

A Escolha Precoce da Especialidade pelo Estudante de Medicina: um Desafio para a Educação Médica

Premature Choice of Speciality by Medicine Students: a Challenge for Medical Education

Wilson Rodrigues Cabral Filho¹
Victoria Maria Brant Ribeiro²

PALAVRAS-CHAVE:

- Especialidades Médicas
- Escolha da Profissão
- Educação Médica

RESUMO

Entre as complexas questões da formação médica, o artigo traz à tona a escolha precoce da especialidade pelo estudante de medicina. Embora, conceitualmente, essa escolha seja reconhecida pelos movimentos da educação médica das últimas décadas como prejudicial à formação do futuro médico, na prática tem se mostrado cada dia mais frequente e até mesmo tem sido estimulada pelos atores da escola médica. Tal conduta pode propiciar uma formação inadequada ao exercício profissional, já que este aluno ainda na graduação tende a se desinteressar pelas disciplinas básicas e fundamentais do curso, colocando-as em segundo plano diante da especialidade escolhida. Aspectos do processo de especialização, das tendências contemporâneas do mundo do trabalho médico e questões relativas à educação médica - associados a um inquérito dirigido a 202 alunos e 60 egressos de uma instituição privada de ensino universitário localizada numa cidade do interior do estado do Rio de Janeiro - compuseram um estudo que se propôs identificar, entre os alunos do 1º, 3º e 5º ano do curso de graduação, os fundamentos da precoce escolha de uma especialidade médica; e, entre os egressos, as concepções a respeito da sua situação profissional atual relacionada com a sua formação. Associado ao perfil definido pelas diretrizes curriculares nacionais e ao momento em que se encontram as iniciativas de transformação da educação médica, o estudo sugere pontos de reflexão para gestores, professores e alunos da escola médica.

ABSTRACT

Among the complex issues in medical education, this article discusses premature choice of speciality by medical students. Although this early decision has generally been recognized by the medical education community as harmful to the training of future physicians, it has become increasingly frequent, and it has even been stimulated by those in charge of medical schools. Such practice may foster inadequate preparation for the profession, to the extent that students still in undergraduate training would tend to neglect the basic course subjects by studying them halfheartedly, while focusing on their chosen speciality. Aspects of the specialization process, current trends in medical practice, and issues related to medical education are included in this survey of 202 students and 60 graduates of a private medical school in the State of Rio de Janeiro, Brazil. The study aims to identify, among students from the first, third, and fifth years in a six-year undergraduate course, the factors associated with premature choice of one's medical speciality. Among graduates, the study focuses on concepts concerning current professional status vis-à-vis undergraduate training. Asso-

KEY-WORDS:

- Specialities, Medical
- Career Choice
- Education, Medical

Recebido em: 18/08/2003

Revisão em: 22/06/2004

Aprovado em: 21/07/2004

¹ Médico e Professor da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro; Mestre em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde, UFRJ.

² Doutora em Educação, Professora Adjunta, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

ciated with the national curricular guidelines and a historical moment in which changes are occurring in medical education in Brazil, the study provides relevant suggestions for medical school deans, faculty, and students.

INTRODUÇÃO

Por que o estudante da escola médica tem se "especializado" tão precocemente? Quando e por que toma esta decisão? O quê ou quem o influencia? Estas indagações não costumam fazer parte do universo da escola médica, mesmo sabendo-se dos problemas que este comportamento pode oferecer à formação do futuro médico. Como exemplo, é possível citar o diálogo ocorrido em minha prática docente com um estudante do 5º ano da graduação de uma instituição privada de ensino universitário, localizada em uma cidade do interior do estado do Rio de Janeiro: "Professor, por crianças não me interessa muito, isto eu deixo para minha noiva, que será pediatra, eu serei ortopedista e das crianças ela cuidará"; ou ainda quando, ao dialogar com os estudantes sobre a importância da prática médica pediátrica, sua relevância social e humanista, ouvi de uma aluna o seguinte comentário: "Mas, professor, por que só agora ouço isso? Agora já tenho minha forma de pensar. Por que não nos falaram desta forma no início do curso? Eu serei dermatologista, o mercado está difícil".

Exemplos como estes, e muitos outros, resultam, certamente, em profissionais com visão reduzida da nobre profissão médica, e a escola e seus professores estão, de certa forma, comprometidos com esse resultado.

À escola de medicina, por meio de seus professores e estudantes, cabe a responsabilidade de propiciar uma prática médica que desenvolva atitudes e comportamentos que comprometam esses profissionais com a sociedade, da qual obtêm seu sustento e para a qual devem devolver serviços e ações que atendam às expectativas dos pacientes, que, essencialmente, devem ser vistos como "um todo" e não como "partes" de um sistema que necessita um funcionamento perfeito.

É compreensível que a tendência à especialização esteja difundida em toda a sociedade como forma de aumentar a eficácia produtiva e qualificar os serviços oferecidos, fruto da ideologia da sociedade pós-industrial. Ao mesmo tempo, na atual sociedade da informação e do conhecimento, o mundo do trabalho tem sofrido mudanças contínuas, ocasionadas pelas reestruturações social, cultural, econômica e produtiva, desencadeadas pela revolução tecnológica das últimas décadas, que tem exigido novas competências na formação e para a atuação profissional.

A opção pela especialidade ainda com a graduação em curso, e muitas vezes antes mesmo de cursá-la, parece-me carregada de ingenuidade diante destas questões e das mudanças que se apresentam no mundo contemporâneo.

O que se questiona em relação ao estudante da escola médica não é a sua escolha ou em que especialidade pretende atuar, mas por que essa escolha tem se dado tão precocemente. Estudantes do 2º, 3º ou 4º ano da graduação se direcionam, até mesmo em definitivo e prematuramente, para alguma especialidade, comprometendo sua formação principalmente nas chamadas áreas básicas, como clínica geral, pediatria, cirurgia geral e tocoginecologia. Por que escolher a especialidade antes de se formar? Grande risco de, ao se pretender formação, termos deformação.

O curso de graduação em medicina supõe modernamente uma formação básica, geral, integrada e uma avaliação sistemática de modo a verificar se esta proposta tem sido alcançada, o que não é usual em nossas escolas. As competências esperadas desta formação incluem a capacidade de se integrar em equipes multiprofissionais, de reconhecer os aspectos sociais, subjetivos e biológicos na determinação do processo saúde-doença, de construir vínculos e assumir responsabilidades frente à cura ou à reabilitação dos pacientes e de atuar como promotor da saúde integral do ser humano. Assim, é necessário assegurar a formação geral desde o início, com o que se poderá construir um arcabouço sólido de conhecimentos e experiências que, associado aos saberes intuitivos do mundo-da-vida* – ou seja, de suas vivências, das tradições e da sua cultura –, permita-lhe se desenvolver como sujeito autônomo e apto a intervir nas relações do dinâmico mundo do trabalho. Para que isto ocorra, é preciso que os professores pontuem, entre as complexas questões da educação médica, aquelas que requerem apresentação imediata de soluções, tal como a escolha precoce da especialidade por nossos estudantes.

Associado a estas questões, e nelas interferindo, o trabalho médico tem se configurado de modo cíclico: da atenção individual para a coletiva e de volta à individual, correspondendo aos movimentos sociopolíticos de cada momento histórico e mantendo o prestígio até então conquistado. Na fase de acirramento das idéias liberais (e por que não neoliberais, a que se assiste hoje), paralelamente aos rápidos avanços tec-

*Para Habermas, o mundo da vida é um conceito que aparece como "contexto formador de horizonte dos processos de entendimento" e nada mais é do que o saber primeiro e os demais que são incorporados na experiência de vida, aos quais não temos acesso, mas que, ao mesmo tempo, nos dão os elementos e a certeza para que se interpretem todas as situações de contexto, mobilizam os sujeitos para ação comunicativa, possibilitando aos participantes entenderem o significado do conteúdo comunicado.

nológicos e científicos, tem-se instaurado uma cultura que destaca a importância da especialidade para acompanhar e compreender a extrema divisão dos saberes relativos a esses avanços. Tudo isso impregna a visão social contemporânea e traz conseqüências para quem está se preparando para enfrentar o mundo do trabalho e, portanto, razão compreensível para a escolha precoce da especialidade.

Há pelo menos 25 anos, questões e propostas relativas à educação médica têm sido levantadas, submetidas a análises e discussões sistemáticas e, em conseqüência, reformuladas e encaminhadas aos atores envolvidos na graduação médica, sem a produção de resultados efetivos, especialmente quando se propõe incorporá-las à prática da formação do profissional. Alguns aspectos relevantes, entre outros, considerados nestas análises e discussões merecem ser destacados: a) importância da formação geral do médico; b) necessidade de treinamento de estudantes em ambulatorios e em experiências inovadoras nas quais o processo educacional se desenvolva em estreita articulação com os serviços de saúde; c) atualização do quadro docente; d) uso da tecnologia educacional nas atividades docentes; e) integração dos ciclos básico e profissional nos cursos de graduação; f) ajustes progressivos no período de duração do internato médico; g) necessidade de estudos sistemáticos sobre o currículo e o processo de avaliação desenvolvidos pelas escolas médicas; h) finalmente, entre os aspectos selecionados, cabe sublinhar a importância de implantar estudos interdisciplinares para a formação do médico.

A escolha precoce da especialidade, de modo geral, traz um conjunto de implicações que não deve ser descuidado, levando, não raro, à formação inadequada para o exercício profissional, já que o estudante, ainda na graduação, tende a se desinteressar pelas disciplinas básicas e fundamentais do curso, colocando-as em segundo plano diante da especialidade escolhida. A motivação para o aprendizado, nestas circunstâncias, pode ser comprometida. Acresce-se a isso o fato de dificultar a formação de um médico autônomo e socialmente competente, por resultar de uma concepção reduzida e/ou enviesada do processo saúde-doença e por acarretar uma ação que vai de encontro às expectativas de saúde da maioria da população.

Cabe ressaltar que não se está excluindo a importância das especialidades na medicina, sobretudo se considerarmos os avanços, a multiplicação e a rapidez das descobertas na ciência; o que se quer é discutir e propor uma formação que integre conhecimentos gerais e específicos, de modo que o egresso possa lidar com situações diversas, complexas e inesperadas, valendo-se, para além dos conhecimentos científicos necessários a

sua formação, de habilidades cognitivas outras que lhe permitam tomar decisões nos mais variados ramos da saúde, interessando-se pela vida do paciente e sua saúde.

Entre várias possibilidades para superar tais problemas, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, homologadas pelo MEC em 2001, indicam orientações para uma formação mais adequada aos tempos de hoje, das quais se destaca a definição do perfil do formando/egresso profissional, ou seja:

Médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social, e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano³.

Desde os anos 90, órgãos ligados à educação médica – tais como Abem (Associação Brasileira de Educação Médica), Cineaem (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), Rede Unida, oriunda da articulação entre os projetos IDA (Integração Docente Assistencial) e UNI (Uma Nova Iniciativa na educação dos profissionais da saúde – união com a comunidade) – vêm apontando a insuficiente formação do egresso com o perfil hoje desenhado nas diretrizes e que, a cada ano, se insere no mundo do trabalho. Evidentes são os registros nos quais se constata que os médicos recém-ingressados na profissão, ou mesmo os que já há algum tempo estão atuando, não têm correspondido às expectativas de atenção à saúde da população nos moldes por ela requeridos.

Considerando o exposto e na tentativa de compreender todo esse processo, foi realizado inquérito dirigido a 202 estudantes e 60 egressos do curso de graduação em medicina de uma instituição privada de ensino superior, localizada em uma cidade do interior do estado do Rio de Janeiro, que permitiu compor um quadro no qual se apresentam, entre os estudantes do 1º, 3º e 5º anos do curso de graduação, as bases da precoce escolha de uma especialidade médica e, entre os egressos, suas concepções a respeito da sua situação profissional atual, relacionada com sua formação.

No estudo, cuja proposta inicial foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição (Protocolo de Estudo nº 0096), a escolha precoce da especialidade foi compreendida como aquela que ocorre antes do internato (6º ano), ou seja, antes de o estudante cursar todas as disciplinas da “grade curricular” do curso de graduação em medicina, o que limita as condições objetivas para essa escolha.

Utilizando-se operações estatísticas simples (porcentagem) num total de 240 estudantes do 1º, 3º e 5º anos do curso de graduação da referida escola**, obtiveram-se, por meio de questionário estruturado, percentuais de 24,2% de estudantes do 1º ano, 41% do 3º ano e 62,7% do 5º ano que já tinham escolhido a especialidade médica precocemente. As três turmas totalizam 240 estudantes, 80 por turma. Destes, foram pesquisados 79% de estudantes do 1º ano, 96% de estudantes do 3º e 75% do 5º ano, compondo a amostra de 202 estudantes do curso de graduação da escola, mais de 80% dos estudantes das turmas citadas.

Quanto aos egressos, 75% de um universo correspondente ao número de estudantes de uma turma foi analisado, ou seja, 60 egressos, selecionados entre os que se formaram na escola em que se conduziu o estudo. Estabeleceu-se o critério de que tivessem menos de dez anos de formados, considerando que realizaram seus estudos na década em que ocorreram os principais movimentos de reforma curricular na educação médica. Cabe esclarecer que a população investigada tomou ciência do objetivo do estudo, tendo assinado um termo de consentimento esclarecido, que, junto com o Protocolo do Comitê de Ética, encontra-se arquivado na escola.

SOBRE A ESPECIALIZAÇÃO

O processo de especialização assume maior visibilidade no século 18, a partir da Revolução Industrial, decorrente do modelo econômico então implantado e caracterizado pelo modo de produção capitalista, no qual o desenvolvimento dos meios de produção passa a exigir mão-de-obra especializada a serviço da acumulação do capital.

Na posse e na compra desses meios e da força de trabalho por uma determinada classe, no caso a burguesia, o trabalhador é despojado de seu poder sobre o produto e sobre o processo de produção. Nesse momento da história, a conversão dos meios de produção em capital, e sua manutenção e reprodução passam a implicar uma organização do processo de trabalho em que se acentua e se amplia sua divisão, assim como necessariamente se dinamizam e se desenvolvem as técnicas e os instrumentos de trabalho. A cooperação mostrou-se característica deste processo em que, sob o comando de um mesmo capital, um número considerável de trabalhadores "parciais" amplia-se em escala, aumentando a produtividade e a quantidade de mais-valia produzida.

** A amostra foi composta por estudantes do 1º ano, por apresentarem os efeitos externos à Faculdade que poderiam influenciar a escolha da especialidade; do 3º ano, por representarem a população de estudantes que começa o contato com as rotinas hospitalares e já está submetida às influências da escola; do 5º ano, por anteceder o internato, período em que o estudante tem uma visão global do curso já quase concluído.

Na concepção de Marx⁴, "(...) a cooperação capitalista não se manifesta como forma histórica especial de cooperação, mas a cooperação é que se manifesta como forma histórica peculiar do processo de produção capitalista, como forma histórica que o distingue especificamente (...)". A transformação que torna cooperativo o processo de trabalho é a primeira que esse processo experimenta realmente ao subordinar-se ao capital. Segundo o autor, essa transformação se opera naturalmente. Seu pressuposto – emprego simultâneo de numerosos assalariados no mesmo processo de trabalho – constitui o ponto de partida da produção capitalista. Esse ponto de partida marca a existência do próprio capital. Se o modo de produção capitalista se apresenta como necessidade histórica de transformar o processo de trabalho em um processo social, essa forma revela um método empregado pelo capital para ampliar a força produtiva do trabalho e daí tirar mais lucro.

Com a necessidade do contínuo desenvolvimento das forças produtivas, não apenas se acentuou o parcelamento do trabalho, a qualificação do trabalhador, o aperfeiçoamento e a diversificação dos instrumentos de trabalho, mas também se iniciou um grande desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Esse desenvolvimento foi propiciado pelo parcelamento do saber, não de forma livre e a partir de uma ciência neutra, mas subordinado à natureza das relações de produção. Para Schraiber⁵, isto significa que o modo de produção capitalista, já em uma fase inicial de sua instalação, fragmentou tanto o saber quanto a qualificação do trabalhador, determinando-lhes a direção, que, por um lado, possibilitou o avanço da ciência, mas, por outro, trouxe problemas de natureza tanto cognitiva quanto subjetiva para o homem. Quanto à atividade médica, cabe ressaltar o conceito de especialização desta autora, ou seja, termo que usualmente nomeia "tanto a repartição do conhecimento em ramos parcelares do saber, quanto o processo de divisão técnica do trabalho, posto que o pensamento médico toma a segunda condição como produto da primeira".

Segundo Morin⁶, "(...) os grandes problemas humanos desaparecem em benefício dos problemas técnicos particulares. A incapacidade de organizar o saber disperso e compartimentado conduz à atrofia da disposição mental natural de contextualizar e de globalizar".

Eis um desafio que se apresenta para os educadores que acreditam numa formação geral para uma diversidade cultural que é, ao mesmo tempo, local e global. A fragmentação do saber "des-situa" o indivíduo, criando obstáculos para que ele se reconheça na sua humanidade e na sua diversidade cultural.

Estudos têm mostrado que os avanços tecnológicos têm intensa influência no surgimento de novas especialidades e

subespecialidades, que, ao incorporarem essa tecnologia, recontextualizam a posição relativa dos sujeitos envolvidos na prática médica, tanto na organização da produção dos serviços quanto no processo de trabalho.

Machado⁷ refere-se ao processo de especialização como um "mecanismo estratégico adotado pelas profissões para manter sob controle os avanços e os novos conhecimentos, de modo a assegurar o monopólio do saber e da prática profissional". Nesse sentido, prossegue a autora, a especialização preserva a autonomia, mas, por outro lado, a perda da dimensão da totalidade é inevitável. "As ilhas de conhecimento criadas e as práticas profissionais altamente especializadas tendem a provocar o abandono do conhecimento generalista, globalizante".

Carneiro⁸ aborda com propriedade que forças estranhas influenciam a formação médica, e pressões de duas ordens são exercidas sobre as instituições de ensino médico e as organizações de assistência médica: do mercado de trabalho, com supervalorização do especialista, e do extraordinário desenvolvimento de todas as especialidades médicas, influenciado pelo padrão americano.

Na pesquisa realizada, quase a metade dos estudantes que escolheram alguma especialidade, ou seja, 46,4% deles, o fizeram antes mesmo de entrar na escola médica, o que confirma a abordagem de Carneiro, especialmente quando se refere à influência de forças estranhas e do mercado de trabalho na formação. Por forças estranhas podemos interpretar o item mais indicado pelos estudantes na escolha da profissão: vocação. Nota-se, inclusive, que, no 3º ano, 41% dos estudantes já optaram por alguma especialidade, índice significativo, considerando que este é o ano em que se inicia o contato com o paciente no hospital. Mais paradoxal é o fato de que 80,2% dos estudantes e 64,8% dos egressos não acreditam que a escolha precoce de uma especialidade lhes traga melhores condições para o sucesso profissional.

Seria, então, a escolha precoce da especialidade um ato não consciente, mas oriundo de um determinismo existente no cotidiano e/ou no meio médico, seja na escola ou nos ambientes de trabalho?

Carneiro⁸ cita ainda como fator relevante o ambiente social ao qual o médico pertence, que, na maioria das vezes, reconhece e avalia as perspectivas de prestígio social e financeiro do especialista.

Estudos de Machado⁹ indicam que entre os anos de 1940 e 1990 houve um crescimento relativo da proporção de profissionais cujos pais e avós são médicos. Em sua pesquisa, referente à década de 90, dos médicos brasileiros que declararam ter parente(s) médico(s), registrou-se: avós (3,7%), pais

(14,3%), irmãos (23,4%) e tios (22,6%). Segundo estes estudos, este aspecto reforça a característica de "artesanato" da profissão e o acentuado prestígio que ela adquiriu.

No estudo, verificou-se entre os estudantes da escola que a influência familiar é um dos fatores que interferem na escolha da profissão, uma vez que três quartos dos estudantes têm parentes médicos, dos quais 67,5% têm pais e/ou irmãos médicos (40,9% têm pais médicos e 26,6% têm irmãos médicos); 67,7% têm tios médicos; 60,6% têm primos e 4,1% avós médicos – índices significativamente mais altos quando comparados àqueles da década de 90 dos estudos de Machado, embora se refiram a apenas uma escola isolada.

Neste mesmo sentido, Galli¹⁰ menciona o processo de socialização em que o estudante incorpora, como próprias, as formas de comportamento e os valores dominantes no grupo médico, para chegar a pertencer a esse segmento social. Vendo e escutando seus professores, diz Galli, "o estudante entende que ser especialista dá mais prestígio; que certas especialidades gozam entre a população e entre os médicos de maior reconhecimento que outras"; que a "boa" medicina é a que se faz com o paciente hospitalizado; que a atenção ambulatorial não é gratificante; que o trabalho mais importante do médico é fazer o diagnóstico; que a solução do problema do paciente, de certo modo, escapa de sua responsabilidade, uma vez que nele interferem muitos fatores, entre eles a "falta de colaboração" dos pacientes; que os doentes crônicos são "chatos" e que "o trabalho médico é essencialmente tratar das situações agudas".

Isso se confirma quando os estudantes investigados demonstram pouco interesse em áreas de pediatria, gineco-obs-tetrícia, saúde mental, medicina preventiva, áreas predominantemente ligadas à saúde coletiva, de menor reconhecimento na categoria e de menor carga de incorporação tecnológica. Destaca-se o interesse em áreas específicas, desde o 1º ano, em dermatologia, oftalmologia, oncologia, cardiologia e cirurgia, menos comprometidas com a questão social e com maior carga de incorporação tecnológica. Isso leva à suposição de que a escolha e o interesse por determinadas especialidades correspondem a um momento histórico específico que, no caso, se configura pelo prestígio de áreas marcadamente cercadas de avanços tecnológicos e sua correspondente valorização.

Machado e Rego¹¹, ao se referirem ao trabalho médico, observam que este "cada vez mais é dependente da tecnologia incorporada, especialmente no que diz respeito aos procedimentos diagnósticos, o que proporciona a valorização excessiva dos exames de apoio e uma perda do raciocínio clínico e da prática da semiologia". Assim, os autores afirmam

que é papel das escolas de medicina "refletirem sobre quais habilidades estão ajudando a desenvolver em seus estudantes: as habilidades clínicas ou as de leitura de exames".

Quanto aos fatores que influenciaram a escolha da especialidade no universo pesquisado, destacam-se a vocação (97,6%), o desejo de fazer o bem (74,3%), o compromisso social/melhoria das condições de vida da população (69,5%), o mercado de trabalho (59,3%), o modelo de algum médico (59,3%), e a experiência pessoal de vida (52,5%). Isto nos induz, excluídas as razões humanísticas inerentes à profissão, a correlacionar a escolha precoce, como considerou Galli, a um determinismo estabelecido pelo meio médico, especialmente no caso desta investigação, muitas vezes estimulado por professores e/ou pelo mercado de trabalho. Preocupa o fato de não se abrir espaço na escola para discutir essa questão, oportunidade que se perde para situar o estudante em questões conjunturais e/ou estruturais do mundo do trabalho.

Ao tratar da incorporação tecnológica e da educação médica, Santana¹² faz importantes questionamentos sobre as formas de incorporação de tecnologia enquanto conhecimento no processo educacional, e as possibilidades e limites da escola médica na regulagem dessa incorporação ao graduar os estudantes. Pela tendência à especialização precoce, prossegue e indaga o autor, a quem interessa a desqualificação do médico como um profissional que maneja plenamente o raciocínio clínico, e a que objetivos atende a segmentação radical do trabalho médico, isto é, "a formação precoce de especialistas ou, paradoxalmente, a formação do pseudoespecialista antes mesmo de chegarem a ser médicos".

Os dados da pesquisa confirmam esta tendência. Dos estudantes do 1º ano, com apenas três meses de frequência à escola, 24,2% já optaram por alguma especialidade. Esse índice aumenta significativamente entre os estudantes do 3º ano (41%) e do 5º ano (62,7%), que já se encontram em ambiente hospitalar e, portanto, vivenciando experiências com doentes, embora ainda não tenham cursado todas as disciplinas que compõem a proposta de formação integral.

Destaca-se na pesquisa o expressivo aumento do índice de escolha da especialidade antes da entrada na escola médica. Por um lado, dos 79,6% dos egressos atuantes em alguma especialidade, 20,5% fizeram esta opção antes de entrarem na escola. Por outro, dos já mencionados estudantes pesquisados que optaram por uma especialidade, 46,4% fizeram esta escolha antes de ingressarem na graduação. Isto corrobora a hipótese de que o "fenômeno" da opção precoce por uma especialidade a cada dia tem se tornado mais intenso e freqüente. Mais uma vez, poderíamos fazer relação

com o que chamamos "determinismo especialista", embora seja preciso analisar as causas sociais e, fundamentalmente, as econômicas que levam a este determinismo, como sugere Santana¹²:

(...) é preciso desvendar os interesses que estão a determinar profundas alterações no processo de formação do médico. Não basta reconhecer e denunciar fenômenos como a especialização precoce, a falta de domínio do raciocínio clínico por parte dos novos médicos ou o fracasso da preparação do médico geral na graduação. É preciso examinar objetivamente as possíveis ligações entre estes fatos e aquele da intensificação da penetração tecnológica na medicina.

Ao serem questionados sobre a escolha da especialidade pelo estudante de medicina antes do internato e o grau correspondente de comprometimento da formação profissional, 52% dos egressos entendem que compromete ou compromete muito e 48,2% entendem que compromete pouco ou não compromete. Considerando-se que 83,6% destes médicos não exercem a docência e, portanto, não estão afinados com as tendências da educação médica, tal resultado se torna significativamente relevante, supondo-se com isso que a prática profissional denuncia os prejuízos da escolha precoce da especialidade.

O CONTEXTO ATUAL DO MUNDO DO TRABALHO

Nas últimas décadas, as questões relativas ao trabalho e às profissões têm sido motivo de grande preocupação tanto para estudiosos do assunto, quanto para o profissional que se propõe ocupar seu espaço no mundo do trabalho. As transformações do processo produtivo ligadas à generalização do uso da microinformática, às suas novas formas de comunicação e às correlatas mudanças gerenciais e organizacionais têm propiciado a chamada crise do assalariamento, que constitui um dos elementos mais importantes do quadro econômico-social do início deste século.

Nesse sentido, Paiva¹³ afirma que, em um contexto de reordenação social das profissões, no qual a qualificação se eleva e se intensifica, enquanto os salários caem e o *status* profissional "se esvai" – como no caso de médicos, advogados, diversas especializações em engenharia e demais profissões liberais –, é necessário acionar mecanismos de complementação de renda e de busca de alternativas profissionais que, cada dia mais, passam pela descoberta de nichos de mercado, pelo auto-emprego e/ou pelo exercício de profissões liberais fora das estruturas formais existentes. Esse é um processo que atinge todas as faixas etárias e um número crescente de profissões, mas que, no momento, atinge duramente jo-

vens e velhos, além de pessoas de “meia-idade” que não lograram se adaptar às novas condições de trabalho no interior das organizações. Flexibilidade e precarização são conceitos contemporâneos que estão ligados à retração dos direitos e da proteção social dos trabalhadores e que tendem a se consolidar, uma vez que o trabalho perdeu força política frente ao capital. Assim, se o trabalho assalariado entra em crise, também entra em crise toda estabilidade e linearidade que lhe estão associadas.

A “empregabilidade” passou a ter uma conotação crescentemente “autônoma”, ou seja, passou a ser atributo e virtude do indivíduo em sua relação com o mundo do trabalho e não apenas a oportunidade criada pela estrutura econômico-social.

A dinâmica das transformações dos processos produtivos, da introdução de novas tecnologias e da produção exponencial do conhecimento científico tem levado a que os espaços de trabalho sejam também espaços de aprendizagem. Tem havido uma mudança fundamental da noção de qualificação dada essencialmente por atributos formais de escolarização, ou seja, pela formação com base em determinado conjunto de experiências regulares e na obtenção de um diploma, o que há alguns anos era suficiente para a inserção no mercado de trabalho. Este paradigma de qualificação tem sido questionado, pois passam também a ser valorizadas as competências desenvolvidas nos espaços de trabalho. A escola tem deixado de ser o único espaço de transmissão e produção de conhecimento para, de modo positivo, competir com múltiplos outros espaços que também conferem competências cada vez mais legitimadas no mundo do trabalho.

Além da educação formal, reconhece-se não só o papel dos meios de comunicação de massa, mas valoriza-se a multiplicidade de percursos formativos na qual se possa forjar uma cultura profissional ao mesmo tempo sólida e flexível, apoiada em ampla base cognitiva teórica e específica. Por isso, tem-se colocado cada vez mais ênfase na formação inicial, na socialização primária capaz de garantir virtudes pessoais e disposições sociomotivacionais que se combinam com qualificações formalmente adquiridas. Enquanto a formação inicial deverá ter caráter geral, a formação específica precisará ser cíclica, com um *approach* multidisciplinar, forjando, assim, uma sucessão de “competências técnicas” que se somam àquelas virtudes pessoais. A obsolescência dos conhecimentos específicos obriga a um esforço contínuo de atualização e à aceitação de sucessivas mudanças de profissão (ou na profissão) durante a vida, da alternância do mercado formal e atividades alternativas, entre períodos de trabalho e de estudo/reprofissionalização em um mundo no qual vão se esvaindo as

biografias profissionais lineares e ascendentes. Por isso, é um tempo que reduz o valor da experiência acumulada, em que se estuda num campo para trabalhar noutro. E também por isso a especialização não é o caminho que a escola deve percorrer, tornando-se de especial relevância a compreensão da lógica dos novos tempos.

Na mesma linha de pensamento, Paiva¹⁴ afirma que a formação geral é a base sobre a qual conhecimentos diferenciados serão apropriados e utilizados, ou seja:

(...) os que possibilitam a compreensão do processo de produção, a utilização exata de procedimentos e símbolos matemáticos, o manejo da linguagem de forma adequada à situação, a capacidade de lidar com regras e normas em situações diferenciadas, o armazenamento, a atualização e a capacidade analítica para interpretar informações, a apreciação de tendências, limites e significado de dados estatísticos, a capacidade de preencher múltiplos papéis na produção e rápida adaptação a novas gerações de ferramentas e maquinarias.

Para tanto, é preciso um novo tipo de formação intelectual que facilite a percepção do contexto em que hoje o conhecimento se aplica. Espera-se da qualificação de natureza geral e abstrata que ela seja a base para os conhecimentos específicos, mas que também constitua a principal fonte de competência que se prova na análise situacional, na interação profissional e em atividades concretas crescentemente complexas. “Sobre tal âncora será, talvez, possível difundir a polivalência e novas habilidades cognitivas necessárias à reintegração de tarefas em novo patamar”¹⁴.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO MÉDICO

Questiona-se a profissão médica hoje em nosso país como tipicamente liberal, principalmente ao se constatar, em amplo estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, publicado em Perfil dos Médicos no Brasil¹⁵ e nos levantamentos estatísticos citados pela autora, os seguintes dados: 70% dos médicos brasileiros têm pelo menos um vínculo empregatício no setor público; nas atividades de consultório, existe forte dependência em relação às empresas de medicina de grupo, aos seguros-saúde, aos convênios estatais e com o SUS, no qual 80% declararam manter esse vínculo; 50% dos médicos do país exercem atividades em regime de plantão; 83,4% têm duas ou mais atividades.

No que diz respeito à diminuição da autonomia do profissional médico em suas atividades, Schraiber⁵ afirma que:

(...) a capitalização terá por efeito, assim, diferenciar as instituições produtoras de serviços dentro de limites tecnicamente demarcados, e variáveis, obedecendo à lógica de suas próprias

necessidades de acumulação, com o que afasta o médico do controle total da produção do trabalho.

Nesta mesma vertente, Feuerwerker¹⁶ comenta que o médico perdeu o monopólio na definição dos serviços em sua atividade liberal, representada por meio da prática de consultório, ao ver-se limitado pela periodicidade do retorno do paciente para acompanhamento da enfermidade, pela escolha de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e, principalmente, pela determinação do valor de seus honorários, fruto de uma diversidade de formas institucionais de controle e de produção dos serviços. Esses fatores contribuíram para a despersonalização das relações médico-paciente, com prejuízos no reconhecimento mútuo, na escuta e na humanização do atendimento.

Na investigação realizada na escola do interior do estado do Rio de Janeiro, 70,3% dos estudantes respondentes ainda apostam no prestígio da medicina como atividade liberal. No universo pesquisado, a maioria absoluta dos estudantes (90,4%) destina prioridade ao consultório particular em seu futuro profissional. Da mesma forma, quanto ao trabalho em alguma instituição, a particular predomina (87,3%), juntamente com a pública civil (70,5%). Com menor prestígio encontram-se a instituição pública militar (37,9%) e a carreira universitária (31,1%). Esses dados demonstram que, de certo modo, os estudantes de medicina já assimilaram, a exemplo do meio médico e do mercado de trabalho, que terão que se vincular a dois, três ou mais empregos e/ou locais de trabalho. Chama-nos a atenção a prioridade ao consultório particular, na contramão da tendência atual do mercado de trabalho, uma vez que o médico de ontem e o de hoje não têm conseguido priorizar este tipo de atuação, pois há algum tempo a medicina deixou de ser considerada profissão liberal, tendo quase sempre o médico que se submeter a padrões, empresários e planos de saúde que ditam as regras do mercado.

Tal fato se confirmou na pesquisa com os egressos da escola, que apresentaram média de 3,9 anos de profissão, com mínimo de um ano e máximo de nove anos. Dos pesquisados, 77,8% dos médicos têm três ou mais empregos, 88,9% atuam em hospitais públicos, 48,1% em hospitais privados, 57,4% em postos de saúde e 9,2% em programas de saúde da família. Caracterizando a perda de autonomia da profissão médica nos dias atuais, apenas 33,3% dos médicos atuam em consultório particular, e nenhum deles de modo exclusivo. Ainda com relação a essa amostra, 79,6% atuam em alguma especialidade e 20,4% não. Dos que atuam como especialistas, 58,1% cursaram residência médica, 48,8% especialização e

2,3% mestrado. Desses pesquisados, houve predomínio de 32,5% na especialidade pediátrica, 27,5% em gineco-obstetria, 10% em geriatria e 7,5% em PSF, entre outras.

Quando indagados se houve na escola momentos de discussão sobre temas relativos ao perfil do médico e suas perspectivas profissionais, 63% dos egressos afirmaram que não e admitiram que tais discussões, se feitas com frequência e com qualidade, tenderiam a oferecer condições mais favoráveis à formação do futuro profissional.

Isto corrobora a idéia de que os cursos que estão fora do campo das ciências sociais lamentavelmente não abrem espaço para discutir questões referentes aos contextos do mundo do trabalho e do mundo social, o que permitiria expandir a consciência cidadã dos estudantes, refletindo-se em sua formação e atuação profissional.

NOVOS CAMINHOS PARA A FORMAÇÃO

A necessidade da construção de um novo paradigma da medicina pós-flexneriana, enquanto processo social de mudança das relações entre os três pólos envolvidos no processo de trabalho – o complexo assistencial de saúde, os médicos e os pacientes –, pressupõe um papel importante e insubstituível para a escola médica.

Esse novo paradigma, conseqüente às indicações dos referidos fóruns nacionais e internacionais de educação médica para mudanças na graduação em medicina, tem recebido a denominação de paradigma da integralidade e propõe a ênfase para a saúde no processo saúde-doença; um processo ensino-aprendizagem mais centrado no estudante e em seu papel ativo na própria formação; o ensino da prática em ambientes com graus crescentes de complexidade e voltado para as necessidades básicas de saúde da população; a capacitação docente direcionada tanto para a competência técnico-científica quanto para a competência didático-pedagógica, além de participação e compromisso frente ao SUS; e o acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico quanto aos seus aspectos econômicos, éticos e humanísticos para sua análise crítica e adequada orientação. Para Campos¹⁷, o paradigma da integralidade tem como objetivo, na graduação do profissional de saúde, uma formação contextualizada e que considere as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população. O paradigma da integralidade propiciaria a construção de um novo modelo pedagógico, estruturado em um equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social.

O cuidado primário em saúde, aparentemente simples, rotineiro e, ao requerer, a princípio, menores investimentos e equipamentos em relação à medicina especializada, não tem recebido dos atores sociais da escola médica a devida consi-

deração, já que se trata de um tipo de assistência revestida de intensa complexidade na articulação de diversos saberes e de múltiplos profissionais. Com esta configuração de modelo assistencial, quadros simultâneos e freqüentes requerem, de acordo com Schraiber¹⁸, uma competência resolutive própria e estão apoiados em técnicas diagnóstica e terapêutica de menor uso de equipamentos; em contrapartida, exigem, para adequada abordagem e efetiva transformação nesse nível de atendimento, uma requintada síntese de saberes e complexa interação de ações: individuais e coletivas; curativas e preventivas; assistenciais e educativas.

Nesse sentido, se se pretende transformar o quadro de atenção primária à saúde, há de se alterar o quadro da formação do profissional de saúde, voltando-o fundamentalmente para a formação generalista articulada, desde o início, com a prática nos serviços.

Há um consenso atual, entre os estudiosos da educação médica, quanto aos benefícios da inserção precoce do estudante nas práticas profissionais, ou seja, desde os primeiros períodos da graduação, porém sempre sob a tutela e compromisso institucionais.

Assim, nas propostas de atenção primária à saúde, delinea-se para o médico um papel relevante e estratégico, desafiando as escolas médicas a oferecerem a esse profissional um modelo diferenciado de formação, agora não mais apenas em hospitais, mas diversificando seus cenários de prática em postos de saúde, ambulatorios, domicílios, famílias e/ou comunidades.

O modelo assistencial em que a prática hospitalar é dominante, no conjunto da educação médica, mantém-se como um dos maiores obstáculos para que o estudante de medicina se conscientize da importância da atenção primária à saúde.

Essa, portanto, é a questão central que move os interesses por estudos sobre a escolha precoce da especialidade pelos estudantes de medicina. A atuação no nível primário de atenção implica, necessariamente, uma formação que dê conta da complexidade desse nível, uma vez que requer conhecimento ampliado das condições de saúde do indivíduo como um todo. Não é por acaso que esse nível se caracteriza por ser "a porta de entrada do sistema de saúde", o que exige competências múltiplas: conhecimento, habilidades, atitudes e disponibilidade para o outro.

De modo gradativo, nos últimos anos, o Brasil vem conquistando importantes avanços no campo da saúde. O processo de construção do Sistema Único de Saúde vem, aos poucos, se desenvolvendo sobre os pilares da universalização e da integralidade na assistência, da descentralização em suas instâncias de decisão e principalmente com a ainda incipiente, mas profícua, participação popular. Entretanto, o modelo

assistencial ainda predominante em nosso país é caracterizado pela prática médica biológica, individualista e hospitalar. Apesar de sua eficiência técnica em procedimentos curativos individuais, esse modelo apresenta baixa cobertura na assistência à população, além de elevado custo, gerando alto grau de insatisfação para os gestores do sistema, para os profissionais de saúde e principalmente para os usuários dos serviços.

Segundo Schraiber¹⁹, nos últimos anos, em função destas questões, tem havido uma tendência à reorganização da prática assistencial – seja na área pública, onde se têm buscado ações efetivas com a preocupação de diminuir custos para garantir o atendimento universal; seja na área privada, onde também se buscam ações efetivas e a correspondente diminuição de custos; entretanto, nesta última, a intenção é a garantia de lucratividade. Há tendências à ambulatorização dos cuidados – com crescimento de uma atenção de menor custo, praticada por equipes menores –, a restrições e críticas quanto ao uso das tecnologias e especialidades, e ao incentivo à atenção domiciliar.

Em decorrência desse movimento de reorientação das modalidades de atenção, têm surgido, em várias partes do mundo, demandas e pressões para que se formem profissionais com perfil e capacidades distintas das produzidas pelo modelo hegemônico de formação.

Ainda que complexo e contraditório, o movimento pela reorganização da atenção à saúde também tem avançado, especialmente com a estratégia do Programa de Saúde da Família. Em consequência disto, pressões de demandas pelas mudanças na formação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, também têm crescido e partido de diferentes segmentos, dos usuários aos gestores de todas as esferas do sistema.

A consolidação e a expansão dos Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família têm constituído estratégias prioritárias do Ministério da Saúde de nosso país para a reorientação do modelo tradicional de assistência. Entretanto, a formação e a capacitação de profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, com perfil adequado para este novo modelo de atenção têm se mostrado grandes desafios a vencer para o êxito de suas ações.

AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E A FORMAÇÃO MÉDICA

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, aprovadas em 7 de novembro de 2001 pela Resolução CNE/CES/MEC nº 4, representam um conjunto de propostas que pretendem responder ao tipo de formação requerida pelas necessidades atuais de atenção à saúde da população brasileira.

Com todas as críticas, pertinentes umas e infundadas outras, as diretrizes se instalaram, ocupando um espaço que há muito se fazia necessário.

O balanço geral dessas diretrizes é positivo, pois elas indicam caminhos e possibilidades para a construção de uma nova concepção pedagógica, uma nova concepção sobre como trabalhar a produção do conhecimento e a prática profissional na área da saúde. Contudo, este é o momento de discutir como avançar em direção a essas transformações²⁰.

No que diz respeito à medicina, em síntese, as diretrizes propõem o fortalecimento da formação geral do formando egresso/profissional, com ênfase na promoção e no cuidado básico à saúde, além de indicarem as competências e habilidades, gerais e específicas, necessárias ao futuro médico. Entre elas, destacam-se a atenção à saúde, a tomada de decisões, a capacidade de comunicação e liderança, de administração e gerenciamento, e principalmente de incorporar o sentido da educação permanente. Assim, as diretrizes curriculares traçam um perfil desejado para esse profissional, que, ao terminar o período de formação, responda de modo competente às demandas básicas de saúde de nossa população.

Nesta mesma direção, Costa Neto²¹ afirma que se torna urgente uma profunda reavaliação das escolas médicas não apenas no aspecto didático, pois a maioria ainda se encontra enclausurada e envolta em seus próprios pensamentos e deve buscar, permanentemente, estratégias de como participar do processo de desenvolvimento social. Diz ainda que o não engajamento efetivo com a rede de serviços de saúde, mantendo quase exclusivamente o hospital universitário como local de treinamento dos estudantes de graduação, reforça a contradição da maioria das propostas curriculares, pois a formação geral do médico jamais conseguirá se concretizar caso esteja limitada aos muros do hospital de ensino e desvinculada da prática das ações básicas de saúde.

Se, por um lado, as diretrizes curriculares propõem que ao final da graduação o médico deverá estar apto à inserção no mercado de trabalho, de outro, observa-se que, conflituosamente, o curso de graduação, ministrado em sua maior parte por especialistas, continua sem modelo curricular articulado com os serviços de saúde.

Outro grande desafio na construção de propostas curriculares inovadoras, comenta Lampert²², está na "(des)construção dos currículos paralelo e oculto^{***}", pois o perigoso tecnicismo acríptico a que estão expostos os estudantes de medi-

cina ao fazerem estágios extramuros, e mesmo curriculares, sem supervisão competente e responsável, deixa-os vulneráveis a interesses outros", que não podem ser ignorados nas avaliações dos currículos e nos movimentos transformadores do ensino médico. O currículo paralelo, prossegue a autora, deve ser encarado de forma incisiva, na medida em que a escola médica com supervisão pedagógica deve rever a prática que tem oferecido a seus estudantes, pois tem "o dever de propiciar experiências supervisionadas a seus aprendizes".

De acordo com Rego²³, o currículo paralelo define-se como "o conjunto de atividades que os estudantes de medicina desenvolvem, subvertendo, na maioria das vezes, a estrutura curricular formal estabelecida pela escola médica, na busca de experiências clínicas, no acompanhamento de serviços e de profissionais". O autor afirma ainda que esta prática é uma tradição no ensino da medicina em nosso país e não tem sido admitida pelas escolas médicas, pela corporação médica e pelas autoridades governamentais quando se discute a formação médica. Isso se confirma no estudo realizado na escola do interior do Rio de Janeiro, em que 96,3% dos egressos consideraram os cursos e estágios fora da escola como de grande relevância para a sua formação, e, ainda, ao destacarem que suas vivências – por meio da experiência pessoal de vida (67,9%) e do modelo de algum médico (60,4%), sobrepujando o de algum professor (45,3%) – foram decisivas na escolha da especialidade; tais fatores devem suscitar a devida atenção para o currículo paralelo e seu desenvolvimento. Será que estes profissionais tiveram em suas experiências extramuros uma aprendizagem dentro dos princípios éticos, morais e técnico-científicos que a profissão exige?

No que diz respeito à formação prática, portanto, duas questões merecem ser abordadas: por um lado, o "estágio" obrigatório para a certificação do estudante, no qual é imprescindível a supervisão docente e dos profissionais dos serviços, a fim de que a autonomia do estudante, competência necessária e indispensável na profissão médica, seja construída em uma troca de experiências de modo que se abra a oportunidade de aprendizagem compartilhada e que todos por ela se responsabilizem; por outro, as iniciativas individuais dos estudantes em "estágios" paralelos (às vezes sub-remunerados), nos quais em geral não há preocupação com a abordagem pedagógica e sequer supervisão docente ou profissional, o que pode ocasionar, por meio de uma autonomia extemporânea do estudante de medicina, uma prática "médica" distorcida e desprovida de adequados fundamentos éticos e técnico-científicos.

De modo precoce, e em geral nas atividades práticas de iniciativa própria, os estudantes de medicina procuram defi-

***As expressões tratam, respectivamente, do currículo explicitado em documentos e programas a serem implementados pela escola e do currículo não explicitado e que efetivamente acontece nas salas de aula e no convívio com os professores e profissionais de saúde no contexto da formação médica.

nir a preferência ou a opção por alguma das especialidades. Alguns autores da literatura consultada apontam fatores determinantes dessas opções, ligados aos currículos oficial e oculto, ao contexto do mercado de trabalho e principalmente ao currículo paralelo. Referindo-se às razões que levariam os estudantes de medicina a procurarem estágios não relacionados à estrutura curricular formal, Rego²³ considera, em especial, dois aspectos: "o primeiro é que em boa parte das aulas práticas na faculdade de Medicina o estudante é mero observador"; o outro, entende o autor, "é que o estudante acredita que nesses estágios se aproximará mais da realidade do cotidiano da prática médica". Assim, por esses (des)caminhos os estudantes de medicina buscam experiências que beneficiem seu futuro profissional, pois não acreditam, e muitas vezes com razão, que as escolas médicas lhes possam oferecê-las.

Quanto a este aspecto cabe destacar que, em seu processo de formação, a opção precoce do estudante de medicina por uma especialidade, caracterizada no presente artigo, mostra-se contrária às tendências atuais e, de há muitos anos, às reformas no ensino médico.

Costa Neto²⁴ afirma que:

(...) a maioria dos problemas aqui identificados não é nova. As instituições, de modo intermitente, mudaram seus currículos, mas, infelizmente, pequeno tem sido o progresso quanto a uma revisão fundamental de como os médicos são formados. Assim, não proclamamos novidades na descoberta das deficiências. O que afirmamos é a urgência crescente em encontrar soluções adequadas.

CONCLUSÃO

Considerando as questões referidas à educação e à atividade médicas, às mudanças no mundo do trabalho e da vida, aos descaminhos e desafios na assistência à saúde de nossa população e que a escola médica está irremediavelmente nelas envolvida, nós, os professores de medicina, devemos assumir definitivamente, em conjunto com nossos estudantes, a apresentação de soluções para as questões relacionadas à sua formação. Foi com essa perspectiva que se propôs o estudo da escolha precoce da especialidade pelo estudante de medicina, de certa forma prejudicial à sua formação, mas não identificada como tal pelos professores da referida escola como uma preocupação ou um tema de estudo e de aprofundamento, de modo a caracterizar e analisar sua origem e seus desdobramentos.

A análise empreendida permite apresentar as seguintes proposições:

- ensino da prática médica, desde o início do curso, integrado às ações e aos programas das comunidades e das

Unidades de Saúde, em todos os níveis hierárquicos de atenção e não apenas no hospital-escola, diversificando os ambientes de aprendizagem;

- ênfase em saúde no ensino do processo saúde-doença;
- capacitação docente, tanto em sua competência técnico-científica quanto em sua competência didático-pedagógica;
- graduação como o período valioso, imprescindível e apropriado para a aquisição do lastro necessário à terminalidade da formação profissional médica;
- reconhecimento de que a especialização deve ocorrer na pós-graduação, de modo articulado com a graduação;
- incorporação de um currículo integrado e não estruturado em ciclos separados e desarticulados, como se verifica na maioria das escolas, nas quais o ciclo básico se distancia do profissionalizante, e este ainda se fragmenta em "básico" e "clínico";
- participação do estudante como sujeito, e não como observador, no processo de ensino e de aprendizagem, por meio de atividades que permitam o desenvolvimento da autonomia de pensamento pela busca ativa de informações e resolução de problemas;
- análise crítica do uso da tecnologia complexa e de alto custo nos procedimentos médicos e laboratoriais, visando ao desenvolvimento da criatividade, considerando as condições sociais e econômicas do país;
- incentivo à pesquisa, não apenas à linha biomédica, mas também àquela que utiliza investigações de cunho demográfico, epidemiológico e sobre a própria formação;
- abordagem e discussão das tendências do mundo do trabalho, principalmente das atividades liberal e assalariada, para situar os estudantes nas questões complexas e nas incertezas que caracterizam as conjunturas nacional e internacional;
- desenvolvimento de atividades transformadoras das relações professor-estudante nos contextos e nos ambientes de aprendizagem e de ensino, a fim de desenvolver a capacidade de comunicação, de argumentação e de negociação, considerando que estas relações se refletem (e muitas vezes servem de modelo) na prática profissional.

Com este conjunto de propostas, pretende-se alcançar a formação de médicos ajustados ao seu tempo, às necessidades de seus pacientes e aptos a enfrentarem os desafios que a eles se apresentarão.

O mais importante, por fim, é conseguir criar, por meio de estratégias desafiantes, espaços de reflexão, debate e pro-

blematização das práticas, no interior das escolas e em articulação com os serviços de saúde, espaços de interlocução entre os estudantes e os vários segmentos responsáveis por sua formação – professores, gestores e profissionais dos serviços. Assim, poderiam ser construídas alternativas que ampliassem o horizonte de escolhas futuras, a visão da prática médica como uma prática social voltada para a saúde de todos, as diferentes formas de lidar com o conhecimento científico, recriando-o com base nas experiências intra e extramuros, e permitindo, desse modo, “inventar” novos caminhos para a transformação da educação médica.

REFERÊNCIAS

1. Habermas J. Teoria de la acción comunicativa: complementos y estudios previos. Madrid: Cátedra; 1994.
2. Brant RVM. Para uma reconstrução do conceito de currículo na visão de Habermas. [tese] Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1994.
3. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. CNE/CES/MEC. Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001.
4. Marx K. O capital. Livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1980. p. 384.
5. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 195.
6. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2.ed. São Paulo: Cortez; Brasília (DF): UNESCO; 2000. p. 43.
7. Machado MH. Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão. [Tese] Rio de Janeiro, IUPERJ, 1996^a. p.181-182.
8. Carneiro AP. A medicina de família. Seminário sobre “A Formação do Médico Generalista”. Rev Bras Educ Méd. 1978 (1 supl.): 19.
9. Machado MH. (coord.) Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997. p.34-35.
10. Galli A. Argentina: transformación curricular. Educ Méd Salud. 1989; 23(4): 334-353.
11. Machado MH, Rego STA. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Bol ABEM. 1997 (25): 6-7.
12. Santana, J P. Tecnologia médica e formação profissional. Divulg Saúde para Debate. 1991; (5): 55.
13. Paiva V. O mundo em mudança (virando o milênio). Contemporaneidade e Educação 1999; (6).
14. Paiva V. A contemporaneidade do não coetâneo: emergência de uma nova era e sociedade do conhecimento. Caderno CE. 2000; 1(2): 17.
15. Machado MH et al. Perfil dos Médicos. Dados. 1996; 19.
16. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec/Rede Unida;1998. p.48.
17. Campos FE et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. Rev Bras Educ Méd. 2001; 25 (2): 53-59.
18. Schraiber LB. Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco; 1996. p.36.
19. Schraiber LB. A profissão de ser médico. In: Canesqui AM (Org.). Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico. São Paulo: Fapesp/Hucitec; 2000. p.77.
20. Feuerwerker LCM. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. Caderno CE 2001; 2(4). p.16.
21. Costa Neto MM. A educação médica e o sistema de saúde no Brasil. Rev Brasília Méd 1994; 31(3/4). p.41.
22. Lampert JB. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. Rev Bras Educ Méd. 2001 jan/abr; 25: 7-19.
23. Rego S. Aspectos éticos do ensino e da aprendizagem da Medicina nas emergências. Caderno CE. 2001; 2(3): 65.
24. Costa Neto MM. O currículo médico e o sistema de saúde em construção. Rev Bras Saúde da Família. 2000 jun/jul; 1(2): 51.

Endereço para correspondência

Wilson Rodrigues Cabral Filho

Rua João S. Bittencourt, 37-P – Tamandaré

28030-120 – Campos dos Goytacazes – RJ

E.mail: wcabral.rol@terra.com.br

Victoria Maria Brant Ribeiro

Estrada da Gávea, 698 / 802 – São Conrado

22610-001 – Rio de Janeiro – RJ

E.mail: victoria@nutes.ufrj.br