos professores universitários, capaz de facilitar sua compreensão e conscientização nestes momentos de transição paradigmática. O médico professor não escapa desta realidade, tendo em

vista o aumento do número de escolas médicas e a necessidade de conhecer as mudanças no ensino.

3.1 O Paradigma Educacional Tradicional e a sociedade de produção em massa: repercussão no ensino e na prática médica

O paradigma tecnicista (newtoniano/cartesiano) é o fundamento epistemológico do Paradigma Educacional Tradicional, tomando aqui uma maior gravidade e proporção por seu significado para as massas estudantis, futuros profissionais de todos os campos do saber e do fazer, que se convertem em potenciais agentes transmissores e perpetuadores dessas idéias.

O ensino no Paradigma Educacional Tradicional (Tabela 6) está voltado à leitura, memorização, repetição e acumulação do conhecimento, dá maior relevância aos conteúdos e ao produto final do que o processo de semear ou cultivar o saber.

TABELA 6 - CARACTERÍSTICAS DO PARADIGMA EDUCACIONAL E MÉDICO TRADICIONAL

Ensino Educacional Tradicional	**Ensino Médico Tradicional**
Visão mecanicista e tecnicista do ensino	Visão biologista, tecnicista e especializada
Reprodução do conhecimento: ensino mnemônico e segmentar	Separação das ciências básicas e clínicas
	Segregação dos níveis biológico, psicológico e social
Ensino embasado na leitura, na repetição e acumulação estéril do conhecimento	Modelo reducionista: corpo humano como máquina perfeita; paciente separado em sistemas e órgãos
Organização racional, reducionista, fechada, fragmentada, analítica, disciplinar, temática e perfeccionista	Aulas teóricas e expositivas
	Ensino disciplinar e eminentemente hospitalar: curativo versus preventivo
Sobre-valoração das técnicas de ensino	O professor como sujeito do processo
Formação desconexa da realidade	Aluno passivo, receptor e armazenador dos conhecimentos e informações transmitidas pelo docente
Professor autoritário e aluno passivo	
Separação do binômio professor-aluno	Educação individualista
CABEÇA BEM CHEIA	**COMPUTADOR AMBULANTE**

Dessa forma, a transmissão do conhecimento caracteriza-se de forma fechada, fragmentada, reprodutiva e desconexa da realidade. Isso decorre da sociedade de reprodução do conhecimento, caracterizada por TOFLER (1995, p.63) como "a educação era supostamente produzida pelo professor e consumida pelo aluno".

FREIRE (1971, p.67) catalogou esta aprendizagem como "Educação Bancária", e a descreveu como "o saber é uma doação dos que se julgam sábios aos que nada sabem". Para SAVIANI (1985, p.16), "a pedagogia tecnicista planeja a educação de modo a dotá-la de uma organização racional, capaz de minimizar as interferências subjetivas que pudessem pôr em risco sua eficácia". Tais observações ajudam a compreender a subvalorização do papel do professor e do aluno (separação do sujeito e do objeto na educação) e da exagerada valorização da organização racional dos meios e da reprodução do conhecimento, condutas estas que estimulam a passividade do aluno diante da autoridade do professor, menosprezam sua capacidade de dar soluções aos problemas do dia-a-dia, além de frear o desenvolvimento de suas habilidades, hábitos e competências a serem alcançados, em detrimento de sua destreza, criatividade e espontaneidade.

Para MORAES (1998. p. 50), "a educação continua gerando padrões estáveis, em que o questionamento ou o pensar de forma divergente são condutas reprovadas e não aceitas". Assim, inúmeras escolas se nutrem do Paradigma Educacional Tradicional, favorecendo a fragmentação disciplinar e temática, separando o todo em partes e menosprezando o caráter integral do conhecimento, dos fenômenos da natureza e da própria vida, que estão dados de forma global e interconectados.

Por sua vez, a prática médica está ligada à transformação histórica do

processo de produção econômica (ALMEIDA, 1999. p. 7) e acompanha o desenvolvimento da ciência nos diferentes períodos históricos, segundo foi mostrado na Tabela 1 (Vide pág. 21). Caminhou, em particular, lado a lado com a biologia, que segue a concepção mecanicista da vida (CAPRA, 1982. p. 116), daí a visão biologista e mecanicista que por séculos tem predominado no ensino e prática médica.

Os avanços experimentados desde o século XVIII até o presente são o fundamento da concepção reducionista, analítica, mecanicista e tecnicista que ainda caracteriza a prática médica. Esta concepção se manifesta, na atualidade, nas inumeráveis especialidades médicas, no uso exagerado da tecnologia, na formação basicamente hospitalar e especializado do ensino, em lugar de generalista e integral. Para AGUIAR (2001. p. 73), "A aplicação do reducionismo ao campo da saúde alimenta a crescente especialização dos médicos, processo que tem como conseqüência a fragmentação dos pacientes em órgãos e sistemas", e mais adiante a autora comenta que, "o dualismo mente corpo, por sua vez, desqualifica o sofrimento psíquico como objeto de cuidado médico, enfatizando apenas o que pode ser objetivamente mensurável, no âmbito da biologia" .

A essa prática médica biologista, mecanicista e fragmentar tem acompanha - do, tal como a sombra ao corpo, o ensino médico, nomeado de Ensino Médico Tradicional, em correspondência com o Ensino Educacional Tradicional (Tabela 6. Vide pág 64).

Em relação ao EMT, GONÇALVES e MORAES (2003. p. 84) apontam, "o investimento tem sido feito apenas na transmissão de informação, levando o aluno a ser mero armazenador dos conhecimentos que lhe são repassados pelos docentes, de forma excessivamente passiva". Estes autores, ao abordar o conceito tradicional

do ensino, descrevem o aluno como "um ente receptor de informação, e isto é demonstrado pelo predomínio das aulas teóricas, expositivas, em todo o processo de formação, desde o ensino fundamental". Para AGUIAR (2001. p. 72), "a educação médica tradicional é acusada de negligenciar os aspectos interpessoais do cuidado da saúde, subestimar a importância do trabalho em equipe, insistindo na ênfase na memorização, mesmo num contexto da pesquisa biomédica em que o conhecimento expanda-se exponencialmente".

Além disso, com a publicação do Relatório Flexner em 1910 (FLEXNER, 1910), a formação médica se tornou fragmentar ao separar os conhecimentos das ciências básicas dos saberes clínicos e ao seccionar também o ensino em disciplinas. Porém, o relatório orientado pelo educador Abraham Flexner (1866-1959), surgiu nos EEUU e Canadá num momento de crise da formação médica e contemplou um estudo em que foram avaliadas 155 escolas médicas das quais 120 apresentavam condições péssimas de funcionamento. Esse relatório ficou como um exemplo da importância da avaliação e do controle de qualidade na educação superior. "Sua história vem muitas vezes à tona quando pensamos nas condições precárias da maioria de nossas instituições de ensino superior" (SCHWARTZMAN, 1993). Por outra parte, o relatório contribuiu na formação profissional de médicos com uma preparação científica que até então era empírica e anárquica. A história por si só nos faz lembrar os bons médicos e professores formados com este modelo curricular que permaneceu conservado por mais de setenta anos (AAMC, 1984. p. 33), porém, hoje, inadequado para a formação médica exigida no século XXI.

Não há duvida das vantagens que o desenvolvimento científico e técnico tem trazido para as ciências médicas, mas este avanço distanciou o médico do doente, da visão preventiva e de sua função histórica, como educador e psicoterapeuta

(ENGEL, 1977. RODRÍGUEZ, 2001). Tal situação dificulta a aquisição dos dados para estabelecer uma correta hipótese diagnóstica, premissa para orientar os exames de forma racional. É através da Relação Médico Paciente que o paciente exterioriza suas preocupações e facilita o cumprimento das orientações terapêuticas. Além disso, a especialização traz consigo uma elevação dos custos médicos e uma maior divisão dos doentes, que para cuidar do Diabetes Mellitus, por exemplo, necessita consultar inúmeros especialistas que por sua formação não estão capacitados para oferecer uma atenção integral (RODRÍGUEZ, 2001. p. 11).

As situações descritas deterioram a visão humanista da medicina e a afastam da concepção comunitária, familiar e individual do processo saúde-enfermidade, além de propiciar o distanciamento entre a medicina e a ética. A propósito, cabe destacar o pensamento de THOMAS SZASZ (citado em: BURKE e ORNSTEIN, 1999. p. 233), "antigamente, quando a religião era forte e a ciência era fraca, os homens pensavam que mágica era medicina; agora que a ciência é forte e a religião é fraca, os homens pensam que a medicina é mágica".

Para GERBER (1993. p. 34-35), a visão mecanicista do corpo humano como uma máquina complexa ainda prevalece na medicina, a tal ponto que comenta, "os médicos modernos estão profundamente entrincheirados dentro de uma cosmovisão newtoniana com centenas de anos de vida". Por sua vez, CAPRA comenta:

> O corpo humano é considerado uma maquina que pode ser analisada em termos de suas pesas; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para concertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado (CAPRA, 1982. p. 116).

Este autor adverte que há um consenso crescente entre os médicos de que

muitos dos problemas com que o sistema médico se defronta provêm do modelo reducionista do organismo humano, em que o sistema se baseia. A visão biologista e reducionista impede a compreensão do homem como uma unidade social, dialética e complexa, além do entendimento das doenças particulares como parte de um todo inseparável.

Sendo assim, é necessário superar a concepção predominante da Sociedade de Produção em Massa e seu Paradigma Educacional Tecnicista, pois não dão conta das exigências atuais. Por um lado, esse paradigma ficou ultrapassado pelos avanços da ciência, e, por outro, as exigências sócio-educacionais são diferentes. Condicionantes que justificam a necessidade de superar o ensino tradicional por outro: criativo, reflexivo, integrador, abrangente, humanista e resolutivo através de uma abordagem psicossocial do processo ensino aprendizagem, que permita ao egresso realizar uma práxis profissional generalista e ulteriormente desenvolver uma especialização .

3.2 O Paradigma Educacional Inovador e a sociedade de produção do conhecimento: repercussão no ensino e na prática médica

Não há nada mais poderoso do que
uma idéia cujo momento chegou.
Victor Hugo.

À luz das mudanças experimentadas pela ciência no final do Século XIX e no transcorrer do Século XX (Tabela 4. Vide pág. 59), as condições paradigmáticas estão dadas para produzir a ruptura dialética e mudança do paradigma tecnicista. Premissas que condicionam a mudança do paradigma dominante por um inovador que supere a análise fragmentar, matemática e polar do mundo. Vale lembrar as

palavras de BUSTAMANTE (1997, p.11-20), "a integração da ciência, tecnologia e sociedade é o grande desafio da educação para o século XXI".

O Paradigma Inovador tem como ponto de partida a visão holística do mundo, compreensão que concebe o mundo como um todo integrado e não como uma coleção de partes iguais, deixando de um lado a ênfase nas partes pela ênfase no todo (CAPRA, 1996). Esse paradigma serve de base para delinear o Paradigma Educacional Inovador (Tabela 7) que visa superar a reprodução do conhecimento pela produção do mesmo (Sociedade de Produção do Conhecimento), através da aliança da visão holística com a abordagem progressista e com o aprendizado embasado na pesquisa (BEHRENS, 2000. p. 105-120).

TABELA 7 - CARACTERÍSTICAS DO PARADIGMA EDUCACIONAL E MÉDICO INOVADOR

Ensino Educacional inovador
Visão holística, progressista e de pesquisa
Produção do conhecimento e educação global
Dialogo e discussão professor-aluno-coletivo
O professor é mediador na procura do conhecimento
O professor é parceiro do aluno
Aluno ativo, com autonomia, crítica e criatividade
O ensino está inserido no mundo da informática
CABEÇA BEM FEITA

Ensino Médico Inovador
Visão social e integradora.
Integração das ciências básicas e clínicas
O homem como unidade biopsicossocial e inserido na sociedade
Formação generalista, integral e interdisciplinar
Ensino baseado em problemas e centrado no estudante
O aluno como sujeito do processo
O trabalho e estudo em equipe
Considera os saberes preventivos e curativo
Resgata o papel do médico como educador
Relação justa entre teoria e prática
Integração do hospital com as áreas de atenção primária e comunidade
MÉDICO BEM-FEITO

Esta concepção do ensino é universal e integral e acompanha o movimento da ciência e da sociedade com o objetivo de garantir a formação de um cidadão que

saiba viver em seu contexto social como um ser ético e solidário diante dos padrões da convivência coletiva. Estes objetivos estão concretizados nos postulados da UNESCO para a educação no século XXI: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto, aprender a ser (DELLORS, 1999. p. 89-102).

A visão holística supera o saber disciplinar do ensino tradicional, resgata o conhecimento do ser humano na sua totalidade e estabelece a necessidade de uma educação global, em que os temas éticos, humanos e sociais estão inseridos nos temas instrutivos. Para BUSQUETS et al (1998. p. 50-59) trata-se de que os conhecimentos longitudinais (próprios do currículo) girem em torno dos conhecimentos transversais (educação para a saúde, educação para o trânsito, educação para a cidadania e ética, entre outros). O ensino holístico considera o educando no seu contexto com suas inteligências múltiplas e como parte inseparável de um todo em que o conhecimento adquirido e produzido beneficia a coletividade e a si mesmo, respeitando-se ao mesmo tempo sua própria velocidade de assimilação e criação.

GATE (GLOBAL ALLIANCE FOR TRANFORMING EDUCATION), no contexto da visão holística, recomenda que o ensino deva enriquecer e aprofundar o relacionamento do aluno consigo mesmo, com a família, com os membros da comunidade, com o planeta e com o cosmo, de tal maneira que retome a visão do todo (GATE, 1991, p.3). CAPRA (1996) concebe esse modo de ver a realidade como uma concepção de rede, de teia, de interconexão de todos os sistemas vivos, formando um todo e ao mesmo tempo parte de um todo.

A abordagem progressista tem como essência o diálogo e a discussão professor-aluno-coletivo como fonte geradora do aprendizado colegiado, crítico e reflexivo, e considera o aluno como um parceiro do professor no processo dinâmico

de aprender aprendendo. Destaca-se, nesta abordagem, a participação ativa e colegiada do grupo de alunos com o coletivo dos professores nas suas tarefas de aprendizagem e no descobrir junto o conhecimento, facilitando assim a convivência comunitária e o sentimento de confiança no grupo e no trabalho em equipe.

A Sociedade de Produção do Conhecimento exige autonomia e criatividade, por isso o ensino atual precisa cultivar no aluno seu espírito crítico, na interpretação dos fenômenos da realidade, evitando a interiorização de conceitos preestabelecidos. A pesquisa facilita a superação requisitada, através do aprender aprendendo, do aprender produzindo e do aprender fazendo. Desta forma, o aluno ocupa o lugar que lhe pertence e desenvolve suas potencialidades de ação, criação, reflexão e crítica, ao mesmo tempo em que se desperta sua curiosidade pelo mundo e como transformá-lo. Concebido assim, o professor e o aluno vivem como colegas e se nutrem, reciprocamente, de saberes na tarefa de aquisição e produção do conhecimento.

Para DEMO (1993. p. 127), "a alma da vida acadêmica é constituída pela pesquisa, como princípio científico e educativo, ou seja, como estratégia de geração de conhecimento e de promoção da cidadania". Mais adiante, ao falar sobre aprender a aprender, destaca "indica uma visão didática composta de dois horizontes entrelaçados... a competência de construir a competência" (DEMO, 1993. p. 213).

A pesquisa procura despertar o interesse pela dúvida, por esclarecer a verdade através da indagação científica como caminho na aquisição e produção do saber, fatores que estimulam o processo docente-educativo, além da utilização da biblioteca e dos laboratórios, premissas essenciais para o desenvolvimento da autopreparação continuada e da autonomia. A pesquisa, ainda, reduz o espaço das

aulas teóricas e o valor das provas, estimula o estudo individual e coletivo, a discussão e a argumentação, instigando a descoberta do conhecimento como elemento principal da mediação entre o ensinar e o aprender.

Essa abordagem exige do professor a parceria com os alunos como articulador e assessor na busca do conhecimento, tal e como acontece na aprendizagem embasada em problemas (AEP), desenvolvida no ensino médico a partir da década de 60 (SPAULDING, 1969. p. 659-664. NEUFELD et al, 1989. p. 423-432. VERNON e BLAKE, 1993. p. 550-563. KAUFMAN et al, 1996. p. 1096-1099. VENTURELLI, 1997. p. 1-30).

O Paradigma Educacional Inovador, holístico, progressista e pesquisador, tem que viabilizar sua inserção no mundo tecnológico, com quem nasceu e se desenvolve. Para isso, é necessária a utilização correta da informática, multimídia e Internet na hora de conceber e aplicar as novas concepções educacionais. Vale lembrar que alguns destes meios estão, ao menos potencialmente, nas mãos dos educandos, e que muitos deles utilizam esses recursos com maior destreza e freqüência do que a caneta, o papel e até o livro de texto. Vencer esse desafio é oferecer uma resposta a duas considerações da UNESCO:

> 1. As rápidas inovações por meio das tecnologias da informação e comunicações mudarão ainda mais o modo como o conhecimento é desenvolvido, adquirido e transmitido, e estas novas tecnologias oferecem oportunidades de renovar o conteúdo dos cursos e dos métodos de ensino, além de ampliar o acesso à educação superior. 2. As instituições de educação superior devem ter a liderança no aproveitamento das vantagens e do potencial das novas tecnologias de informação e comunicação (UNESCO, 1998. p. 16-18 e 29-30).

No campo da formação médica, a concepção inovadora e emergente está concebida no que se convencionou nomear de Ensino Médico Inovador (Tabela 7. Vide pág. 71), em que o ensino baseado em problemas, o ensino centrado no

estudante, o ensino centrado no paciente, além da formação generalista, integral e comunitária são seus elementos mais salientes (NEUFELD et al., 1989, p.423-432. VENTURELLI, 1997, p. 1-30. ALMEIDA, 1999. p. 2. MAHEUX et al., 2000, p.630-634).

Outras tendências, na reorientação da educação médica incluem: gestão de qualidade na educação médica, processos educacionais aperfeiçoados em torno do conhecimento relativo ao processo saúde-doença, seleção de conteúdos para evitar a sobrecarga informativa, facilitar o trabalho independente como via para cultivar a educação permanente, desenvolvimento de um enfoque interdisciplinar, promover o nexo existente entre as ciências básicas e as ciências clínicas, integração docente/assistencial concebida como um processo de serviço à comunidade e como gerador de conhecimentos, desenvolvimento da visão social da medicina, inserção da universidade nos processos de transformação dos sistemas de saúde, ênfase na aquisição de conhecimentos, destrezas e atitudes, inclusão de tempo eletivo no programa, métodos avaliativos mais formativos e menos somatórios, preparação do futuro egresso para tomar decisões, desenvolvimento de sua capacidade para comunicar-se e estabelecer uma relação médico paciente que responda aos princípios éticos e técnico-científico adequados e legitimados, enfim, uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde (RODRÍGUEZ, 1990. VENTURELLI, 1997. p.257. ALMEIDA, 1999. p. 2. ORDEIRO, 2001. p 110-115. PIERANTONI e RIBEIRO, 2001. p. 179-200).

O Ensino Médico Inovador suscita uma visão integradora e não segmentar do individuo, procura difundir no aluno o interesse pelos aspectos preventivos e de promoção à saúde e resgata o papel do egresso como educador no seio da comunidade. Esta formação é concebida na justa medida da relação teoria e prática,

utilizando-se o ensino embasado em problemas e a medicina baseada em evidências (VERNON e BLAKE 1993. p. 550-563. KAUFMAN 1996. p. 1096-1099. SACKETT et al, 2000). Por outro lado, para obter tais propósitos o ensino médico necessita entrelaçar a formação Hospitalar (Atenção Secundária) com a Unidade de Saúde e outras dependências da Atenção Primária, garantindo-se desta maneira o desejo de anexar o trabalho formativo das faculdades com as dependências responsáveis por oferecer a assistência médica.

Considera-se que a Escola Médica que pretenda estar em dia com o novo Paradigma Educacional Inovador deva se preocupar com a formação de um médico generalista (técnico, humano, crítico, reflexivo e resolutivo) em contraposição com a formação fragmentar e especializada. Além disso, deve certificar-se de que o formando adquira um nível de competência que lhe permita lidar com os problemas de saúde que enfrentará, pautado em princípios éticos, facilitando sua incorporação como um membro ativo da sociedade. Para o sucesso destas metas, o acadêmico participará ativamente no descobrimento do conhecimento através da solução dos problemas médicos e assistências surgidas durante as visitas nas enfermarias, discussões de casos e do trabalho docente educativo na Unidade de Saúde (educação no trabalho). Então, deve-se garantir sua incorporação precoce e efetiva no trabalho assistencial sob a supervisão do médico professor. Deverá, ainda, ser considerado membro do coletivo e não meramente uma fonte de trabalho, para que aprenda a aprender, a fazer, a usar e a se comunicar, através das atividades docentes assistenciais. Dessa forma, materializa-se a concepção de educação no trabalho.

CAPÍTULO 4

O MÉDICO PROFESSOR DIANTE DO COMPLEXO PROCESSO INOVADOR DO ENSINO

Em questão de cultura e de saber,
só se perde o que se guarda;
só se ganha o que se dá.
Antonio Machado.

Para alcançar os objetivos, implícitos no capitulo anterior, é necessário que o médico professor tome em consideração para seu trabalho docente as inovações do ensino superior, sintetizadas nas seguintes categorias: caráter democrático e a relação professor aluno, coerência entre a teoria e a prática, ponderação dos avanços da sociedade-rede, o ensino embasado na pesquisa, concepções sob a avaliação, inserção do processo educativo no plano político mais amplo, a formação generalista através do estilo interdisciplinar do aprendizado (CUNHA, 1998).

Na continuação, analisa-se o papel do médico professor em relação ao processo inovador.

4.1 Caráter democrático do ensino e a relação professor aluno: o ensino centrado no estudante

"Um educador deve possuir uma autoridade
máxima e um poder mínimo".
Thomas Szasz.

O ensino é considerado uma prática social que tem como função cardinal formar cidadãos livres, participativos, eficientes e criativos. Torna-se, pois, para a educação superior, um imperativo formar um cidadão que possa desenvolver-se profissionalmente na sociedade, funções implícitas na proposta da UNESCO para o

ensino superior:

> Educar e formar pessoas altamente qualificadas; garantir uma aprendizagem permanente; produzir conhecimento por meio da pesquisa; promover o saber cultural a todos os níveis; e cultivar a ética, a autonomia, a capacidade para identificar e tratar os problemas da vida individual e coletiva, tanto no micro como no macromundo (UNESCO, 1998. p. 16-18).

A democratização no ensino promove a participação e mobilização ativa dos educandos no processo docente educativo de forma similar à proposta de CROZIER et al. (1975. p. 50) para lograr uma sociedade democrática. Segundo BEANE e APPLE, as preocupações da educação democrática surgem da ampliação no terreno educacional das condições democráticas da sociedade, as quais incluem:

> Livre fluxo de idéias; fé na capacidade individual e coletiva das pessoas criarem condições de resolver problemas; uso da reflexão e da análise crítica para avaliar idéias, problemas e políticas; preocupação com o bem-estar dos outros e com o bem comum; preocupação com a dignidade e os direitos dos indivíduos e das minorias; a compreensão de que a democracia não é tanto um ideal a ser buscado, como um conjunto de valores idealizados que devemos viver e que devem regular nossa vida enquanto povo; a organização de instituições sociais para promover e ampliar o modo de vida democrático (BEANE e APPLE, 1997. p. 17).

Mais adiante esses autores expõem que as funções da escola democrática são criar estruturas e processos democráticos para facilitar a realização da vida escolar e criar currículos que ofereçam experiências democráticas aos jovens, num compromisso de construir uma comunidade que é tanto da escola quanto da sociedade. Infere-se assim, a necessidade da educação brindar conteúdos curriculares que propiciem aprendizados críticos e que facilitem a própria reconstrução do conhecimento para que o egresso possa integrar-se, de forma plena, dentro da sociedade em que vive.

O ensino médico democrático deveria propor-se à formação de um médico

generalista que responda à problemática da saúde pública, cujas ações precisariam estar encaminhadas a promover a saúde, em detrimento da visão terapêutica dominante, respondendo às realidades da sociedade na qual o formado estará inserido, além de enriquecer e fortalecer seu trabalho em equipe. Esta percepção da democratização do ensino médico está implícita nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Vide pág. 25).

Como parte da democratização do ensino médico surge uma nova perspectiva na relação professor/aluno, chamada a substituir a postura dogmática de dono absoluto do saber que tem caracterizado o médico professor. Considera-se, a relação horizontal professor/aluno um elemento cardinal da ação comunicativa. A comunicação é determinada pela compreensibilidade das locuções, a verdade do conteúdo enunciado, a veracidade (ou sinceridade) das intenções dos falantes e a correção da própria relação (HABERMAS, 1976, 1979). Segundo HABERMAS:

> Os falantes têm que selecionar uma expressão lingüística compreensível para que o falante e o ouvinte possam se compreender um ao outro; o falante tem que ter a intenção de comunicar um conteúdo proposicional verdadeiro, intencionando que o ouvinte possa compartir o conhecimento do falante; o falante tem que querer expressar suas opiniões verazmente, com a intenção de que o ouvinte possa crer em suas locuções (nele confiar); e, finalmente, o falante tem que selecionar uma locução que seja correta à luz das normas e dos valores vigentes, procurando fazer com que o ouvinte a aceite, para que ambos possam chegar a um acordo no que diz respeito ao pano de fundo normativo reconhecido (HABEMAS, 1979. p. 2-3).

Efetivamente, a empatia professor/aluno é alcançada quando os conhecimentos teórico/práticos são enunciados com clareza, certeza, sinceridade e segurança por parte do professor, evitando transmitir conteúdos falsos ou ambíguos, usando uma linguagem clara, coerente e científica. Como contrapartida, deverá permitir e estimular a participação ativa do educando, respeitando as regras da ética e da autonomia na comunicação. Paulo Freire (2000. p. 29), explica que o professor

não transmite apenas conteúdos, mas também ensina a pensar certo, além de saber escutar, pois é escutando que ele aprende a falar com os alunos. Diz ainda, ensinar não é apenas transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria construção (FREIRE, 2000. p. 52).

É através do diálogo fraternal, não por imposição, que o conhecimento deve ser construído, o que permite superar a condição do professor como mero informante ou transmissor diante do aluno. Trata-se de utilizar a relação que FREIRE (1992. p. 120) descrevera como, "de profundo respeito, afetuosa e até quase amorosa". Relação dialógica que segundo GADOTTI, ao falar de Paulo Freire, "consiste em uma relação horizontal e não vertical entre educadores e educandos, em que ninguém educa a ninguém e ninguém se educa sozinho, em que o saber de todos é valorizado e o professor tem o dever de ultrapassá-lo, em que quem educa também aprende" (GADOTTI, 2000. p. 102-103). Dessa relação horizontal e dialógica de camaradas, o professor, como intermediário do saber, também adquire conhecimentos na tarefa de aprender produzindo.

Associado a estas concepções, surge o ensino centrado no estudante, que dá ao aluno o lugar de sujeito dentro do processo de aprendizagem, passando a ocupar o rol principal no processo de ensino, auspiciando-se a ruptura de sua passividade características do Paradigma Educacional Tradicional. O aluno, neste contexto inovador, é caracterizado como um indivíduo em crescimento constante e as tarefas e problemas por ele vivenciados representam uma fonte para a aprendizagem. Sua orientação para aprender está centrada em problemas e sua motivação é dada pelos incentivos internos e na própria curiosidade, em contraposição aos prêmios e castigos. Para VENTURELLI (1997. p. 184), a educação centrada no estudante implica que "o aluno está no centro do processo e

não o docente, o qual até agora acostumava dar a informação e exigir sua repetição". Esta visão apresenta uma diferença quando comparada aos modelos educacionais tradicionais, diferenças documentadas por KNOWLES (1975) e que por sua relevância apresentamos na Tabela 6.

TABELA 8 - CARACTERÍSTICAS EDUCACIONAIS GLOBAIS*

Conceito	Centrada no Docente	Centrada no Estudante
Sobre o estudante	Personalidade dependente-independente	Indivíduo crescente
Papel da experiência do estudante	Construí-se em forma independente das necessidades	Fonte importante da aprendizagem
Disponibilidade para aprender	Varia segundo os níveis de maturidade	Desenvolve-se a partir de tarefas e problemas vivenciais
Orientação para aprender	Centrada em temas	Centrada em problemas e tarefas
Motivação	Prêmios e castigos externos	Incentivos internos, curiosidade

* Obtido diretamente da referência citada. KNOWLES MS, 1975.

4.2 O médico professor e a coerência entre a teoria e a prática

Na formação médica tem-se observado o valor do caráter bidirecional da aprendizagem, da teoria à prática e da prática à teoria, tanto no referente ao processo ensino/aprendizagem como no referente ao diagnóstico/tratamento, o que confirma a necessidade de complementar as atividades acadêmicas com as assistenciais, como ferramenta essencial da educação no trabalho (VEIGA, 2000). O professor deve dar o devido valor a cada uma destas atividades, evitando-se a

consagração do academicismo sobre o assistencialismo e vice-versa, procurando-se a integração e complementação destes dois saberes, aparentemente contraditórios para alguns docentes. Em tal sentido, o médico professor precisa saber que nas atividades "eminentemente" práticas o aluno adquire certo grau de competência para sua prática profissional vindoura. Estas "aulas" representam o espaço/tempo ideal para lograr a integração desejada entre as ciências básicas e as ciências clínicas, além de ser o meio idôneo para a materialização da proclamada integração interdisciplinar.

A relação teoria/prática adquire sua máxima conotação no internato (último ciclo do curso de graduação em medicina), pois é neste período que o aluno se incorpora a um serviço de atenção médica de forma mais abrangente e com certas responsabilidades assistenciais. Nesta fase do ensino, denominada de aprendizagem em serviço, já não existem disciplinas acadêmicas e o educando recebe um treinamento intensivo sob supervisão docente no referente ao diagnóstico e ao tratamento das enfermidades, procurando-se a integração do ciclo básico e clínico, além de complementar as disciplinas entre si (MARCONDES e MASCARETTI, 1998. p. 149-166).

Em Cuba, o aluno, de forma precoce e gradativa, incorpora-se à atenção médica no Hospital Escola e na Unidade de Saúde Docente como parte ativa da equipe (Grupo Básico de Trabalho, GBT), com estágios nas chamadas especialidades básicas do nível de Atenção Secundária (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral e Gineco-Obstetrícia) e da Atenção Primária (Medicina Geral e Integral). Constituindo-se assim uma pirâmide que vai desde o aluno até o professor chefe. Desta maneira, o GBT constitui a unidade funcional principal do processo docente/assistencial no período do ciclo clínico da graduação e da pós-graduação.

No Brasil, se tem reportado, "que o contato com o mundo profissional ocorre tardiamente ao longo dos últimos períodos, sob a forma de estágios curriculares (PIERANTONI e RIBEIRO, 2001. p. 182). Tal é o impacto do nexo teoria-prática, desde cedo na formação médica, que num artigo publicado recentemente na Revista Brasileira de Educação Médica se reporta a avaliação do estágio pelos alunos do Hospital Universitário de Maringá (PR), em que eles declaram, "a primeira série do curso é muito teórica, ficando à margem da atividade médica, tornando difícil manter o entusiasmo com que ingressam na escola após do vestibular (GONÇALVES e MORAES, 2003. p.85). Estes autores, ao referir-se a integração teoria-prática e integração escola x serviço, argumentam, "os alunos deveriam participar dessas atividades desde o inicio do curso e a cada ano iriam assumindo responsabilidades maiores e exercendo atividades mais complexas" (GONÇALVES e MORAES, 2003. p. 89).

É mister assinalar, que a reforma curricular, implantada em 1998 na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), trouxe inovações para a graduação de medicina, e entre elas estão: a integração entre os momentos do curso básico e profissionalizante; a inserção precoce do aluno em atividades práticas sob supervisão localizada já no segundo semestre do curso de medicina (VIEIRA et al, 2003. p 97).

4.3 O médico professor e a ponderação da sociedade-rede

É inquestionável a revolução tecnológica da comunicação e da digitalização eletrônica, fenômeno comparado com a revolução industrial (CASTEL, 1997). Nenhum ramo do saber humano está isento da utilização destes avanços, tornando-

se cada vez mais vital para nossa convivência social e de trabalho.

A tecnologia da informática, para o médico professor, tem uma utilização dupla, tanto para o desenvolvimento de suas atividades docentes, como assistenciais. Serve como um meio para procurar informação atualizada, como via para aperfeiçoar técnicas, para facilitar a comunicação a distancia, executar e informatizar as tarefas de gerenciamento e de pesquisa, para preparar e apresentar suas conferências, para a elaboração de programas de treinamentos, de simulação e inteligência artificial, como recurso para avaliar a aprendizagem, para produzir textos instrutivos e educativos para educandos e população em geral.

É importante destacar que como técnica não é uma panacéia e que se deve evitar seu uso excessivo em detrimento de uma boa atenção médica ou de uma excelente comunicação docente assistencial. O médico professor deve evitar a dependência maléfica da tecnologia, pois não existe melhor vivência para o ensino do que aquela surgida no trabalho diário do professor e do aluno nas áreas de atenção médica. Pode-se pensar que há exagero, mas já se comentou que, "da mesma forma que a prática médica, o ensino médico deve-se tornar, cada vez mais, dependente de tecnologia e é de se esperar que nossos estudantes se tornem, a cada geração, cada vez mais alfabetizados em tecnologia da computação" (MASSAD et al., 1998. p. 213).

4.4 O médico professor e o ensino embasado na pesquisa: ensino embasado em problemas

Não se pode ensinar coisa alguma,
a alguém. Pode-se ajudar a descobrir.
Galileu Galilei.

Tem-se dado o nome à sociedade atual de Sociedade de Produção do Conhecimento em contraposição à envelhecida Sociedade de Reprodução do Conhecimento. O ensino com pesquisa surge como resposta a este clamor da sociedade contemporânea e visa a aquisição do saber através da produção do mesmo por meio da pesquisa crítica e criativa do aluno, dando ao professor o papel de canalizador da aprendizagem (DEMO, 1996). No dizer da UNESCO (DELLORS, 1999. p. 101-102), este ensino baseia-se no "aprender aprendendo e produzindo". Pesquisa, que segundo BOTOMÉ (1997. p. 21), "é fonte e meio para a produção do conhecimento".

O médico professor, através do ensino com pesquisa, deverá despertar no aluno o interesse pela dúvida e esclarecimento da verdade, como caminho na obtenção da destreza para o exercício da medicina. A pesquisa, como ferramenta do ensino médico, fomenta o uso de livros de textos, propicia o desenvolvimento da autopreparação permanente que caracteriza a profissão médica. Assim, o aluno aperfeiçoa sua autonomia e sentido de responsabilidade ante suas funções, favorecendo-se no avanço do curso a cisão do "cordão umbilical" inevitável dos primeiros passos do estudante. Seria, segundo RIVEIRO (1999. p. 189), "incentivar, nos alunos, o espírito de risco, em vez do anseio de acomodação".

No curso de medicina, uma das modalidades do ensino com pesquisa foi nomeada de ABP (aprendizagem baseada em problemas) ou PBL (problem based

learning). A ABP surge na década de 60 como uma metodologia de ensino/aprendizagem desenvolvida inicialmente na Universidade de McMaster, em Hamilton, Ontário, Canadá, de onde se disseminou por o mundo, chegando ao Brasil no 1997 à Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo, e no 1998 à Universidade Estadual de Londrina, Paraná (KOMATSU et al, 1998. p. 223. AGUIAR, 2001. p. 73. FERREIRA et al, 2002. p. 176).

Na ABP, o problema é utilizado como estimulo à aquisição de conhecimento e habilidades, sem que nenhuma exposição formal prévia da informação seja necessariamente oferecida (KOMATSU et al, 1998), em que compete ao professor, "permitir que os estudantes desenvolvam uma discussão em torno de um problema que seja produtiva a todos os integrantes do grupo, considerando o contexto, integrando as dimensões biológicas, psicológica e social" (KOMATSU et al, 1998. p. 224). Trata-se, "de uma metodologia centrada no aluno, estimuladora do auto-aprendizagem e do pensamento crítico, que permite incorporar a visão biopsicossocial do processo saúde-doença e que tem sido difundida de forma crescente em diversos paises nos últimos 30 anos" (FERREIRA et al, 2002. p. 176). Neste modelo de ensino, "as disciplinas não constituem mais o eixo da estrutura curricular, que se torna modular, extinguindo-se a divisão entre o ciclo básico e clínico, os alunos trabalham em pequenos grupos e identificam suas próprias necessidades de aprendizagem" (FERREIRA et al, 2002. p. 176). A utilização da ABP implica na obtenção do conhecimento através da solução de problemas que o estudante deverá empreender sozinho ou em pequenos grupos, com o objetivo de aprender e desenvolver a capacidade individual e coletiva para produzir conhecimento (RAMOS e MOORE, 1987), "mimetizando situações análogas àquelas que os futuros profissionais virão experimentar, em graus crescente de dificuldade...

em que os estudantes são responsáveis pela busca ativa do conhecimento" (AGUIAR, 2001. p. 72).

A ABP tem sido motivo de comparação com o ensino médico tradicional, demonstrando-se seu valor (SPAULDING, 1969. KAUFMAN e MANN, 1996. FERREIRA et al, 2002). Para AGUIAR (2001. p. 73), a ABP significou, "um passo adiante por promover o trabalho em equipe, o papel ativo do alunado e a integração entre conteúdos básicos e clínicos". FERREIRA et al (2002. p. 182), em uma investigação realizada na Universidade Estadual de Londrina (UEL), através de um questionário estruturado com 43 questões fechadas entregue aos 268 docentes dos diferentes departamentos docentes acerca das mudanças curriculares estabelecidas após de 4 anos, e que foi respondido pelo 82.1% dos questionados, concluem que "a maioria dos docentes considera a ABP um avanço em relação ao método anterior, e admite que ela é motivadora e facilita a aprendizagem dos alunos" .

A ABP cria um modelo de educador diferente ao do modelo tradicional, o tutor, que atua como facilitador do trabalho dos grupos de alunos, orientando-os para que construam o próprio conhecimento de modo cooperativo (AGUIAR, 2000. FERREIRA et al, 2002). Considera-se que a abordagem da ABP está associada a dois imperativos inseparáveis para o professor: possuir um domínio científico-técnico e uma maestria suficiente para cumprir eficientemente seu papel de mediador diante da situação geradora do conhecimento, o problema.

A pesquisa, propriamente dita, também ocupa um lugar de destaque na aprendizagem. Em várias universidades existem jornadas científicas estudantis para os alunos do curso de medicina. Compreendida assim, a pesquisa tem uma dupla função: por um lado despertar o interesse científico e por outro contribuir a solucionar os problemas acadêmicos e médicos de interesse para o sistema de

saúde.

4.5 O médico professor e as novas concepções sob avaliação

Considera-se a avaliação da aprendizagem uns dos temas mais complexos e polêmicos no campo das inovações universitárias, com um espectro que vai desde uma punição obrigatória (avaliação tradicional) até um que a considera não necessária para determinar o grau de competência (avaliação pós-moderna). No dizer de CASTANHO (2000), a avaliação é uma questão angustiante. Para o médico professor é imperativo ter uma definição criteriosa destas contradições, de forma que possa superá-las e adequá-las à realidade acadêmica e a favor do processo de ensino e da formação cidadã.

Os paradoxos da avaliação, segundo WACHOWICZ (2000), podem ser interpretados como: a avaliação compara o desempenho a um parâmetro ideal (traduzido pelos objetivos) e não a um parâmetro real, contempla predominantemente o aspecto racional da função cognitiva, deixando de lado os aspectos emocionais e as necessidades do aluno, a representação da avaliação é discreta e não contínua, ao contrário do processo de aprendizagem. Para WACHOWICZ (2000) a avaliação representa um julgamento de valores em que o componente de medição é complementado pela coleta de informações para tomar as decisões (STUFFLEBEAM, 1978). Para TYLER (1942), a avaliação da aprendizagem está integrada à forma de elaboração do currículo e assume um caráter de controle do planejamento e do processo de formação profissional.

Considera-se que a avaliação é parte inseparável e necessária do processo docente, por seu valor como mecanismo de retro-alimentação e por ser uma fonte de

estímulo para despertar a avidez pelo conhecimento no estudante. Portanto, o ato de avaliar impulsiona e controla o processo da aprendizagem, além da progressão e cumprimento das funções de seus protagonistas, o aluno e o professor. A avaliação, para FUJIMARA (1998, p. 248), "tem como finalidade acompanhar os processos de ensino/aprendizagem escolar permitindo aos docentes e aos alunos averiguar se os objetivos educacionais planejados estão-se desenvolvendo em rumo traçado, corrigindo-se as eventuais distorções". Destaca-se que a avaliação deve compreender todos os aspectos do processo educacional, os aspectos do planejamento e também as pessoas, não só ao estudante (VENTURELLI, 1998. p. 156).

De outra parte, o compromisso social das instituições médicas - em particular do médico professor - de definir de forma responsável o grau de competência do egresso profissional justifica a utilização correta desde recurso docente. A dizer de VENTURELLI (1998. p. 157), "é necessário manter claro que há razões e responsabilidades docentes e da universidade para que o processo de avaliação se cumpra".

O problema é dado no modo como deve ser aplicada durante o processo docente. Compreende-se que a avaliação deve sustentar-se em:

1. Seu caráter contínuo, sistemático, longitudinal, transversal, dinâmico, dialético e prospectivo.
2. Que considere os aspectos quantitativos e os qualitativos no desenvolvimento do aluno, segundo o momento avaliativo; inicial ou final.
3. Ser freqüente, parcial e final.
4. Ser objetiva, exigente, criteriosa, porém não preconceituosa e imparcial.

5. Superar sua concepção histórica de castigo insuperável ou de antecedente penal a ser arrastado por toda vida, é dizer, não punitiva nem ditatorial.
6. Considerar os aspectos teóricos, práticos, orais, escritos, educativos e instrutivos como um todo.
7. Ponderar as inteligências múltiplas e a criatividade.
8. Servir de termostato para o professor e de estímulo para o aluno durante todo o processo ensino.
9. Que ao final do curso avalie objetivamente o grau de competência para o desempenho profissional.

Por seu valor, didático e prático, e como parte da fundamentação das observações aqui apresentadas, transfiro textualmente o resumo do Capítulo acerca da "Avaliação no processo educacional" de GONÇALVES (1998. p. 30):

Se a aprendizagem é ...	*sua avaliação deve ser:*
um processo	*permanente*
Interativo	*transparente*
de transformações	*judiciosa*
cheio de significado	*construtiva*
e que envolve desafios,	*diagnóstica*
bem como satisfação,	*gratificante*
expadindo conhecimentos	*coerente*
e habilidades	*prática*
E formando a conciência,	*global*

Enfim, considera-se revolucionária e válida para o ensino médico a adoção do principio ético, moral e democrático da avaliação (VILLAS, 2000), evidenciado na concepção colegiada e na participação do educando na tomada de decisões em relação à auto-avaliação, à avaliação do professor, à avaliação de seus colegas e do processo educativo como um todo.

4.6 A inserção do processo educativo no plano político mais amplo: o médico professor diante da filosofia mercantilista da profissão médica

Democracia com fome, sem educação e saúde
para a maioria, é uma concha vazia.
Nelson Mandela.

O mundo sofre uma crise de valores associada à valorização hegemônica e exagerada do poder econômico, de forma que os valores relacionados com o intelecto e o afeto, como a solidariedade e a irmandade estão em plena crise de subsistência. A propósito destes comentários, BEHRENS observa:

> Com a visão sistêmica ou holística, os docentes precisam instigar seus alunos a recuperação de valores perdidos na sociedade moderna, buscando a justiça plena e ampla de todas as camadas sociais, provocando a formação de valores imprescindíveis como a paz, a harmonia, solidariedade, a igualdade, e principalmente, a honestidade (BEHRENS, 2000. p. 105-120).

Associada a essa conjuntura dos tempos da globalização está o mercantilismo da prática médica, que vai desde tornar-se cada vez mais cara e ao alcance de uma minoria até estar segregada em três categorias assistenciais com suas implicações óbvias: SUS, convênios e particulares. A filosofia mercantilista na medicina é uns dos temas contraditórios da profissão, porém esta complexidade não justifica que o médico professor dê as costas a esta realidade durante o processo de formação médica.

Segundo ENGUITA (1991), as carreiras liberais como Medicina, Direito e Arquitetura são as mais disputadas, pois tem como principais atrativos na universidade seus futuros rendimentos e as vantagens materiais simbólicas,

observações que talvez expliquem porque o curso de medicina é um dos mais procurados no vestibular, com uma concorrência de 21.3 candidatos por vaga na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CUNHA e LEITE, 1996, p.31). Pela importância dos resultados da pesquisa realizada por CUNHA E LEITE para o médico professor transcreve-se parcialmente suas conclusões:

> O ensino, nas profissões liberais, é valorizado pelo que representa de reconhecimento ao saber do professor. A imagem de sucesso como docente é valorizada pelo profissional porque favorece seu desempenho no campo da profissão liberal, especialmente pela divulgação de seus méritos realizados pelos ex-alunos; o professor é valorizado principalmente pelo êxito que alcança no exercício de sua atividade como profissional liberal. Entre os indicadores deste estado, estão a localização de seu consultório/escritório, a classe social e poder aquisitivo de seus clientes, os casos 'importantes' em que obteve sucesso e os congressos de que participa. Tais professores nem sempre estão preocupados em realizar cursos de pós-graduação e em desenvolver atividades de pesquisa porque não é isto que os projeta valorativamente " (CUNHA e LEITE, 1996. p. 86).

Seria demagógico negar o valor da profissão médica como fonte de sustento econômico pessoal e familiar, porém isto não impede que o médico professor seja imparcial diante da percepção mercantilista com que alguns alunos entram nas escolas médicas. O trabalho persuasivo e a atitude exemplar do professor são determinantes para mudar estas idéias pelo esforço, amor, disciplina, humildade e dedicação total pela vida e pela saúde. Sentimentos que sob nenhumas circunstâncias deveriam estar permeados pela classe social da pessoa de quem cuidamos.

É importante ressaltar que o papel do médico professor no referente à filosofia mercantilista da medicina vai além destas idéias, pode contribuir também para torná-la mais eficiente e menos custosa, sem prejudicar a qualidade da assistência e da docência. Desafortunadamente, de forma paradoxal, deverá ensinar métodos auxiliares de diagnósticos e condutas terapêuticas atualizadas que só uma

minoria poderá utilizar, como a Ressonância Magnética Nuclear do Encéfalo na investigação das doenças do tronco cerebral, o uso dos inibidores da bomba de prótons ou das quinolonas de última geração. Deverá também ensinar outros saberes que atendam às condições sócio-econômicas da população, sem prejudicar a RMP e a missão de oferecer um bom atendimento médico.

Uma recomendação que garante uma prática médica econômica e eficiente em relação ao uso exagerado dos meios complementares para o diagnóstico seria o uso correto do método clínico (RODRÍGUEZ, 1998. RODRÍGUEZ, 2002). A medicina preventiva seria outra solução na árdua tarefa de torná-la mais eficiente e menos custosa, em que o médico como educador retoma seu papel (RODRÍGUEZ, 2002).

4.7 O médico professor e a formação generalista através do estilo interdisciplinar do aprendizado

Como afirmara BERNSTEIN (1986. p. 149), "não importa o que se transmite mas a forma como se transmite o conhecimento", ao que se acrescenta, importa também quem transmite o conhecimento". Esta idéia leva a pensar o papel do médico professor diante das mudanças curriculares que deverá conhecer e materializar. Já foi comentada a conseqüência imediata da especialização para a educação e prática médica (Capítulo 1 e 2). Neste contexto, compreende-se as conseqüências negativas que para a formação do médico generalista trazem estas correntes de especialização.

Ainda assim, em algumas escolas médicas, o professor da graduação é um especialista não generalista que, apesar de suas boas intenções docentes e de sua preparação científica excelente, não esta capacitado para formar o médico

generalista que o sistema de saúde precisa. Pelo contrário, sua condição de especialista é vista pelos alunos como um padrão a ser alcançado. Cabe mencionar, que na FMUSP, "a especialização precoce tem sido preocupação constante, e, ainda que 60% da carga horária sejam dedicadas à formação geral do médico, é forçoso reconhecer que a FMUSP é formadora de especialistas" (VIEIRA et al, 2003. p. 97).

Daí a necessidade de um professor generalista que forme o aluno sob o conceito de complexidade dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, combinando os preceitos da atenção primária e secundária, da medicina comunitária com a hospitalar, além de integrar os conhecimentos básicos aos propedêuticos e aos das doenças. Esta interdisciplinaridade da formação, além de ser ministrada por um médico professor generalista, considera-se o elemento chave na formação geral que se propõe.

Em outra ordem de idéia, a visão generalista e comunitária do exercício da prática médica não implica renunciar ao ensino hospitalar. O hospital surge, na história, como uma instituição de assistência ao pobre, para isolar as doenças contagiosas e como lugar para morrer e passa a ser um centro terapêutico a partir do século XVIII (FOUCAULT, 2001). Segundo este autor, é naquele século que o hospital começa a cumprir funções curativas, de registro e de formação médica, deixando para trás a jurisprudência médica centrada nos tratados clássicos da medicina. Naquele momento é que surge a clínica como uma dimensão essencial do hospital nas suas missões de curar e de ensinar (FOUCAULT, 2001), válida até os dias de hoje.

A função do médico professor seria ultrapassar o espaço biológico e curativo por natureza do hospital, incorporar a concepção social da medicina no seu trabalho docente-assistencial nas enfermarias e anexar o trabalho docente/

assistencial hospitalar ao nível de atenção primária e terciária, tantos nos aspectos preventivos, curativos e de reabilitação. Concebido assim, o médico professor deve estar formado e comprometido com a prática médica generalista e integral.

Por sua vez, a bibliografia médica também é um fator que dificulta o exercício do generalismo e da medicina preventiva. A informação médica cresce e prolifera, tornando-se cada vez mais especializada e isolada do contexto curricular e educacional do educando, em detrimento da visão generalista requisitada. A maioria dos textos, ao alcance dos alunos, dedica cada vez mais espaço aos métodos diagnósticos e terapêuticos em detrimento dos temas propedêuticos, epidemiológicos, preventivos, comunitários e psicoterapêuticos. Além disso, chama a atenção a preferência dos educandos por livros estrangeiros como o "Current Medical Diagnostic & Treament", de origem estadunidense, em vez dos produzidos no Brasil como o "Atualização Terapêutica. Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento", mais próximo da realidade e problemática do país.

Rever, portanto, a formação médica face às mudanças de paradigma é repensar a inovação no sentido dado por VEIGA et al. (2000) quando destaca o caráter inovador das atividades de ensino, pesquisa e aprendizagem. Para essa autora, tais atividades são inovadoras quando permanecem em constante movimento, pois se desenvolvem ao longo da história, instigando e propiciando a descoberta, a auto-aprendizagem do aluno por meio da relação dialógica entre o mestre e o aprendiz. O princípio educativo é assegurado pela relação ensino pesquisa, de forma preferencialmente coletiva, de tal forma que as intencionalidades democráticas possam ser materializadas nas ininterruptas tensões do ensinar e aprender.

CAPÍTULO 5

O MÉDICO PROFESSOR E A FORMAÇÃO DO MÉDICO BEM FEITO, COMPETENTE E ÉTICO

> Ser professor implica lidar com outras pessoas (professores) que trabalham em organizações (escolas) com outras pessoas (alunos) para conseguir que essas pessoas aprendam algo (se eduquem).
> Floden e Buchmann.

Procura-se identificar e argumentar os conhecimentos, as condutas e os valores que devem orientar a missão social do médico professor, expressada em suas tarefas de formação (instrução e educação) e assistenciais (prevenção, alívio ou cura do sofrimento humano). Parte-se da premissa que a formação médica é complexa, contínua e multifatorial. Destes fatores, alguns estão mais ligados ao aluno e outros à instituição. Dentre os institucionais, o currículo, o conteúdo e o professor são os fundamentais. Procurar-se-á caracterizar os elementos que devem integrar o trabalho docente educativo do médico professor, além de analisar e discutir suas funções na formação do médico bem feito, competente e ético.

5.1 O médico professor e a formação do médico bem feito

O ensino inovador pretende resgatar o conhecimento do ser humano em sua totalidade e estabelece a necessidade de uma educação integral em que os temas instrutivos estejam inseridos nos temas éticos, humanos e sociais. Trata-se de transformar, acatando as implicações da leitura de MORIN (2001), o ensino acumulado, enciclopédico, estéril e isolado da realidade social, cabeça bem cheia, por uma instrução voltada ao fazer e ao saber viver, em que se valorize o

conhecimento científico e humanista que permita ao profissional refletir de forma aberta e livre na sua atividade. Além disso, deve procurar as ligações dos problemas, organizando-os e selecionando o conhecimento a ser aplicado no confronto e solução destes, dando ao saber um sentido prático e utilitário em função das necessidades sociais: cabeça bem feita.

MORIN (2001) nos instiga a refletir acerca das reformas do pensar e sobre a necessidade sócio-histórica de mudar a compreensão do pensar e do ensinar atendendo aos desafios da atualidade (Tabela 5. Vide pág. 62), mudanças que consideramos válidas para o ensino e prática médica. A metáfora, utilizada por Morin, de uma formação de cabeça bem cheia (computadores ambulantes) para a formação de uma cabeça bem-feita (cidadãos livres e participativos) é uma observação que deve ser considerada pelo médico professor na construção de sua identidade e atuação docente.

No ensino e prática médica, caberia a seguinte pergunta: como poderíamos materializar as reformas sugeridas por MORIN (2001) acerca do pensar e do ensino? A primeira resposta, sem dúvida, seria a de garantir uma formação e prática da medicina generalista, de forma que possamos vencer as tendências da especialização. Esta formação deveria fornecer uma concepção científica, humana, reflexiva e resolutiva aos educandos durante sua formação como premissa da competência profissional com que precisam sair das faculdades. Reforma que visa fornecer uma abordagem abrangente e integral ao futuro médico que lhe permita assistir o indivíduo como membro da sociedade. Além de entrelaçar a base genética, biológica, psicológica com os fatores ambientais como fonte de bem-estar ou de enfermidade. ENGEL (1977a), como partidário da abordagem integradora, defende um modo de atuar amplo, que vise incluir o psicossocial, porém, sem sacrificar as

vantagens da abordagem biomédica. O modelo psicossocial assim proposto seria válido para a investigação, a atenção e o ensino médico (ENGEL, 1997a. ENGEL, 1997b. ENGEL, 1980).

Como conseqüência das reformas educacionais, o médico professor deve garantir a formação de um médico generalista que atue sob os princípios da integração biopsicossocial do processo saúde-enfermidade em seus aspectos epidemiológicos, etiológicos, preventivos e terapêuticos, além de executar e ensinar ações médicas preventivas e de promoção à saúde, sem menosprezar os temas relacionados com o diagnóstico e a terapêutica. Procura-se, assim, que os formandos interiorizem a necessidade de promover a saúde em detrimento da visão eminentemente curativa, e a visão social da medicina em contraposição às correntes biologistas dominantes.

O médico professor, como líder na implementação das inovações, deve garantir a formação de um médico generalista com os saberes teóricos e práticos que lhe permita exercer sua profissão de forma solidária, ética e científica, facilitando a aquisição de padrões de convivência coletiva e de trabalho em equipe. Além disso, fará com que o estudante saia da faculdade com uma visão multidimensional e transdisciplinar do processo saúde-enfermidade, em que os temas do curso básico pré-clínico estejam interligados harmonicamente ao curso clínico, associando a Atenção Primária (promoção, prevenção, educação sanitária) à Atenção Secundária (vinculada mais à cura). Este egresso estaria em condições, para na pós-graduação, fazer uma especialidade generalista: médico de família ou internista para à Atenção Primária ou Secundária, respectivamente.

A pesar de que as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001), tenham implícita

esta concepção de formação generalista, uma pesquisa realizada com alunos da FMUSP, conclui: "o curso médico da Universidade de São Paulo tem deficiência na formação em atenção primária; essa deficiência pode ser uma das razões de um treinamento aparentemente limitado para atuar em equipe de saúde e do limitado conhecimento do sistema de saúde brasileiro" (VIEIRA et al, 2003. p. 102).

5.2 O médico professor e a formação do médico competente

O princípio da educação é predicar
com o exemplo.
Turgot.

RIOS (2001. p. 63-67) defende a idéia de que "o ensino competente é um ensino de boa qualidade", sugerindo, por um lado, que a boa qualidade é expressão da "conexão estreita entre as dimensões técnica, política, ética e estética da atividade docente" e por outro, que "o conceito de qualidade é totalizante, abrangente, multidimensional, social e historicamente determinado". E compreende a competência, entre suas múltiplas concepções, como um todo para indicar "capacidade, saber, habilidade, conjunto de habilidades e especificidade". No dizer de RIOS (2001b. p. 46), "falar de competência significa falar em saber fazer bem". Para SILVA (1999. p. 60), "competências são capacidades de natureza cognitiva, sócio-afetiva e psicomotora que se expressam, de forma articulada, em ações profissionais, influindo, de forma significativa, na obtenção de resultados distintivos de qualidade".

Para PERRENOUD (1999. p. 7), a competência é, "uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles" (Vide terminologias). Citando o caso do médico, o mesmo

autor afirma:

> Um bom médico consegue identificar e mobilizar conhecimentos científicos pertinentes no momento certo, em uma situação concreta que, evidentemente, não costuma apresentar-se como "um problema proposto em aula" para o qual bastaria encontrar a "página certa em um grande livro" e aplicar a solução preconizada. Que o clínico disponha de amplos conhecimentos (em física, em biologia, em anatomia, em patologia...) não é senão uma condição necessária de sua competência... As competências clínicas de um médico vão muito além de uma memorização precisa e de uma lembrança oportuna de teorias pertinentes... O médico é exigido a fazer relacionamento, interpretações, interpolações, inferências, invenções, em suma, complexas operações mentais cuja orquestração só pode construir-se ao vivo, em função tanto de seu saber e de sua perícia quanto de sua visão da situação (PERRENOUD, 1999. p. 8).

Nesta perspectiva, considera-se que um médico competente é aquele capacitado e motivado a oferecer uma atenção médica de qualidade, acatando as expectativas individuais e coletivas acerca dos cuidados médicos, com um alcance profissional científico, técnico e humano que inclua saberes curativos e preventivos, individuais e coletivos. Além de transitar da memorização estéril para uma eficiente, tomando consciência do controle e soluções dos problemas da saúde pública, contribuindo para o bem-estar da população. Tem-se reportado entre as competências que o médico egresso deve demonstrar: a compreensão e domínio da propedêutica; a capacidade reflexiva e compreensão ética e humanista da relação médico-paciente; a capacidade de comunicar-se adequadamente com os colegas, os pacientes e seus familiares; habilidade de atuar como educador; promover sua preparação e educação constante (VENTURELLI, 2000. ADRIANA, 2001).

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina as competências a serem alcançadas são:

> **Art. 4º - A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: I. Atenção à saúde**: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito

profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo; **II. Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas; **III. Comunicação**: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação; **IV. Liderança**: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; **V. Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; **VI. Educação permanente**: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja beneficio mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/ profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÂO, 2001).

Art. 5º - A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: I. Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; II. Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário; III. Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares; IV. Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação; V. Realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico; VI. Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocioambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução; VII. Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica; VIII. Reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de

> problemas que fujam ao alcance da sua formação geral; IX. Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos; X. Exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas; XI. Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção; XII. Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e continuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; XIII. Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte; XIV. Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico; XV. Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos; XVI. Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde; XVII. Atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência; XVIII. Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico; XIX. Considerar a relação custo-beneficio nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população; XX. Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde; XXI. Atuar em equipe multiprofissional; XXII. Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÂO, 2001).

Com base nesses critérios e na experiência do dia-a-dia, foi proposto um conjunto de características do médico competente, que apresentamos na Tabela 7.

TABELA 9 - ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO COMPETENTE

REFERENTES AO DIAGNÓSTICO:

- Estabelecer uma boa relação médico-paciente.
- Saber guiar e escutar a anamnese.
- Utilizar corretamente o método clínico.
- Aplicar os conhecimentos com arte.
- Solicitar só os exames necessários.
- Conhecer bem as doenças mais freqüentes.
- Consultar outro colega quando necessário.
- Evitar a segurança ou insegurança extrema que impeça a tomada de decisões.

REFERENTES AO TRATAMENTO:

- Saber comunicar-se e orientar; ser explícito com o paciente e a família.
- Transferir segurança.
- Conhecer bem os remédios que utiliza.
- Evitar a medicação desnecessária.
- Indicar os remédios que o paciente possa adquirir ou comprar.
- Aplicar os princípios da psicoterapia.
- Analisar vantagem-desvantagem e custo-benefício das condutas terapêuticas.

REFERENTES AO SEU COMPORTAMENTO E CAPACIDADES:

- Deixar seus problemas na entrada do Hospital ou Consultório.
- Estar atualizado, habilitado e motivado em oferecer uma atenção de qualidade.
- Dominar a computação e os sistemas automatizados de informação.
- Participar ativamente na prevenção e solução dos problemas de saúde individual e coletiva.
- Não discriminar os doentes.
- Ser humano, ético e profissional.
- Não dividir o paciente por especialidades.
- Evitar a pressa desnecessária.
- Aprender com os erros, porém evitá-los a todo custo.
- Não ficar com dúvidas. A dúvida de hoje é a dificuldade de amanhã.
- Cumprir eficientemente suas funções assistenciais e educativas.
- Conhecer seus limites e tentar superá-los.
- Cumprir os preceitos da crítica, da auto-avaliação e autopreparação continuada.

Para desenvolver tais características no processo de formação médica, o médico professor deve:

1. Contribuir na elaboração dos currículos, na seleção dos conteúdos e dos temas que devem estar subordinados aos problemas de saúde pública do país, da comunidade e do indivíduo que serão alvo do egresso.
2. Cumprir de forma eficiente os programas educacionais e assistenciais.
3. Proporcionar o desenvolvimento acadêmico, assistencial e investigativo do estudante, para que contextualize, generalize e integre os conhecimentos médicos.
4. Administrar a progressão da aprendizagem.
5. Enfatizar a utilização da análise e da síntese como elementos chaves para o diagnóstico e orientação terapêutica.
6. Favorecer o julgamento clínico fazendo o devido uso do raciocínio e da memória.
7. Reconhecer e estimular o trabalho dos alunos que se destacam e ajudar aqueles atrasados, administrando a heterogeneidade estudantil.
8. Valorizar e supervisar a educação no trabalho (estudo-trabalho em serviço) sem menosprezar a aprendizagem teórica.
9. Garantir uma visão integral e geral da medicina.
10. Ensinar e praticar tanto as ações preventivas como as curativas.
11. Valorizar a formação de hábitos e habilidades de boa qualidade para o exercício da relação médico paciente e as técnicas específicas do trabalho médico.
12. Favorecer a criatividade e a capacidade para enfrentar as exigências e as incertezas da profissão médica.

13. Exercer sua dupla tarefa docente e assistencial embasado em princípios éticos.
14. Semear o espírito de dedicação médica pelo paciente e comunidade, assim como pelo trabalho coletivo e colegiado.
15. Desenvolver um sistema avaliativo complexo que avalie conhecimentos e competências em lugar da reprodução estéril e afastada da realidade da profissão.

Trata-se, no dizer de VENTURELLI (2000. p. 3), "não formar profissionais para passar em provas, mas para exercer sua profissão com um bom conhecimento teórico, usando as competências correspondentes, usando desde o inicio um alto sentido crítico que leva a um bom raciocínio clínico".

O médico professor cultivará a competência em seus alunos, suscitando-lhes o desejo pela formação continuada, de forma que o médico recém-formado possa fazê-la progredir no decorrer de sua prática profissional individual e coletiva. Consiste em preparar o aluno para usar o conhecimento no seu dia-a-dia. Em tal sentido, resulta inquestionável o papel do exemplo do médico professor para que o aluno adquira os padrões de conduta médica de qualidade. Trata-se de fazer além de dizer, como condição necessária na construção e socialização do conhecimento.

Por outro lado, é missão do médico professor contribuir para a superação da crise de valores em que vivemos. Crise caracterizada por NOGUEIRA (2001. p. 13-22), "como uma visão objetiva, global e apolítica do mundo, cada vez mais ensimesmado na tecnologia, na produtividade, na informação, no individualismo, no mercantilismo e no consumismo". O médico professor tem que responder às demandas da educação democrática, promovendo a participação e mobilização ativa dos educandos no processo docente/assistencial, fornecendo ao educando

sentimentos solidários diante dos problemas de saúde do povo e diante das dificuldades materiais e espirituais que enfrentarão. Por isso a necessidade de que o médico professor propicie um aprendizado crítico e reflexivo que facilite a própria reconstrução do conhecimento, permitindo ao egresso sua integração plena no seio da sociedade em que se desenvolverá (médicos livres e participativos).

Em outra ordem de idéias, a sociedade-rede representa uma técnica de valor inquestionável para qualquer atividade profissional considerada competente na atualidade, por isso é importante sua utilização pelo médico professor. Considera-se que na formação do médico competente é necessário ensinar as técnicas de informação e de processamento de dados como instrumento para seu aperfeiçoamento, facilitar sua comunicação à distância com pacientes e colegas, assim como para executar e informatizar suas tarefas de gerenciamento e de pesquisa.

5.3 O médico professor e a formação do médico ético

Ensinar exige estética e ética.
Paulo Freire.

Apesar do tecnicismo desmedido da medicina científica decorrente do Relatório Flexner em 1910 (FLEXNER, 1910), na última década, no Brasil, se constata uma maior preocupação no ensino da ética, porém, ainda insuficiente, segundo os resultados da pesquisa de MUÑOZ e MUÑOZ (2003. p. 114-124). Este estudo, que abrangeu as 103 faculdades de Medicina existentes no Brasil no ano de 2001, conclui que:

Na última década, houve a introdução da Bioética em um número significativo de faculdades

> de Medicina e nota-se uma propensão de mudança na filosofia do ensino de ética, que se reflete no conteúdo programático. Verifica-se também uma acentuada tendência (23.5% das escolas) de se lecionar ética em mais de um período letivo. Entretanto, na maioria das faculdades, apesar de se observar um discreto aumento da carga horária para o aluno e do número de docentes, estes dados são insignificantes quando comparados aos de outras disciplinas consideradas importantes (MUÑOZ e MUÑOZ, 2003. p. 123).

Daí a importância do ensino da ética para o médico professor. Para abordar e analisar este tema, parte-se do questionamento colocado por CARVALHO (2002) quando indaga se a ética e a cidadania podem ser ensinadas. Compreende-se que três conceitos inseparáveis estão envolvidos nesta questão: educação; ensino; aprendizagem. A educação revela os métodos pelos quais uma sociedade perpetua seus conhecimentos, cultura e valores. O ensino é considerado como uma apresentação sistemática de fatos, idéias, habilidades e técnicas aos estudantes. A aprendizagem denota a aquisição de saberes, habilidades, hábitos e condutas, assim como a aplicação deste conhecimento teórico e prático.

Se a virtude, os valores e os princípios são obtidos através da educação, podemos inferir que a ética, em seu sentido totalitário, não tem cabimento ser ensinada na escola como uma matéria isolada no espaço/tempo determinado do ensino disciplinar. CARVALHO (2002. p. 6-8) nos sugere que a virtude, a moral e a ética se aprendem em inúmeros espaços de forma longitudinal e ao longo de nossas vidas. PIERANTONI e RIBEIRO (2001. p. 186) ao se referirem à ética, destacam: "há um reconhecimento tácito de que a formação médica deve proporcionar uma base muito mais sólida de reflexão sobre os princípios e valores, sobre as condições que geram iniqüidade no acesso aos serviços e que, certamente, repousa num campo de conhecimentos que transcende as disciplinas biomédicas". Estas idéias não significam renunciar à instrução da ética e da cidadania no ensino superior, formando parte de uma matéria transversal ou integrando-se às disciplinas

curriculares.

O médico professor, como membro de uma instituição de ensino superior, mais que instruir, tem que educar, entendendo-se aqui a educação no sentido amplo da palavra. Quando se fala de educar, não se refere aos sermões típicos da educação tradicional, senão o contrário, que o professor eduque através de sua conduta exemplar, além do dialogo e da discussão na execução de suas atividades com os alunos e com os pacientes. Este tipo de ensino - formador versus transmissor - obviamente exige do médico professor conhecimentos, capacidades e habilidades, além de vocação e vontade para exercer seu desempenho e comportamento. Compreendida assim a formação médica ética, não há dúvida que ensinar ao aluno a respeitar e chamar o paciente pelo seu nome é tão importante como ensinar o artifício da entrevista médica.

Nada mais eloqüente do que as palavras de HANNAH ao referir-se à ação e responsabilidade educativas do professor:

> Essa responsabilidade não é imposta arbitrariamente aos educadores; ela está implícita no fato de que os jovens são introduzidos por adultos em um mundo em contínua mudança. Qualquer pessoa que se recuse a assumir a responsabilidade coletiva pelo mundo não deveria ter crianças, e é preciso proibi-la de tomar parte em sua educação (HANNAH, 1978. p. 239).

Concebida assim, a atitude do médico professor é compreendida como uma via para ensinar o comportamento moral e ético que caracteriza o exercício da medicina, como parte de uma aprendizagem ativa e não como uma imitação pueril dos educandos. Vale destacar a capacidade que os alunos têm de aprenderem imitando, destacando-se uma vez mais a importância da atitude e atuação do médico professor na formação dos valores éticos. Entretanto, a aprendizagem não é uma simples imitação ou cópia, é algo mais complexo e ativo, pois está permeada

de valores culturais construídos socialmente, que vai além da simples imitação. A relevância do papel de exemplo do médico professor na abordagem dos pacientes tem sido destacada. FERREIRA (2003), ao referir-se à dependência psicológica dos alunos na figura do professor conclui: "em quem procuram um referencial para suas ações, pois ainda estão em amadurecimento". GONÇALVES, quando cita o relacionamento do médico professor com os doentes e os colegas, comenta:

> "...o comportamento deverá basear-se essencialmente em valores éticos e morais a serem buscados, aprofundados e vivenciados. Tais valores serão intereriorizados na personalidade do aluno, a partir do padrão de relacionamento que com ele desenvolver seu professor, vem como com o relacionamento do professor diante do doente, num contato que é presenciado pelo aluno. Não é possível esquecer: pelo exemplo se ensina, mas também pelo exemplo se desensina" (GONÇALVES, 1998. p. 11).

As considerações anteriores ressaltam a importância da epígrafe que dá inicio ao texto de CARVALHO, em que se destaca o valor da ação sobre o dizer:

> Reparai: (...) entre o semeador e o que semeia há muita diferença: (...) o semeador e o pregador é o nome; o que semeia e o que prega é a ação; e as ações são as que dão o ser ao pregador. Ter o nome de pregador ou ser pregador de nome, não importa nada; as ações, a vida, o exemplo, as obras, são as que convertem o mundo. (...) hoje pregam-se palavras e pensamentos, antigamente pregavam-se palavras e obras. Palavras sem obras são tiros sem balas; atroam, mas não ferem. O pregar que é falar, faz-se com a boca; o pregar que é semear faz-se com a mão. Para falar ao vento bastam palavras; para falar ao coração, são necessárias obras (Pe. Antônio Vieira. Citado em CARVALHO, 2002. p. 1).

SAVATER (1996. p. 119) assinala, '"que a convivência entre seres humanos impõe a necessidade de normas para poder viver humanamente". Concepção que o leva à seguinte conclusão, "o que interessa à ética, o que constitui sua especialidade, é como viver bem a vida humana, a vida que transcorre entre humanos". Para WILLIAM (1998. p. 130), "a necessidade de liberdade é, contudo, fundamental para o exercício ético; não se pode abrir mão da liberdade e não se

deve fugir à responsabilidade de exercê-la e, sobretudo, de sempre exigi-la. Entretanto, a democracia só é dada através da ordem dos princípios e dos valores morais e éticos. Pode-se ter uma compreensão sobre determinadas idéias ou procedimentos médicos que talvez não sejam compartilhadas pelos colegas, ou vice-versa, como por exemplo, a prática ou não da eutanásia. Desta disparidade, de concepções e de condutas, surge a necessidade de um código, que no caso da medicina, é chamado de Código de Ética Médica. Código que o médico professor deverá, não só ensinar e discutir com seus alunos, como também aplicar fielmente durante a realização de suas atividades. Esta aparente disparidade entre a liberdade e a necessidade de um código de ética é comentada por WILLIAM:

> Como já assinalado, se a ética pressupõe a existência de liberdade (liberdade de opção) parece, até certo ponto, incoerente falar-se em Código de Ética, uma vez que o vocábulo "código" indica coleção de leis, normas, ou preceitos estabelecidos e que devem ser cumpridos. Por outro lado, convém ressaltar o óbvio - as disposições contidas nos códigos são parecidas (e são resultado ou conseqüências) de discussões éticas. Em outras palavras, tais disposições se fundamentam na ética, do mesmo modo que a ética precede e justifica as leis (WILLIAM, 1998. p. 133).

Como parte da convivência entre humanos, o médico professor deve fomentar no educando o valor da racionalidade, da discussão, da análise e da linguagem como ferramentas imprescindíveis de sua relação com o paciente, comunidade, colegas e equipe de trabalho. Nesta perspectiva, o comportamento ético médico depende da formação do médico bem feito e competente. Estes elementos, junto à vontade de exercer a profissão com qualidade, com dignidade e com amor, são fundamentais na conduta ética que merece a população, que deposita no médico o mais valioso de sua existência, sua própria vida.

CAPÍTULO 6

A PROFISSIONALIZAÇÃO DO MÉDICO PROFESSOR: UMA NECESSIDADE E UMA PROPOSTA

> O ofício de ensinar não é para aventureiros, é para profissionais, homens e mulheres que, além dos conhecimentos na área dos conteúdos específicos e da educação, assumem a construção da liberdade e da cidadania do outro, como condição mesma de realização de sua própria liberdade e cidadania.
> Ildeu Moreira Coelho.

Cabe às universidades a responsabilidade de formar cidadãos e profissionais críticos e competentes (SOBRINHO, 1998). As instituições de educação superior têm vários caminhos para alcançar esses objetivos, aparentemente implícitos em suas funções. O professor universitário ocupa um lugar de destaque na construção desta tarefa.

O processo docente educativo, com suas mudanças constantes e desafiadoras, exige do professor um cuidadoso investimento em suas atividades de formação. Para GARCIA (1999), o desempenho do professor não pode vincular-se apenas ao domínio e à transmissão dos conteúdos de sua disciplina, devendo estender-se à gestão do processo educativo, à preparação do aprender a aprender. Além disso, a concorrência do mercado de trabalho impõe a necessidade de formar profissionais cada vez mais competentes, meta que recai sobre as instituições de ensino superior e sobre os professores. Daí a importância dos programas formativos do professor para prepará-los a ensinar bem.

SCHWARTZMAN e BALBACHEVSKY em relação à produção da profissão acadêmica, afirmam:

> A idéia de uma profissão acadêmica é relativamente nova e decorre do surgimento das modernas universidades de massa, com seus milhares de professores que fazem do trabalho universitário sua identidade mais central... Na universidade brasileira, até recentemente, os professores se identificavam com suas profissões de origem – médicos, advogados, engenheiros, arquitetos - e o título de professor significa sobretudo um galardão adicional a uma carreira profissional bem sucedida. Esta identidade profissional dos professores universitários contrastava com a dos professores do ensino secundário e básico, cuja eventual identidade disciplinar (professor de geografia, português, historia, matemática) perdia importância em relação ao trabalho de ensinar e ao tipo de vinculo profissional que ele representava (SCHWARTZMAN e BALBACHEVSKY, 1993. p. 4).

Nessa mesma direção, outros autores têm destacado o crescimento das atividades acadêmicas voltadas ao desenvolvimento profissional dos docentes do ensino superior. Para PIMENTA et al:

> A crescente preocupação com a docência no Ensino Superior tem proporcionado um aumento nos estudos sobre o tema da formação do desenvolvimento profissional de seus professores, para além de um saber meramente teórico-disciplinar... A preocupação com a formação do desenvolvimento profissional de professores universitários e com a inovação didática cresce nos meios educativos, o que se atesta pelo aumento progressivo de congressos, reuniões, atividades e seminários relacionados com o tema (PIMENTA et al, 2002. p. 208-213)

A formação do médico professor tem suas peculiaridades, pois a relação professor-aluno é dada, em sua maior parte, na relação com o paciente, o que faz incluir no processo docente os aspectos assistenciais, justificando um cuidado maior nas dimensões éticas e humanas da formação docente. SILVA (1982. p. 7-8) depara que "ao professor de medicina é exigido um duplo esforço, de um lado pelos pacientes, que deles esperam apurados conhecimentos técnico-científicos e, de outro lado, requerido como professor, de quem se exige ampla bagagem de conceitos e conhecimentos, além de atitude criativa para tornar conseqüente a relação docente/aluno". BATISTA e BATISTA (2002. p. 195), ao se referirem à atividade do médico professor, assinalam, "não bastará o domínio do conhecimento

e da técnica na conformação do perfil do profissional". Esta singularidade do ensino, na escola médica, tem sido comentada por PIERANTONI e RIBEIRO (2001. p. 191): "além da questão do conhecimento puramente teórico, estamos diante da presença de uma prática médica que é, ela mesma, cenário e objeto de conhecimento, e que comporta também múltiplas dimensões - técnicas, políticas e ideológicas - que se definem socialmente".

Concebida assim, a formação do médico professor precisa estar em função das necessidades assistenciais, além de considerar as inovações do ensino superior e médico. Desta maneira, considera-se inseparável o processo de formação do docente médico do processo saúde-doença, em que está inserido o paciente, a família, a comunidade, a sociedade.

6.1 Por que a formação do médico professor é necessária?

> O ensino deveria ser assim: quem o recebe o recolhe como um dom inestimável, mas nunca como uma obrigação penosa.
> Albert Einstein.

A preparação do professor do ensino superior não significa apenas uma formação instrumental ou técnica, mas também uma reflexão crítica da práxis docente futura em que o professor vai desenvolver suas funções. Esta formação deve incorporar de forma abrangente e integral os conteúdos das disciplinas específicas e os relacionados com a pedagogia, a didática, a política e a pesquisa. Para isso, as faculdades deveriam incluir a formação do professor em seus programas de desenvolvimento e aperfeiçoamento como uma função prioritária, intencionada e planejada desde os primeiros anos da graduação, dando continuidade na pós-graduação e cursos de formação docente.

No ensino superior, tal como acontece no ensino médico, a necessidade de um maior número de profissionais justifica o investimento das universidades nos projetos de formação do profissional/professor com o propósito de garantir sua qualificação para o cumprimento de sua responsabilidade social (SOBRINHO, 1998. RIOS e OTERO, 1987). MARCEL (1967. p. 71-72), destacado filósofo francês, declarou... "Provavelmente, do que o mundo mais precisa hoje em dia é de educadores". E GARCIA (1999. p. 11) nos diz, "contudo, apesar das contínuas e crescentes exigências de progresso e expansão da formação, é notória a falta de um quadro teórico e conceptual que ajude a clarificar e a ordenar esta área de conhecimento, investigação e prática".

Em contrapartida a esta dupla demanda, por um maior número de profissionais e de docentes, os professores universitários das disciplinas não-pedagógicas subestimam o conhecimento e a prática pedagógica proposta para o ensino superior, valorizando mais os saberes próprios de sua prática profissional. BATISTA e BATISTA (2002. p. 186) comentam em seu texto, em relação ao desenvolvimento do conhecimento científico-técnico, "o papel do professor universitário não pode vincular-se apenas ao domínio e à transmissão dos conteúdos de sua disciplina". Neste sentido, tem-se a impressão de que o médico professor subvaloriza o saber pedagógico, ao relegar a um plano inferior as concepções metodológicas para o ensino, situação já comentada por outros autores (RIOS e OTERO, 1987. MACHADO, 1998. BATISTA e BATISTA, 2002).

Tal é assim, que MARCONDES e GONÇALVES (1998. p. 1) comentam, "não deixa de ser uma coisa curiosa o distanciamento de ser Professor de Medicina e o interessar-se por Educação Médica. Seriam duas profissões diferentes?". Na pesquisa da CINAEM (1997), de um universo de 4.193 professores médicos

entrevistados, verificou-se que 31% possuem mestrado, 20% título de doutor e apenas 7% eram especialistas em educação, cifras que corroboram a necessidade de formação docente do médico professor. FERREIRA et al (2002. p. 181) constatam na sua pesquisa a pouca leitura de artigos e uma baixa expectativa sobre Educação Médica entre os docentes. Por sua vez, BATISTA e SILVA (1998. p. 33) assinalam que: "A questão do preparo do professor de Medicina no que se refere aos aspectos propriamente pedagógicos da ação docente não tem, geralmente, merecido atenção". E mais adiante dizem, "O professor não se sente particularmente motivado para envolver-se com projetos pedagógicos que visem à melhoria do processo ensino-aprendizagem e pode, até mesmo, apresentar resistência, por desacreditar ou perceber que 'desvios' de suas atividades de pesquisa para aumentar suas atividades de ensino possam representar prejuízo para sua carreira acadêmica" (BATISTA e SILVA, 1998. p. 33).

Talvez esta situação, de menosprezo pela formação pedagógica do docente médico, encontre sua fundamentação no documento normativo do Ministério de Educação e Cultura para a criação de novos cursos de medicina em que não está incluída a formação didático-pedagógica do médico professor, pois só se exige a especialização, mestrado ou doutorado das disciplinas em questão (MEC, 1998).

É interessante destacar uma mudança nos últimos tempos desta visão por parte do médico professor. Uma recente Dissertação de Mestrado sobre a formação docente do médico revelou que "os professores percebem a existência de outros conhecimentos, saberes docentes, além da atualização constante em sua área de atuação, percebem a necessidade dos conhecimentos disciplinares desde a preparação das primeiras aulas", além de que os professores, "acreditam na formação para a docência como uma necessidade de educação continuada, e que

essa formação acontece também no exercício da prática, quando os saberes disciplinares se articulam com os demais saberes docentes: experenciais, didático-curriculares, atitudinais e crítico contextual" (TAMOSAUSKAS, 2003. p. 160). FERREIRA et al (2002. p. 181) reportam que os professores manifestaram desejos de melhor capacitação na área de avaliação, dinâmica de grupos e ensino de habilidades e atitudes.

Para NÓVOA (1992. p. 9), "não há ensino de qualidade, nem reforma educativa, sem uma adequada formação de professores". Visto assim, defende-se que a formação singular, criticada por BATISTA e BATISTA (2002. p. 185), dos professores dos cursos de medicina ou psicologia que se tornam docentes apenas pela sua trajetória, por suas atividades de coordenação acadêmica e sem uma formação específica para essa função, seja inadmissível.

De igual modo, outros autores concordam na relevância de estabelecer uma capacitação docente de forma permanente para que as inovações do ensino possam ser consolidadas, que o saber ensinar é tão importante quanto o domínio das áreas de conhecimento dos docentes de medicina e que o desafio de formar o médico professor figura como nuclear no processo de transformação da escola médica brasileira (DES MARCHAIS, 1993. BATISTA e SILVA, 1998. BATISTA e SILVA, 1999. JONES et al, 2000. MURRAY e SAVIN-BADEN, 2000).

No debate entre os pólos das atividades profissionais e as atividades de ensino exercidas pelos professores universitários, considera-se que o melhor é manter uma posição dialética. Partindo do raciocínio de que o professor deve saber aquilo que irá ensinar e a metodologia para construir as condições ótimas para o ensino, atendendo às inovações do ensino superior (Vide Capítulo 4). Para GRIGOLI (1990), o docente deve ter domínio do conteúdo da disciplina que leciona e dos

aspectos didático-pedagógicos. Para MARCONDES e GONÇALVES (1998. p. 1), "o Professor de Medicina pode ser um experiente profissional médico capaz de transmitir coisas importantes aos seus alunos, seja em sala de aula, seja no contato com os pacientes. Porém, a educação médica, como ciência, é muito mais que ministrar aulas". Segundo TARDIF (1991. p. 221), "o professor (a) padrão é alguém que deve conhecer sua matéria, sua disciplina e o programa, que deve possuir certos conhecimentos das ciências da educação e da pedagogia, sem deixar de desenvolver um saber prático fundado em sua experiência cotidiana com os alunos". No caso do médico professor, essas idéias são importantes, pois se consideram inseparáveis e complementares segundo o grau de coerência existente entre as mudanças do ensino superior e do ensino médico.

A formação do professor, mesmo centrada no grande comprometimento pessoal do orientando, não é uma atividade autônoma nem espontânea. Segundo DEBESSE (citado em GARCIA, 1999. p. 19) a formação depende de: autoformação, em que o orientando tem total controle do processo; heteroformação, estruturada a partir de fora por especialistas e sem comprometer a individualidade do orientando; interformação, expressada na interação entre os professores e a equipe.

Neste contexto, a formação não significa a produção de um produto acabado ou o domínio absoluto dos saberes do mestre pelo formando. Porém, significa preparar esse profissional para seu desempenho e facilitar seu posterior desenvolvimento. BATISTA e BATISTA (2002. p. 187) afirmam que, "como em qualquer área da ação humana, formar-se não significa atingir um estado de absoluto domínio em um dado campo do conhecimento; aliás, todo e qualquer processo de formação deixa uma zona de lacuna, de não preenchimento, do vir-a-ser, que constitui o motor do desenvolvimento das práticas humanas".

O professor como sujeito epistêmico, nesta gestão de formação, é um ativo participante do processo, construindo e reconstruindo seu conhecimento, além de constituir-se em sujeito de sua prática através do diálogo e da avaliação democrática (ABRAMOWICZ, 2002). Daí o valor de sua criatividade, vontade de superação e de sobrepor-se aos inúmeros obstáculos na própria construção, cultivando seus saberes conforme as necessidades surgidas em sua experiência formativa e profissional. No dizer de NUNES (2001. p. 27), "dessa forma, resgata a importância de se considerar o professor em sua própria formação, num processo de autoformação, de reelaboração dos saberes iniciais em confronto com sua prática vivenciada".

A questão que se coloca a continuação neste capítulo seria como sistematizar essas idéias na formação do médico professor, ou seja, como profissionalizar o médico para ensinar. Para responder a esta questão, toma-se como referência a formação do médico professor em Cuba, opção considerada prudente pelos resultados da Escola Médica Cubana e por ser a fundamentação de minha experiência como médico docente. Logicamente, não se pretende reproduzir o modelo cubano no Brasil. Trata-se de mostrar essa práxis à luz do trabalho docente assistencial experimentado no Brasil. Além disso, a experiência cubana de formação do médico professor, aqui apresentada, está entrelaçada e argumentada a partir das idéias de autores, principalmente brasileiros, trabalhados nesta dissertação.

O objetivo deste tópico é apresentar pontos norteadores a serem considerados criticamente atendendo à realidade do Brasil, que no campo da Educação Médica tem êxitos indiscutíveis. Êxitos que estão sustentados pelos respeitados órgãos como o Centro de Desenvolvimento de Educação Médica

(CEDEM) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), a Universidade Estadual de Londrina (UEL), a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e sua Revista de Educação Médica, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), o Fórum Permanente de Educação e Saúde (a ABEM, a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina, a Federação Nacional dos Médicos, a Confederação Médica Brasileira e a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina), o Conselho Nacional de Saúde, entre outros.

Então, a proposta não tem pretensões prescritivas ou normativas a serem desenvolvidas como uma fórmula magistral, a não ser, descrever, analisar e refletir sobre uma prática de vida docente, como já foi assinalada. Além disso, é mister destacar que a realidade brasileira, em particular a referente ao campo da atenção e formação médica, neste momento de minha vida, faz parte de meus compromissos como cidadão perante a sociedade brasileira.

Não se trata, efetivamente, de protocolar uma formação, tão complexa e contraditória, que ainda está em fase de construção, e que segundo se tem apreciado, tem mais detratores que defensores. Tal é assim, que a pesquisa da CINAEM aponta a atividade docente como uma atividade secundária à prática médica, observação que se reforça quando o próprio estudo reporta que, "para a grande maioria dos entrevistados, a docência constituiu-se como atividade complementar à profissão médica" (CINAEM, 1977b:17-31).

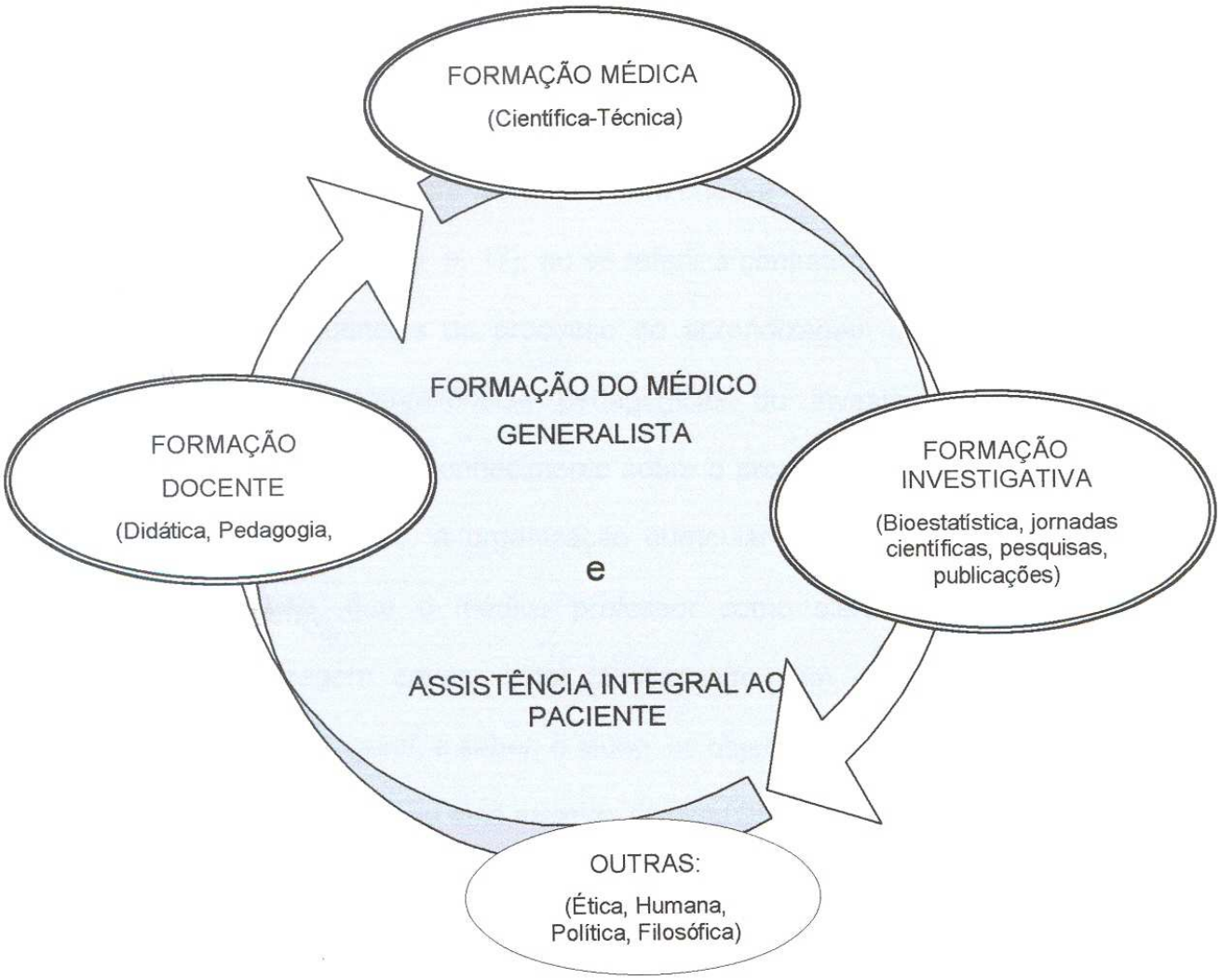
Parte-se do pressuposto, de que o médico professor representa um par dialético inseparável que toma vida no cumprimento de suas atividades assistenciais e docentes, pressuposto fundamental na construção da proposta.

6.2 Proposta para a profissionalização docente do médico professor

> Desejaria que houvesse o cuidado de lhe escolher [à criança] um condutor [preceptor] que antes tivesse a cabeça bem feita do que muito cheia.
> Michel de Montaigne

A formação do médico professor em Cuba segue uma trajetória histórica que vai desde o Aluno Ajudante até o Professor Titular, passando pelas categorias intermediárias de Instrutor não Graduado, Instrutor, Professor Assistente e Professor Auxiliar. Para cada uma das categorias existe uma série de critérios para sua nomeação: a) Vocação, voluntariedade e vontade para educar e instruir; b) Superação acadêmica, assistencial, investigava e pedagógica; c) Responsabilidade e dedicação profissional e professoral; d) Características morais, éticas e políticas; e) Avaliação integral continuada do colegiado de professores e do coletivo de aluno; f) Pirâmide numérica proporcional professor/aluno; g) Tempo de desempenho no nível anterior; h) Exercício docente, currículo e cursos básicos como de bioestatística, filosofia, computação, pedagogia e idiomas. Esta concepção formativa é movimentada com base nas dimensões que giram em torno da formação do médico generalista e da atenção integral do paciente (Figura 3).

FIGURA 3 - DIMENSÕES DA FORMAÇÃO DO MÉDICO PROFESSOR



O propósito desta gestão é enriquecer os saberes do futuro médico professor na graduação e na pós-graduação, através da instrução pedagógica, didática e de pesquisa, além da preparação biomédica, ética e política, entre outras. Em contrapartida, no Brasil, segundo BATISTA e SILVA (1998. p. 33) a situação é outra, pois reportam que "diferentemente de outras áreas, especialmente das ciências humanas, a graduação e a especialização do médico não têm como objetivo a formação de um professor".

Para FRANCO (2001. p. 133), "A formação pedagógica e a pesquisa fornecem uma dimensão crítica e técnica que as tornam únicas e imprescindíveis,

forjando a identidade do professor como partícipe crítico da comunidade do conhecimento". No dizer de PIMENTA (1997), dispor do conhecimento pedagógico que permita ao professor realizar uma autêntica análise crítica da cultura pedagógica, assim como saber se debruçar sobre as dificuldades que encontre no seu trabalho e poder superá-las de maneira criativa.

MASETTO (1998. p. 17), ao se referir à contratação do corpo docente como uma das conseqüências do processo de aprendizagem descreve, "selecionando professores com competências pedagógicas ou investindo na sua formação pedagógica, procurando conhecimento sobre o processo de aprendizagem, sobre a relação professor-aluno, a organização curricular e a tecnologia a ser usada na aula". Estima-se, que o médico professor como elemento-chave do processo ensino/aprendizagem deverá estar familiarizado com os demais elementos que integram a didática geral, a saber: o aluno, os objetivos, o conteúdo, a metodologia e o meio em que o processo está inserido (TAPAJÓS, 1998. p. 69-94).

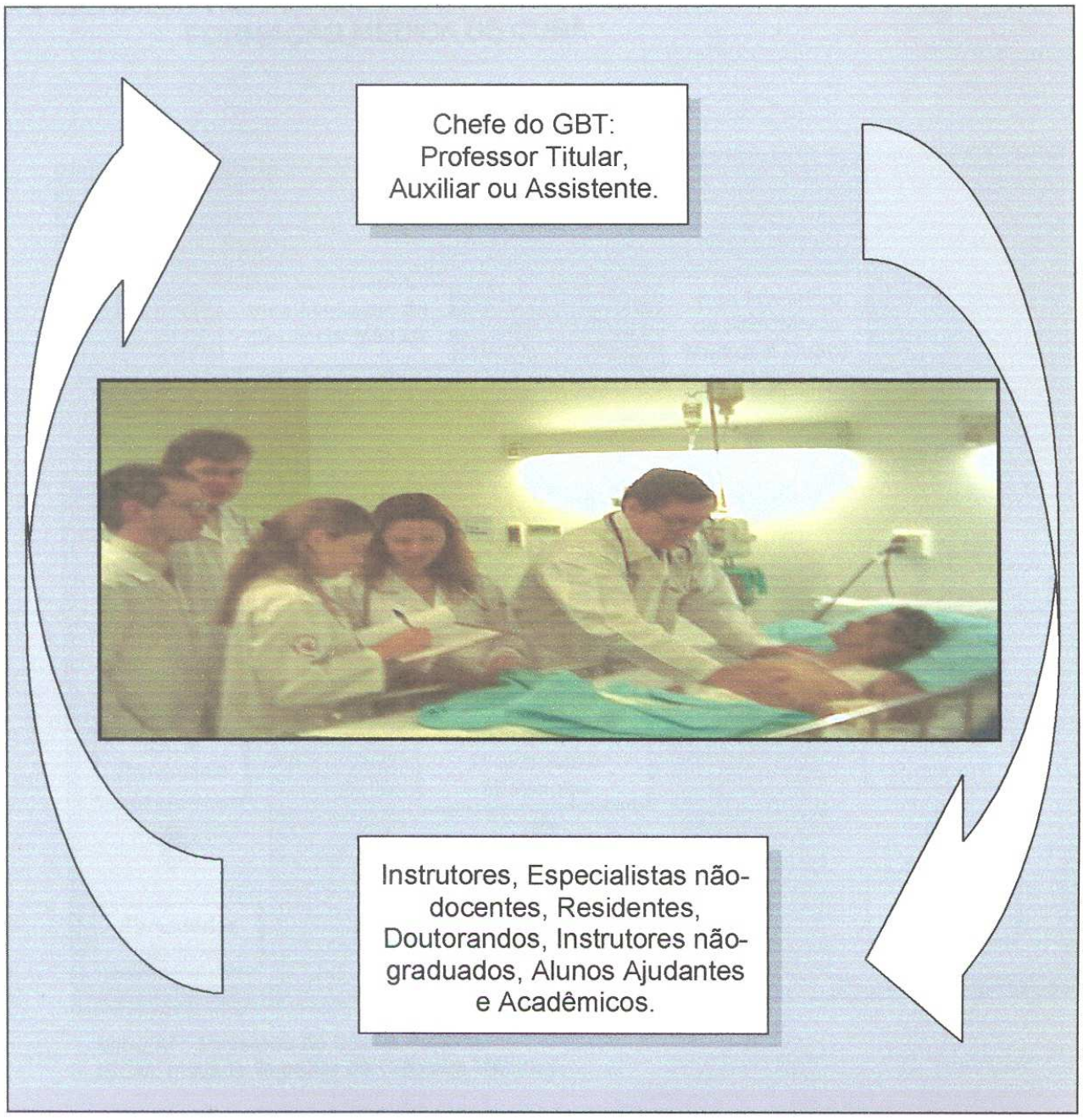
A pesquisa procura despertar o interesse científico como via para solucionar os problemas da saúde e da educação médica, além de facilitar a formação do raciocínio e o esclarecimento do saber. Permite, ainda, desenvolver a autonomia e a capacidade de reflexão, vincula o processo educativo com a atividade investigativa e cria situações de aprendizagem interativos, participativos e em equipe (PIMENTA, 2002). Esta formação alcança, ao menos teoricamente, a dimensão do bom professor de medicina assinalado por BATISTA, "que pensa, organiza e delineia uma intervenção pedagógica atenta à complexa rede de dimensões que permeia sua função social" (BATISTA, 1997. p. 137).

Trata-se de formar o professor, simultaneamente com a formação do médico, e em contato direto com o processo docente/assistencial, de forma que as

atividades profissionais e professorais se complementem desde as primeiras fases da graduação. Como exemplo, quando o aluno ajudante participa, sob a orientação e supervisão de seu tutor, no ensino dos alunos de períodos inferiores ou quando presta ajuda no esclarecimento de dúvidas.

O processo de formação do professor do curso clínico é dado, fundamentalmente, na atividade do Grupo Básico de Trabalho, em que a pirâmide de trabalho docente/assistencial dos Hospitais e das Unidades de Saúde permite a transmissão e aquisição dos saberes profissionais e professorais por parte dos membros do grupo, favorecendo-se também um atendimento médico de qualidade e em equipe (Figura 4). Desta forma, logra-se uma organização de trabalho docente/assistencial coletiva e baseada na prática diária, o que facilita a troca de conhecimentos durante o processo de ação-reflexão-ação. O processo de profissionalização docente é consciente na elaboração e intenção de seus propósitos, porém, a aparente ausência de espontaneidade, não exclui a criatividade individual ou coletiva.

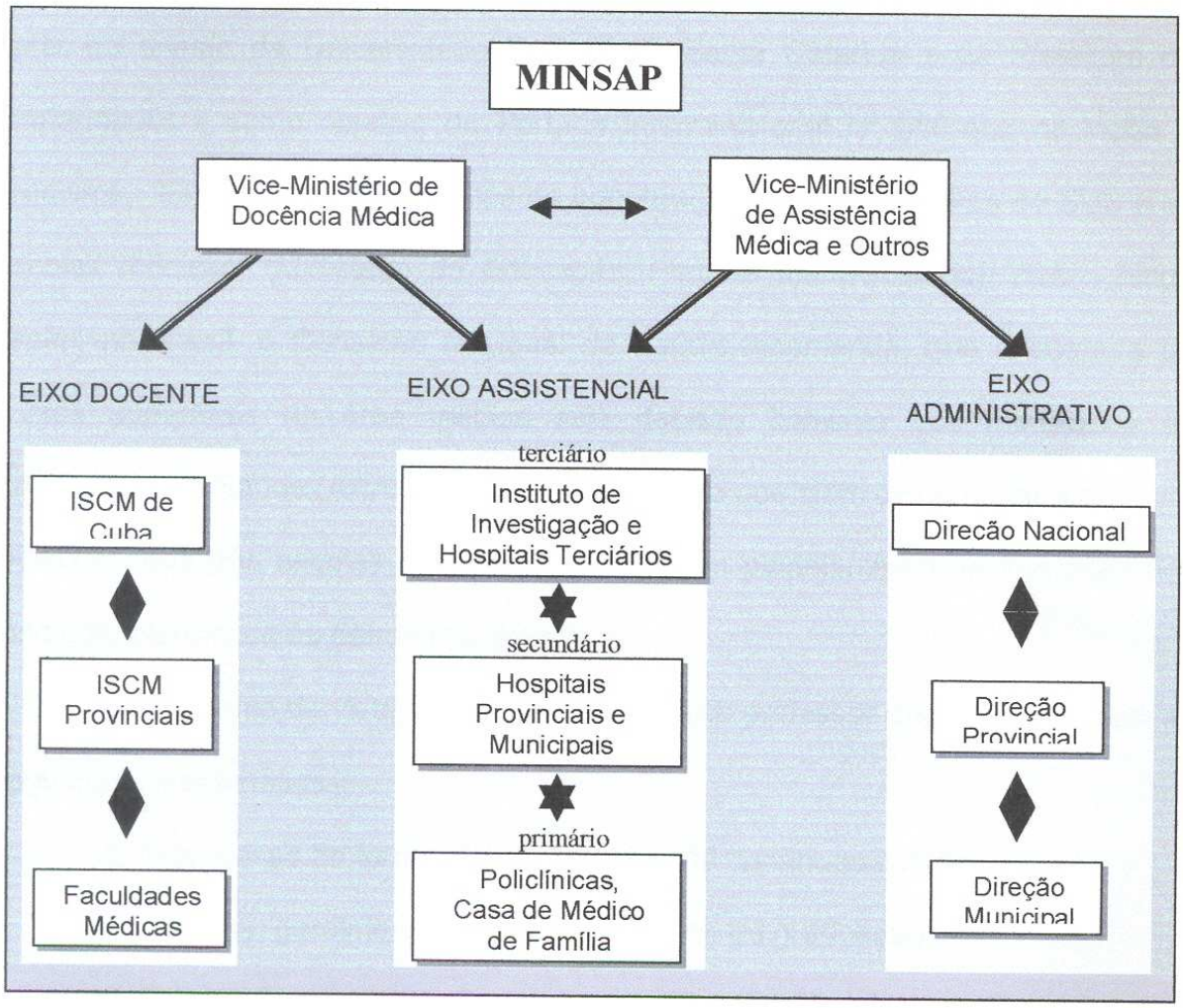
FIGURA 4 - PIRÂMIDE DOCENTE-ASSISTENCIAL NA ENFERMARIA: GRUPO BÁSICO DE TRABALHO (GBT)



Outra peculiaridade da formação médica em Cuba, inerente à formação do docente, é a interação entre as instituições responsáveis pela formação médica (Instituto Nacional de Ciências Médicas e suas dependências) e as instituições responsáveis pela assistência médica (Ministério de Saúde Pública e suas

dependências) nos três níveis de Atenção Médica (Figura 5).

FIGURA 5 - INTERAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA E DO SISTEMA DE FORMAÇÃO MÉDICA DE CUBA



MINSAP: Ministério de Saúde Pública.
ISCM: Instituto Superior de Ciências Médicas.

Além disso, vincula o ensino Hospitalar (Atenção Secundária) às Unidades de Saúde (Atenção Primária). O nexo entre o sistema de ensino e de assistência é garantido por suas características: ambos têm como fim a saúde e o bem-estar da população; sua funcionalidade é vertical, horizontal e regionalizada; são

centralizados e integrados de forma orgânica e funcional; são dirigidos por um poder hierárquico, porém com autonomia nos diferentes níveis de atuação; são planejados segundo as necessidades da Saúde Pública.

Este imperativo de aproximar o ensino médico ao serviço de saúde tem sido motivo de reflexão no Brasil, como a experiência reportada por SILVA (2002. p. 13) a partir do ensaio da Universidade Federal de Santa Catarina e da Prefeitura de Florianópolis e como objetivo da Portaria Interministerial Nº 610 que no inciso II proclama, "Estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas" (Ministério da Educação. Portaria Interministerial, 2002). Ainda assim, no Brasil, o Conselho Nacional de Saúde recomenda, que a abertura de cursos superiores na área médica seja decisão conjunta dos ministérios da Educação e da Saúde (ARAÚJO, 2003. p. 81-82), o que além de controlar a abertura indiscriminada das escolas médicas, permitiria um planejamento na formação dos médicos, atendendo às demandas do país.

Neste ponto de vista, a formação do médico professor que se propõe tem as seguintes características:

1. O processo de formação e avaliação são contínuos e integrais.
2. Inicia-se, geralmente, nos primeiros anos da graduação.
3. Procura formar um profissional generalista que domine os saberes médicos, pedagógicos e de pesquisa, entre outros.
4. Pretende formar um educador que seja exemplo para seus alunos no sentido humano, ético, científico e assistencial.
5. Busca a reflexão do professor em relação à necessidade de tomar partido nas decisões e planos de saúde do governo.
6. O processo de formação nasce e se desenvolve em estreita relação com

as soluções das necessidades e problemáticas da saúde da população e em contato direto com os educandos e os demais membros da equipe de trabalho.

7. A ação-reflexão-ação garante o aprender aprendendo, além do dinamismo da equipe na troca dos saberes.

Desta maneira, procura-se alcançar a excelência pedagógica caracterizada por BECERRA et al (1997. p. 5-8) pela presença de seis componentes que como peças de um quebra-cabeça não são percebidas isoladamente, senão em estreita conexão: formação política, ideológica, científica e pedagógica, além da superação investigativa e do domínio da linguagem.

O processo de formação apresentado, também tem implícito o critério de BATISTA (1998. p. 38) sobre a formação permanente do médico professor, quando o caracteriza, "como processo concretizado por sujeitos históricos, permeados pela intencionalidade e por íntima relação com a prática que o docente materializa em seu trabalho pedagógico, constituindo-se em um instrumento de transformação por meio dos saberes docentes". Em contraposição, "da perspectiva de treinamento como mero adestramento para tarefas a serem reproduzidas ou de reciclagem como simples atualização pedagógica, episódica, acrítica e descontextualizada" (MARIN, 1995. p. 13-20).

Enfim, cultivando a própria história do formando, procura-se uma parceria entre a construção do saber médico, pedagógico, político e investigativo. Não se trata de preparar o médico para o exercício de professor de nível superior, mas formá-lo mediante um processo de desenvolvimento contínuo e duradouro. Em contraposição, segundo aparece no texto de PIMENTA et al. (2002. p. 214), a

Legislação de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Brasileira não concebe a docência universitária como um processo, senão como uma preparação que deverá ser realizada preferencialmente nos cursos de pós-graduação, escapando-se assim, a profissionalização necessária para o professor do Ensino Superior.

Além disso, verifica-se que no Brasil existe uma valorização desmedida dos cursos de Mestrado e Doutorado para a iniciação professoral, o que é evidenciado pelo fato de que algumas faculdades médicas terem como critério de seleção para médico professor a existência ou não desses cursos de pós-graduação. Neste sentido, já foi comentado que "Na maioria das vezes, o professor de Medicina é contratado tendo-se como critério apenas a qualidade de seu desempenho como profissional e / ou pesquisador. Fica implícito que a competência profissional e / ou acadêmica assegura a competência didática (BATISTA e SILVA, 1998. p. 33). Em Cuba, o título de Doutor em Ciência (equivalente ao de Mestre) ou de Doutor em Ciências (equivalente ao Doutorado) são imprescindíveis para alcançar a categoria de Professor Auxiliar ou Titular respectivamente, porém não se constituem em critérios para a iniciação professoral.

Desta forma, a proposta de profissionalização docente do médico professor apresentada cumpre os princípios da formação de professores referida por GARCIA:

> Continuidade; integração da formação do professor aos processos de mudanças, inovação e desenvolvimento curricular; ligar os processos de formação com o desenvolvimento organizacional da escola; integração entre a formação de professores em relação aos conteúdos propriamente acadêmicos e disciplinares, e a formação pedagógica dos professores; necessidade de integração teórica-prática na formação de professores; isomorfismo entre a formação recebida pelo professor e o tipo de educação que posteriormente lhe será pedido que desenvolva (GARCIA, 1999. p. 27-30).

De igual maneira, estão implícitos os saberes que determinam a formação

docente proposta por SAVIANI (1996. p.148-150), que inclui: o saber atitudinal, o saber crítico-contextual, os saberes específicos, o saber pedagógico e o saber didático-curricular. Nesta perspectiva, segundo as observações apontadas por PINTO (2001.p. 52), ao se referir à formação do docente universitário, "a formação do professor passa a ser compreendida não como um lugar de aquisição de técnicas e de conhecimento, mas como um espaço de socialização e de configuração profissional". Visto assim, afirma-se a observação de BATISTA e SILVA (1998. p. 35) quando assinalam que, "o processo de formativo é complexo e múltiplo; longe, portanto, de traduzir-se apenas num modelo de prática de formação. Formar professores não é o ponto único do projeto de transformar a educação, nem pode ser buscado apenas nos limites das instituições formadoras".

Compreende-se, então, que a formação do médico professor não pode ficar à espontaneidade. Esta deve ser ativa, planejada, continuada e generalista. Além de tomar em consideração na formação os elementos instrutivos, os educativos, os didático-pedagógicos e os investigativos. Trata-se, pois, de construir um docente que alcance o nível de exemplaridade e de competência que sua profissão exige.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, o médico professor representa o eixo fundamental no artifício de alcançar as metas de formação médica que a sociedade contemporânea tem imposto. Como cientista e produtor de conhecimento, deverá fazer a ponte entre o universo prático e teórico.

A Epistemologia, como identificação e produção do conhecimento, oferece os saberes sócio-históricos e filosóficos para a procura e fundamentação da verdade. Considerando o ensino superior como uma pesquisa constante, é possível compreender o interesse da Epistemologia. Daí que se considere uma disciplina indispensável para os professores universitários.

A análise da gênesis da sociedade intervalar, com seus enfrentamentos e dicotomias, permitiu neste estudo, repensar a necessidade de conscientização e aperfeiçoamento do ensino superior, tendo em vista superar os desafios surgidos da confrontação segregacionista da cultura científica com a cultura humana, do sujeito com o objeto e do universo teórico com o universo prático, tal como aparece na Figura 2 (Vide pág. 60). Sinaliza para a superação do tecnicismo e da hiperespecialização, considerando a integração, o generalismo e o humanismo como princípios chaves das ações instrutivas e educativas na universidade.

O Paradigma Educacional Tecnicista esteve vinculado à corrente newtoniana/cartesiana de sua época, razão pela qual caracterizou-se por uma visão fragmentada, mecanicista e repetitiva do ensino. Os avanços da ciência do século XIX e XX favoreceram a cisão dessa abordagem e o surgimento do Paradigma Educacional Inovador com sua visão holística, progressista e de pesquisa. O Paradigma Educacional Inovador surge como resposta aos imperativos da Sociedade de Produção do Conhecimento, em que a idéia do saber como um todo, a necessidade de aprender aprendendo e os critérios de convivência social são seus elementos cardinais.

No ensino médico estas idéias poderiam ser materializadas na Escola

Médica Inovadora em que a educação está centrada no aluno e na solução de problemas, com uma concepção generalista e comunitária, para formar um egresso competente através da formação hospitalar integrada às unidades de saúde. Além disso, considera o ensino das ações preventivas e de educação para a saúde, sem menosprezar as ações curativas. A Escola Médica Inovadora superaria a formação biologista e curativa hospitalar, integrando o ensino hospitalar com o ensino da atenção primária e a visão curativa com a educativa e preventiva, resgatando a condição social do ser humano e vinculando o trabalho das instituições formativas com as assistenciais, em função da problemática da população. Nesta perspectiva, seria propósito das faculdades médicas formar um médico generalista possuidor das competências indispensáveis para sua inserção na sociedade como um membro ativo, tão científico quanto humano e resolutivo.

Por outro lado, deve-se superar também, a formação especializada favorecida em alguns hospitais docentes, situações que dificultam, obviamente, o desenvolvimento do médico generalista e comunitário. Evitando-se, desta maneira, que o egresso incorpore uma concepção fragmentar e especializada da prática médica. Daí a necessidade de que o médico professor seja um generalista e que o ensino vincule o trabalho docente hospitalar à Atenção Primária.

Assim, o médico professor deveria auspiciar a formação de um médico generalista que responda à problemática, às prioridades, e à realidade da saúde pública. Um médico que integre os aspectos das ciências básicas com as ciências clínicas e os das ciências biológicas com os das ciências sociais, procurando resgatar uma educação médica mais humana, solidária, justa e ética, além de científica, técnica, reflexiva, crítica e abrangente. Um médico, motivado e interessado em solucionar os problemas assistenciais. Um médico que enfrente os problemas de caráter singular, como parte de um todo, e os gerais como um todo formado por partes inseparáveis.

O médico professor deveria cultivar no educando o espírito investigativo e assistencial colegiado, incentivando a construção da competência necessária para

que na condição de egresso, possa exercer com liberdade, autonomia e certo nível de excelência. E, ainda, instigar a necessidade da autopreparação e aperfeiçoamento contínuo. A missão do médico professor, nessa concepção, vai além da instrução. Há que se educar atendendo os princípios éticos e morais compatíveis com a dignidade e o respeito humano, atendendo as normativas do Código de Ética Médica. Como parte da convivência entre seres humanos, esse formador mostraria ao aluno, o valor da racionalidade, da discussão, da análise e da linguagem na Relação Médica Paciente, na relação com seus colegas e pessoal paramédico, como premissa para o êxito de um trabalho médico bem feito, competente e ético.

Essa educação exige do professor capacidades, habilidades, vontades e, sobretudo, uma conduta exemplar diante do aluno. Além disso, a construção do médico professor requer uma formação pedagógica através do processo de profissionalização contínuo, ativo e histórico, que iniciará o mais cedo possível. Neste processo, os aspectos disciplinares, assistenciais, docentes e investigativos estariam entrelaçados de forma harmônica, dialética e integral. Concebido assim, o objetivo seria formar um professor possuidor das competências necessárias para instruir, educar e formar o médico generalista.

Compreende-se, com isso, que a formação do médico professor não poderia ficar à espontaneidade, tomando em consideração para sua formação os elementos instrutivos e educativos, próprios de sua disciplina, além dos didático-pedagógicos e investigativos. A concepção de um médico professor bem feito, com uma nova identidade profissional, é uma das condições fundamentais na formação do médico bem feito, pois entende-se que a postura profissional e professoral do mesmo ocupa um lugar de destaque na formação do médico.

Vale lembrar, que tais considerações não excluem a complexidade do processo de formação médica. Por ser multifatorial e depender tanto das instituições formadoras como das gestoras, seus objetivos deveriam integrar-se nessas duas instâncias, para garantir o desenvolvimento profissional do futuro médico.

Enfim, nossa histórica missão como médico professor é ir além da instrução. Trata-se, efetivamente, de formar, educar e preparar o médico do século XXI: capacitado, motivado e interessado em contribuir para enfrentar e ajudar a resolver os problemas da saúde. O médico de que se necessita hoje, que saiba escutar, examinar, diagnosticar, prevenir, educar, curar e aliviar o sofrimento humano.

REFERÊNCIAS

ABRAMOWICZ, M. Avaliação do desempenho e formação docente: desafios, rupturas e possibilidades. In: SEVERINO, A. J.; FAZENDA, I. C. A. (Orgs.). **Formação docente:** rupturas e possibilidades. Campinas: Papirus, 2002. p. 83-92.

AFANASIEV, V.G. La filosofia como ciencia. In: ___. **Fundamentos de los conocimentos filosóficos**. Parte 1ª. Ciudad de la Habana: Ciencias Sociales, 1977. p. 7-24.

_____. Surgimiento y desarrollo de la filosofía del Marxismo: Premisas científico-naturales y fuentes teóricas. In: ___. **Fundamentos de los conocimientos filosóficos**. Parte 1ª. Ciudad de la Habana: Ciencias Sociales, 1977. p. 25-44.

_____. La dialéctica marxista como teoría acerca del desarrollo y de los nexos universales. In: ___. **Fundamentos de los conocimientos filosóficos**. Parte 1ª. Ciudad de la Habana: Ciencias Sociales, 1977. p. 97-111.

_____. Las leyes fundamentales de la dialéctica materialista. In: ___. **Fundamentos de los conocimientos filosóficos**. Parte 1ª. Ciudad de la Habana: Ciencias Sociales, 1977. p. 113-170.

AAMC (Association of American Medical Colleges). **Physicians for the twenty-first century**: Report on the panel on the general professional education of the physician and college preparation for medicine (GPEP report). Washington, DC, 1984.

AGUIAR, A.C. de. Tendências na educação médica: um modelo curricular ajustado ao conceito ampliado de saúde, às mudanças tecnológicas e à realidade social. In: ARRUDA, B.K.G. de (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP e Ministério da Saúde, 2001. p. 69-86.

_____. **Consequences for faculty of changes in medical education: the experience of tutoring a course about the patient-doctor relationship**. Boston, 2000. Dissertação de Doutorado em Educação. Harvard Graduate School of Education - Harvard University.

ALMEIDA, M. J. de. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: UEL. Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

_____. Introdução. In: ___. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: UEL. Rio de Janeiro: ABEM, 1999. p. 1-16.

_____. Tecnologia e medicina: uma visão da Academia. **Bioética**: Brasília, vol. 8, n.1, p.69-78, 2000.

ARAÚJO, J.G.C de. A Abem e a abertura de novas escolas médicas. **Rev Bras Educ Med**. Rio de Janeiro, vol. 27, n. 2, p.81-82, 2003.

ASSAD, J.E. Relação Médico-Paciente no Final do Século XX. **SUMÁRIO**.

Disponível em: <http://www.cfm.org.br/bancotxt/des_etic/11.htm> Acesso em: 09 jan. 2002.

ASSMANN, H. A Reconfiguração do Cenário Epistemológico. In: ___. **Metáforas novas para reencontrar a Educação**. Epistemologia e didática. Piracicaba: Unimep, 1998, p.87-110.

BATISTA, S. H. S. da S.; BATISTA, N. A. A formação do professor universitário: desafios e possibilidades. In: SEVERINO, A. J.; FAZENDA, I. C. A. (Orgs.). **Formação docente**: rupturas e possibilidades. Campinas: Papirus, 2002. p. 185-205.

BATISTA, N. A. **Conhecimentos, experiência e formação: do médico ao professor de medicina**: estudo sobre a disciplina formação didática–pedagógica em saúde nos cursos de pós-graduação da Unifesp/EPM. São Paulo, 1997. 137 f. Tese de livre-docência - Unifesp/EPM.

_____. Formação do professor de medicina: desafios e perspectivas. In: MARCONDES, E.; GONÇALVEZ, E.L. (Org). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 31-39.

BATISTA, N.A.; SILVA. S.H.S. A função docente em medicina e a formação/ educação permanente do professor. **Rev Bras Educ Med**. Rio de Janeiro, vol. 22, n. 2/3, p.31-36, 1998.

BATISTA, N.A.; SILVA. S.H.S. **O Professor de Medicina**. São Paulo: Layola, 1999.

BEANE, J. A.; APPLE, M. W. O argumento por escolas democráticas. In: APPLE, M. W.; BEANE, J. A. **Escolas democráticas**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 9-43.

BECERRA, J. D. et al. Maestría Pedagógica y Educación Médica Superior. **Educação Médica Superior**: Ciudad de la Habana, vol. 11, n.1, p. 5-8, 1997.

BEHRENS, M. A. **O Paradigma emergente e a Prática Pedagógica**. 2. ed. Curitiba: Champagnat, 2000.

_____. Os paradigmas inovadores da ciência: a produção do conhecimento. In: ___. **O Paradigma Emergente e a Prática Pedagógica**. 2. ed. Curitiba: Champagnat, 2000. p. 57-104.

_____. A prática pedagógica no Paradigma Emergente. In. ___. **O Paradigma Emergente e a Prática Pedagógica**. 2. ed. Curitiba: Champagnat, 2000. p. 105-120.

BERNSTEIN, B. Estrutura do conhecimento educacional. In: DOMINGOS, A. M. et al. **A teoria de Bernstein em sociologia da educação**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1986. p. 149.

BLIGH, J. Problem based, small group learning. **BMJ**. London, vol. 311, p. 342-343, 1995.

BOTOMÉ, S. P. Pesquisa, ensino e extensão: superando equívocos em busca de perspectivas para o acesso ao conhecimento. **Educação Brasileira**, São Paulo, v. 19, n. 39, p. 21-60, 1997.

BURKE J.; ORNSTEIN R. Ordem médica. In: ___. **O presente do fazedor de Machado**: os dois gumes da história da cultura humana. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. p. 233-254.

BUSQUETS, M. D. et al. Os temas transversais e o Projeto Curricular da Escola. In: ___. **Temas transversais em Educação**: bases para uma formação integral. 2. ed. São Paulo: Ática, 1998. p. 50-59.

BUSTAMANTE, J. A integração da ciência, tecnologia e sociedade: o grande desafio da educação no século XXI. **Educação Brasileira**. Brasília, vol. 19, n. 39, p.11-20, 2º. sem. 1997.

CAPRA, F. A busca de equilíbrio: Carl Simonton - Margaret Lock. In: ___. **Sabedoria Incomum**. São Paulo: Cultrix, 1988. p. 123-168.

_____. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos Sistemas Vivos. São Paulo: Cultrix, 1996.

_____. A influência do pensamento cartesiano-newtoniano: a concepção mecanicista da vida. In: ___. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982. p. 95-115.

_____. A influência do pensamento cartesiano-newtoniano: o modelo biomédico. In: ___. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982. p. 116-155.

CARVALHO, J. S. Podem a ética e a cidadania ser ensinadas? **ABC Educatio**: São Paulo, ano 3, n. 15, p. 1-10, jun. 2002. Disponível em: <http://www.abceducatio.com.br/rev_15/comportamento.htm> Acesso em: 15 jan. 2002.

CARVALHO, A. I. et al. Módulo 1: Processo Saúde Doença. In: ___. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: UnB, 1998. p. 37-57.

CASTANHO, M. E. L.M. Professores e inovações. In: CASTANHO S.; CASTANHO, M. E. L. M. (Orgs.) **O que há de novo na Educação Superior**: do projeto pedagógico à prática transformadora. São Saulo: Papirus, 2000. p. 75-92.

CASTANHO, S.; CASTANHO, M. E. L. M. (Orgs.) **O que há de novo na Educação Superior**: do projeto pedagógico à prática transformadora. São Saulo: Papirus, 2000.

CASTANHO, S. Ainda avaliar? In: CASTANHO, S.; CASTANHO, M. E. L. M. (Orgs.) **O que há de novo na Educação Superior**: do projeto pedagógico à prática transformadora. São Saulo: Papirus, 2000. p. 159-179.

CASTELL, M. **La era de la información**. Madrid: Alianza, 1997. p. 60.

CINAEM (COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO). **Avaliação do ensino médico no Brasil**: relatório geral 1991-1997. Brasília, 1997.

CLANDININ, D. J.; CONNELLY, F. M. Teacher as curriculum maker. In: JACKSON, Ph. W. (ed). **Handbook of research on curriculum**. New York: MacMillan, 1992. p. 363-401.

CLEAVELAND, C.R. Gloom in the trenches. **Health Management Quarterly**, vol. 15, p. 7-11, 1993.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 4 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (art. 3). Relator: Arthur Roquete de Macedo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001. Séc. 1, p.38.

CORDEIRO, H. A escola médica e o novo modelo de cuidados de saúde do SUS: Saúde da família. In: ARRUDA, B.K.G. de (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP e Ministério da Saúde, 2001. p. 87-120.

COSTA NETO, M. M. Tecnologia e saúde: causa e efeito? In: GARRAFA, V.; COSTA, S. I. F. **A bioética no século XXI**. Brasília: UnB, 2000. p. 145-150.

CROZIER, M. J.; HUNTINGTON, S. P.; WATANUKI, J. **The crisis of democraty**: Report on the governability of democracy to the Trilateral Commision. New York: New York University Press, 1975. p. 50.

CUNHA, M. I. da. Relação ensino e pesquisa. In: ALENCASTRO, I. **Didática**: o ensino e suas relações. Campinas: Papirus, 1996. p. 115-126.

_____. **O professor universitário na transição de paradigmas**. Araraquara: J. M. Editora, 1998.

CUNHA, M. I.; LEITE, D. B. C. **Decisões pedagógicas e estruturas de poder na universidade**. Campinas: Papirus, 1996.

DELLORS, J. Os quatro pilares da educação. In: ___. **Educação: um tesouro a descobrir**: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999. p.89-102.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. Campinas: Autores Associados, 1996. p. 1-53.

_____. **Desafios Modernos da educação**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

DES MARCHAIS, J.E. A student-centred, problem-based curriculum: 5 years' experience. **CMAJ**. Ottawa, vol. 148, n. 9, p. 1567-72, 1993.

ENGUITA, M. F. **A ambigüidade da docência**: entre o profissionalismo e a proletarização. Porto Alegre: Teoria e Educação, 1991. p. 41-61.

ENGEL, G. The need for a new medical model: A chalenge for biomedicine. **Science**. Washington, vol. 196, n. 4286, p.129-136, 1977a.

ENGEL, G.L. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. **Psychosomatics**. Chicago, vol. 38, n. 6, p. 521-528, 1997b.

ENGEL, G.L. The clinical application of the biopsychosocial model. **Am J Psychiatry**. Arlington, vol. 137, n.5, p. 535-544, 1980.

FERREIRA, D.B. Professor de medicina – ruim com ele, pior sem ele. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 39, 2001, Belém. **Anais do XXXIX Congresso Brasileiro de Educação Médica**. Belém: Universidade Federal do Pará, 2001. p. 65.

FERREIRA FILHO, O.F. et al. Visão docente do processo de implementação da aprendizagem baseada em problemas (ABP) no curso médico da Universidade Estatual de Londrina. **Rev Bras Educ Med**. Rio de Janeiro, vol. 26, n. 3,p.175-183, 2002.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada**. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FRANCO, M. E. dal P. Comunidade de conhecimento, pesquisa e formação do professor do ensino superior. In: MOROSINI, M. C. (Org.). **Professor do ensino superior**: identidade, docência e formação. 2 ed. Brasília: Plano Editora, 2001. p. 109-135.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1971.

_____. **Pedagogia da Esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p. 120.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à pratica educacional. 15 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FUJIMURA, I. Avaliação do aluno. In: MARCONDES, E.; GONÇALVEZ, E.L. (Org.). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 248-261.

GARANHANI, M.L.; CAMPOS, J.J.B.; TAKAHHASHI, O.C.; ALMEIDA, H.G.G. Superando desafios na construção de amplas reformas curriculares. In: ALMEIDA, M.; FEURWERKER, L.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina:** teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 279-296.

GARCIA, J.C. **La educación médica en la América Latina**. Washington: OPS, 1972 (Publicação científica, 225).

GARCIA, F. **A formação do professor**. Porto: Porto Editora, 1999.

GATE (GLOBAL ALLIANCE FOR TRANFORMING EDUCATION). **Educação 2000**. Uma perspectiva holística. Declaration of Chicago, 1991.

GERBER, R. **Medicina vibracional.** Uma medicina para o futuro. São Paulo: Cultrix, 1993. p. 34-35.

GADOTTI , M.; FREIRE, P. Da pedagogia do oprimido a ecopedagogia. In: ___. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 101-112.

GOMES, M. da M. Fundamentos. In: ___. **Marcos Históricos da Neurologia**. Rio de Janeiro: Científica Nacional Ltda, 1997. p. 1-15.

GLEISER, M. Mitos de criação. In: ___. **A dança do Universo**: Dos mitos de criação ao Big-Bang. São Paulo; Schwarcz LTAD, 1997. p. 17-40.

_____. Os gregos. In: ___. **A dança do Universo**: Dos mitos de criação ao Big-Bang. São Paulo; Schwarcz LTAD, 1997. p. 41-89.

_____. O sol, a Igreja e a nova astronomia. In: ___. **A dança do Universo**: Dos mitos de criação ao Big-Bang. São Paulo; Schwarcz LTAD, 1997. p. 93-134.

_____. O herético religioso. In: ___. **A dança do Universo**: Dos mitos de criação ao Big-Bang. São Paulo; Schwarcz LTAD, 1997. p. 135-162.

_____. O mundo é uma máquina complicada. In: __. **A dança do Universo**: Dos mitos de criação ao Big-Bang. São Paulo; Schwarcz LTAD, 1997. p. 197-248.

GRIGOLI, J. **A sala de aula na universidade na visão de seus alunos**: estudo sobre a prática pedagógica na universidade. São Paulo, 1990. Tese de doutorado, PUC.

GONÇALVES, D. **Mudança de paradigma na educação médica**. Disponível em: <http://www.barbier-rd.nom.fr/artDaviPortug1.html>. Acesso em 04/11/2003.

GONÇALVEZ, E.L. Os objetivos da educação médica. **Rev Bras Educ Med**. Rio de Janeiro, vol. 22, n. 2/3, p.9-18, 1998.

GONÇALVEZ, E.L. Avaliação no processo educacional. In: ___. MARCONDES, E.; GONÇALVEZ, E.L. (Org.). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 20-30.

GONÇALVEZ, M.B.; MORAES, A.M.S.M. Inserção dos alunos da primeira série do curso de medicina em serviços de saúde. . **Rev Bras Educ Med**. Rio de Janeiro, vol. 27, n. 2,p.83-90, 2003.

HABERMAS, J. **La reconstrucción del materialismo histórico**. Madrid: Taurus, 1976.

_____. Some aspects of the rationality of action. In: GERAETZ, T. F. (Ed.). **Rationality today**. Ottawa: University of Ottawa Press, 1979. p. 2-3.

HANNH. A. **Entre o passado e o futuro**. São Paulo: Perspectiva, 1978. p. 239.

JONES, R.; HIGGS, R.; ANGELIS, C de.; PRIDEAUX, D. Changing face of medical curricula. **Lancet**. London, vol.347, p.699-703, 2001.

KAUFMAN, D. M.; MANN, K. V. Comparing students attitudes in Problem-based and

Conventional Curricula. **Acad Med**. Washington, vol. 71, n. 10, p. 1096-1099. October, 1996.

KNOWLES, M.S. **Self-directed learning.** A guide for learners and teachers. New York: Association Press.1975.

KOMATSU, R.S. et al. **Guia do Professor de Ensino/Aprendizagem**: "Aprender a Aprender'. 2ª ed. Marília, Faculdade de Medicina de Marília, 1998.

KOMATSU, R.S.; ZANOLLI, M.B.; LIMA, V.V. Aprendizagem baseada em problemas. In: MARCONDES, E.; GONÇALVEZ, E.L. (Org.). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 223-237.

KONSTANTINOV, F et al. Desarrollo de la noción sobre el objeto da filosofía. In: __.

Fundamentos de Filosofía marxista-leninista. Parte 1. Materialismo dialéctico. La Habana; Editorial Ciencias y Educación, 1976. p. 11-13.

_____. Leyes dialécticas universales del desarrollo. In: ___. **Fundamentos de Filosofía marxista-leninista**: Parte 1. Materialismo dialéctico. La Habana; Editorial Ciencias y Educación, 1976. p. 125-162.

KUHN, T. S. **As estruturas das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1994. p. 225.

LIBÂNEO, J.C. Tendências pedagógicas na prática escolar. In: __. **Democratização da Escola Pública**. A pedagogia crítico-social dos conteúdos. 16. ed. São Paulo: Loyola, 1999. p. 19-44.

LUCARELLI, E. Um desafio institucional: inovação e formação pedagógica do docente universitário. In: CASTANHO, S.; CASTANHO, M.E.L.M. (Org.) **O que há de novo na Educação Superior**. Do projeto pedagógico à prática transformadora. São Paulo: Papirus, 2000. p. 61-73.

MACHADO, M.M. Prefácio. In: MARCONDES, E.; GONÇALVEZ, E.L. (Org). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

MAHEUX, B. et al. Medical faculty as humanistic physicians and teachers: the perceptions of students at innovative and traditional medical schools. **Med Educ**. Michigan, vol. 34, n. 8, p. 630-4, Aug 2000.

MARCEL, G. **Dois discursos e um prólogo autobiográfico**. Barcelona: Herder, 1967. p. 71-72.

MARCONDES, E.; CARAZZATO, J.G.; FREDMANN, A.A. Iniciação das atividades clínico-assistencias. In: GONÇALVEZ, E.L. (Org.). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 167-173.

MARCONDES, E.; GONÇALVEZ, E.L. (Org.). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

MARCONDES, E.; GONÇALVEZ, E.L. Introdução. In: ___. (Org.). **Educação**

Médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.1-2.

MARCONDES, E.; MASCARETTI, L.A.S. O internato na graduação médica. In: MARCONDES, E.; GONÇALVEZ, E.L. (Org.). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 149-166.

MARIN, A.J. Educação continuada: introdução a uma análise de termos e concepções. **Cadernos CEDES**. Campinas: vol. 36, p.13-20,1998.

MARIOTTI, H. **Complexidade e pensamento complexo**. Instituto de Estudos da Complexidade e Pensamento Complexo. Disponível em: <http://www.geocities.com/complexidade/intro. 9/04/2002> Acesso em: 15 dez. 2002.

MASSAD, E.; BÖHM, G.M.; WEN, C.L.; SILVEIRA, P.S.P. O universo da informática e o ensino médico. In: ___. MARCONDES, E.; GONÇALVEZ, E.L. **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 211-222.

MASETTO, M.T. Discutindo o processo ensino/aprendizagem no ensino superior. In: ___. MARCONDES, E.; GONÇALVEZ, E.L. (Org.). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 11-19.

MEC. Ministério da Educação e do Desporto. **Padrões Mínimos de Qualidade para Cursos de Graduação em Medicina**: Comissão de Especialistas do Ensino Médico. Brasília, 1998. Disponível em: < http://www..gomecv.br/Sesu/ftp/medicina.doc>. Acesso em 05/11/03.

MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial n. 610 de 26 de março de 2002. Institui Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (art. 1. inc.II). Relator: Barjas Negri. **Diário Oficial da União**, Brasília, 01 abr. 2002. Sec.1, p.75.

MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO. Secretaria de Educação Superior. **Educação Superior**. O que é. Disponível em: <http: //www.mec.gov.br/sesu/que.shtm> Acesso em: 26 ago. 2003.

MIRANDA, M.G. de. Novo paradigma de conhecimento e políticas educacionais na América Latina. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, vol. 100, p. 37-48, mar 1997.

MIZUKAMI, M. da G.N. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: Pedagógica e Universitária LTDA, 1986. p. 7-115.

MUÑOZ, D.; MUÑOZ, D.R. O ensino da ética nas faculdades de Medicina do Brasil. **Rev Bras Educ Med**. Rio de Janeiro, vol. 27, n. 2,p.114-124, 2003.

MORAES, M.C. Em busca de um novo paradigma para a educação. In: ___. **O Paradigma Educacional Emergente**. Campinas: Papirus, 1997. p.29-54.

MORIN, E. Os princípios do conhecimento pertinente. In: ___. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez/UNESCO, 2000. p. 35-46.

_____. **A cabeça bem-feita**. Repensar a reforma. Reformar o pensamento. 5. ed.

Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MURRAY, I.; SAVIN-BADEN. M. Staff Development and Problem-based Learning. Teaching in Higher Education, vol. 5, n.1, p. 107-126, 2000.

NADEAU, G.G. Seeking consensus on criteria and indicators of quality and excellence in Canadian Colleges and Universities. A National Study. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON QUALITY IN HIGHER EDUCATION, 1993, Curitiba. **Anais**... Curitiba: Brazilian Association for Candian Studies, 1993. p. 33-57.

NAVARRO, R.LL. et al. Propedéutica Clínica. In: ___. **Propedéutica Clínica y Fisiopatología**. Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación, Tomo I, 1989. p. 1-8.

NEUFELD, V.R.; WOODWARD, C.A.; MACLEOD, S.M. The McMaster M.D. program: a case study of renewal in medical education. **Acad Med**. Washington, vol. 64, p. 423-432, 1989.

NOGUEIRA, M.A. **Em defesa da política**. São Paulo: SENAC, 2001.

NORMAN, G.R.; SCHMIDT, H.G. The psychological basis of problem-based learning: a review of the evidence. **Acad Med**. Washington, vol. 67, p 558-565, 1992.

NÓVOA, A. (Org.). **Os professores e sua formação**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1992. p. 9.

NUNES, C.M.F. Saberes docentes e formação de professores: um breve panorama da pesquisa brasileira. **Educação & Sociedade**. n. 74, p. 27-42, abr. 2001.

PERRENOUD, P. Introdução. In: ___. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: ARTMED, 1999. p. 7-18.

_____. Introdução. In: ___. **Novas competências para ensinar**. Convite à viagem. Porto Alegre: ARTMED, 2000. p. 11-21.

PIERANTONI, C.R.; RIBEIRO, E.C.O. A importância do processo de educação permanente na formação do médico: o docente como inovador / mediador / indutor de condiciones de auto-aprendizagem. In: ARRUDA, B.K.G. de (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP e Ministério da Saúde, 2001. p.179-200.

PIMENTA, S.G. Para uma re-significação da Didática: ciências da educação, pedagogia e didática (uma revisão conceitual e uma síntese provisória). In: ___. (Org.). **Didática e formação de professores**. Percursos e perspectivas no Brasil e em Portugal. São Paulo: Cortez, 1997. p. 19-76.

PIMENTA, S.G; ANASTASIOU, L. das G.C.; CAVALLET, V.J. Docência no ensino superior: construindo caminhos. In: SEVERINO, A.J.; FAZENDA, I.C.A. (Orgs.). **Formação docente**: rupturas e possibilidades. Campinas: Papirus, 2002. p. 207-222.

PINTO, N.B. Saberes docentes e processos formativos. **Revista Diálogo**

Educacional, Curitiba: Champanat, vol. 2, n. 3, p. 45-59, jan./jun. 2001.

PRISE (Programa de Reformas e Inversões en el Sector Educación) (1999). Manual de gestión para la elaboración, ejecución y evaluación de proyectos innovadores en la provincia de Misiones. Missões: Cigram Imprenta Editorial, 1999.

RAMOS, M.B.; MOORE, G.T. Harvard Medical School. The New Pathway to medical education. In: KANTROWITZ et al. **Tracks at established institutions for the education of health personnel**. Ginebra: WHO, 1987. p.199-219. Publication Offset n. 101.

RAMOS, N.A. et al. Princípios orientadores para a elaboração dos projetos de aprendizagem na Pontifícia Universidade Católica do Paraná. In: ___. **Diretrizes para o ensino de graduação**. Projeto Pedagógico. Curitiba: Champagnat, 2000. p.35-54.

RIBEIRO, R.J. Não há pior inimigo do conhecimento que a terra firme. Tempo Social. **Rev Social**. USP, São Paulo, vol. 11, n. 1, p. 189-195, mai. 1999.

RIOS, B.V.; OTERO, F.C. Prólogo. In: ___. **Cómo llevar a la práctica la enseñanza problémica**. Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación, 1987. p. 1-2.

RIOS, T.A. **Compreender e ensinar.** Por uma docência da melhor qualidade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001a.

_____. **Ética e competência**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2001b.

RODRÍGUEZ, M.I. Tendencias de la educación médica en América Latina en los últimos quince años. Las profesiones en México. **Medicina**. México: n. 3, 1990.

RODRÍGUEZ, M. A. M. Crisis del Método Clínico. **Rev Cub Med**. Ciudad de la Habana: vol. 37, n. 2, p. 123-128, 1998.

_____. El Método Clínico. In: JORNADA DE HOMENAJE AL TRABAJADOR DE LA SALUD. Del 27 de noviembre al 3 de diciembre. Ciclo de Conferencias, 2002, Ciudad de la Habana. **Anais eletrônicos**... Disponível em: <http://www.jornada.sld.cu/miguelconferencia.html>. Acesso em: 05 mai. 2003.

RODRÍGUEZ, C.A. **Papel da Educação para o Médico e para a Saúde.** Uma perspectiva transformadora da prática médica e educacional. Curitiba, 2001. 23 f. Trabalho Acadêmico apresentado à Disciplina Educação Brasileira do Mestrado em Educação - Centro de Teologia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

_____. Introdução. In: RODRÍGUEZ, C.A.; STROZZI, J.B.; CASSIAS, A.L. de. **Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade**. Curitiba: Champagnat, 2001. p. 11.

ROSENTAL, M.; IUDIN,P. Epistemología. In: __. **Diccionario Filosófico**. Ciudad de la Habana: Editora Política, 1973. p. 144.

_____. Filosofía. In: ___. **Diccionario Filosófico**. Ciudad de la Habana: Editora Política, 1973. p. 175-189.

RUIZ, J.Á. **Metodologia científica**. Guia para eficiência nos estudos. São Paulo: Atlas, 1988.

SACKETT, D.L.; STRAUS, S.E.; RCHARDSON, W.S. **Evidence-Based Medicine**. How to Practice and Teach EBM. 2. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.

SALOMON, D.V. **Como fazer uma monografia**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as Ciências**. 11. ed. Porto: Afrontamento, 1999.

_____. A crise do paradigma dominante. In: ___. **Um discurso sobre as Ciências**. 12. ed. Porto: Afrontamento, 2001.

_____. **A crítica da razão indolente**: Contra o desperdício da experiência. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 3. ed. São Paulo: Cortez, vol. 1, 2001.

SANTOS, J.F.dos. O que é pós-moderno. **Coleção Primeiros Passos**, São Paulo, Brasiliense, v. 165. 1986.

SAVATER, F. **Ética para meu filho**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

SAVIANI, D. **Escola e Democracia**. 6. ed. São Paulo: Córtex, 1985. p. 16.

_____. Os saberes implicados na formação do educador. In: BICUDO, M.A.V.; SILVA JR, C.A. (Org.) **Formação do educador**: dever do estado, tarefa da universidade. São Paulo: UNESP, 1996. p. 145-155.

SILVA, J. B. **Abrindo Janelas à Noção de Competência de Construção de um Currículo Interdisciplinar**. São Paulo, 1999. Dissertação de Mestrado em Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SILVA, P.C.T. Assessoria pedagógica. **Rev Bras Educ Med**. Rio de Janeiro. Vol. 6, p. 7-8, 1982.

SILVA, C. A. J. da. Relato de Experiências: Interação Escola Médica – Serviços. **Boletim da ABEM**. Rio de Janeiro, vol. 30, n.5, p.13-15,2002.

SCHWARTZMAN, S.; BALBACHEVSKY, E. **A profissão acadêmica no Brasil**. São Paulo: NUPES/USP, 1993. p. 4. Disponível em: <http:www.schwartzman.org.br/Simon/pdfs/prof_acad.pdf>. Acesso em 17 jun. 2003.

SCHWARTZMAN, S. **A QUALIDADE NO ESPAÇO UNIVERSITÁRIO: CONCEITOS, MODELOS E SITUAÇÃO ATUAL**. Trabalho preparado para o I Congresso Internacional "Qualidade e Excelência na Educação", Universidade Gama Filho, Rio de janeiro, 25 a 29 de outubro de 1993. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/gamaf.htm> Aceso 12 nov. 03

SKIDMORE, T.E. A criação do Brasil "Moderno": 1870-1910. In: ___. **Uma história do Brasil**. São Paulo: Paz Terra, 1998. p. 97-136.

SOBRINHO, J.D. Pós-graduação, escola de formação para o magistério superior. In: SERBINO, R.V.; RIBEIRO, R.; LEITE, R.L.B.; GEBRAN, R.A. **Formação de Professores**. São Paulo: UNESP, 1998. p. 139-148.

SPANBAUER, S. J. **Quality system for education**. American Society for Quality Control, Milwaukee: Quality Press, 1992.

SPAULDING, W.B. The undergraduate medical curriculum (1969 model) at McMaster. **Can Med Assoc J**. vol. 100, p. 659-664, 1969.

SPIRKIN, A., YÁJOT, O. La filosofía del materialismo es el materealismo dialéctico. In: ___. **Fundamentos del materialismo dialéctico e histórico**. Ciudad de la Habana: Ciencias Sociales, 1980. p. 157-177.

_____. O. Materialismo Histórico: ¿Qué es el materialismo histórico? In: ___. **Fundamentos del materialismo dialéctico e histórico**. Ciudad de la Habana: Ciencias Sociales, 1980. p. 157-177.

STARFIELD, B. **Primary Care**. Concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

STUFFLEBEAM, D. Alternativas em avaliação educacional: Uma guia de auto-ensino para educadores. In: BASTOS, L.R.; PAIXÃO, L.; MESSICK, R.G. (Orgs.). **Avaliação educacional II**. Perspectivas, procedimentos, alternativas, por Michael Scriven e Daniel Stufflebeam. Petrópolis: Vozes, 1978. p. 127.

TAPAJÓS, R. Os objetivos na educação médica. In: MARCONDES, E.; GONÇALVEZ, E.L. (Org.). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 69-94.

TARDIF, M.; LESSARD, C.; LAHAYE, L. Os professores face ao saber. Esboço de uma problemática do saber docente. **Teoria & Educação**. Porto Alegre: Pannonica, vol. 4, p. 215-233. 1991.

TOFFLER, A. **A terceira onda**. 21. ed. Rio de Janeiro: Record, 1995. p.63.

TAMOSAUSKAS, M.R.G. De médico especialista a Professor de Medicina: A construção dos saberes docentes. **Rev Bras Educ Med**. Rio de Janeiro, vol. 27, n. 2, p. 160, 2003.

TYLER, R.W. Basic statement on evaluation. **Journal of Educational Research**. vol. 35, p. 492-501, 1942.

UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura). Preâmbulo. **Declaração Mundial sobre Educação Superior**. Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: Visão e Ação. Marco Referencial de ação Prioritária para a Mudança e o Desenvolvimento da Educação Superior. Piracicaba: UNIMEP, 1998.

VASQUEZ, A.S. **Filosofia da Práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VEIGA, I.P.A. et al. Aula universitária e inovação. In: VEIGA, I.P.A.; CASTANHO, M. E.L.M. (Org.) **Caminhos da profissionalização do magistério**. Campinas: Papirus, 2000. p. 189-190.

VENTURELLI, J. The challenge of the Nineties. In: ___. FEPAFEM. Educación Médica en las Américas. El reto de los años noventas. Informe final del proyecto EMA. Fondo Editorial FEPAFEM 17. Caracas: Greco, 1990. p. 128-129, 165-166.

_____. **Educación Médica**: Nuevos enfoques, metas y métodos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1997.

_____. Modernización de la Educación Médica: Ilusiones inútiles o necesidad imperiosa? El consenso y las concluciones básicas de la educación médica moderna. In: ___. **Educación Médica:** Nuevos enfoques, metas y métodos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud,1997. p. 1-30.

_____.La evaluación em el proceso de formación de los profesionales médicos: princípios de evaliación formativa. In: ___. **Educación Médica:** Nuevos enfoques, metas y métodos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1997. p. 155-179.

_____. Funciones y características de los docentes: Funcionamiento en un programa centrado en el estudiante y basado en la solución de problemas. In: ___. **Educación Médica:** Nuevos enfoques, metas y métodos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1997. p. 181-192.

_____. Los cambios: Campo de curiosidad, desafíos y creación. Educação centrada en el estudiante. In: ___. **Educación Médica**: Nuevos enfoques, metas y métodos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1997. p. 181-192.

_____. Apéndice 8. Características importantes en los nuevos planes de estudios para la carrera de medicina. In: ___. **Educación Médica**: Nuevos enfoques, metas y métodos. Organización Panamericana de la Salud, 1997. p. 257.

_____. **Habilidades Profesionales en la formación del Médico**. Mimeo, 2000.

VERNON, D.T.A.; BLAKE, R.L. Does problem-based learning work? A meta analysis of evaluative research. **Acad Med**. Washington, vol. 68, p. 550-563, 1993.

VILLAS BOAS, B.M. de F. Avaliação no trabalho pedagógico universitário. In: CASTANHO, S.; CASTANHO, M.E.L.M. (Org.) **O que há de novo na Educação Superior**. Do projeto pedagógico à prática transformadora. São Saulo: Papirus, 2000. p. 133-158.

VIEIRA, J.E.; LOPES Jr, A.; BASILE, M.A.; MARTINS, M de A. Identificação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina pelos alunos da Universidade da São Paulo. **Rev Bras Educ Med**. Rio de Janeiro, vol. 27, n. 2, p.96-103, 2003.

WACHOWICZ, L.A. A dialética da avaliação da aprendizagem na pedagogia diferenciada. In: CASTANHO, S.; CASTANHO, M.E.L.M. (Org.) **O que há de novo na Educação Superior**. Do projeto pedagógico à prática transformadora. São Saulo: Papirus, 2000. p. 95-131.

WEIL, P. O novo paradigma holístico: Ondas à procura do mar. In: BRANDÃO, D.M.S.; CREMA, R. **O novo paradigma holístico**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1991. p. 14-38.

WHO (World Health Organization). **Innovative Tracks at Established institutions for the Education of Health Personnel**. An Experimental Approach to Change Relevant to Health Needs. Genebra: WHO Publications, n.. 101, 1987.

WHO (World Health Organization). Reorienting Medical Education and Medical Practice for Health for All. The forty-eight World Health Assembly, South Africa, 1995. **Publican in Education for Health**. 1996, vol. 9, n. 1, p. 5-11.

WILLIAM, S.H. Educação médica e ética. In: MARCONDES, E.; GONÇALVEZ, E.L. (Org.). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 130-1139.